

Reencuentro con la histeria

P. K. Mazumdar, M. A. Najib y
S. L. Varma

*Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario Sains
Malaysia. Kubang Kerian, Kalantan, Malasia*

El término "histeria" ha sido expulsado de la nosología actual y ha recibido el nuevo nombre de trastorno disociativo (de conversión) en la CIE-10 (WHO, 1992). La prevalencia está disminuyendo globalmente, más en los países desarrollados, y se estima que varía de 1 a 30% en diversos hospitales militares y neurológicos (Mace y Tremble, 1991). Es una entidad poco comprendida con manifestaciones diversas e interesantes. Comunicamos un caso único y poco común en el que la "histeria" se manifestó en casi todas sus formas infrecuentes.

La Sra. AAA, una mujer malaya de 21 años procedente de un medio familiar conservador, se casó contra la voluntad de sus padres. Los padres la repudiaron y el problema comenzó el quinto día de matrimonio con ataques de posesión, "accesos", olvido selectivo, ceguera episódica, mudez, sordera y deambulación en un estado semejante al trance. Durante estos "ataques de posesión", la paciente gritaba a sus familiares políticos utilizando la voz de su madre y pidiéndoles que la llevaran de vuelta a casa. Seguían los "accesos", caracterizados por flexión de uno o ambos brazos o bien rotación interna de la cadera. Los ataques eran no estereotipados y extraños a veces, durando de minutos a horas, en presencia de personas y a consecuencia de algunos acontecimientos estresantes en el hogar. Ella afirmaba no recordar las frecuentes peleas con su marido y también los episodios en los que cobraba apariencia "ensoñadora" y afirmaba ver y oír a sus padres. En el curso de su enfermedad, desarrolló ataques episódicos de ceguera, mudez y sordera. Estos déficit no interferían su funcionamiento diario. Se añade a esto su "deambulación sin propósi-

to", en la que salía de casa y vagaba por un perímetro de aproximadamente 200 metros con amnesia total de todo el episodio. No había historia que indicara epilepsia, síndrome cerebral orgánico, abuso de drogas o cualquier motivo de compensación. El Examen del Estado Mental no reveló ninguna anomalía y el examen físico fue normal. Se hizo un diagnóstico de trastorno disociativo (de conversión) mixto y se inició el tratamiento. El tratamiento inmediato consistió en explicar la naturaleza de la enfermedad a la paciente y a los familiares diferencialmente, cortar la ganancia secundaria, refuerzo diferencial, manipulación ambiental y principios distractores para impedir o abortar un ataque. El tratamiento a largo plazo lo constituía psicoterapia individual. La paciente estaba bajo seguimiento regular y después de tres meses se la encontró completamente asintomática.

Los rasgos cardinales del síndrome disociativo (de conversión) son la pérdida parcial o completa de la integración normal, el deterioro de recuerdos del pasado, la conciencia de la propia identidad, sensaciones inmediatas y el control del cuerpo, con atención inmediata y movimiento intactos (WHO, 1992), y se conceptualiza dinámicamente como una manifestación simbólica de un conflicto interno no resuelto. Marsden (1986) encontró que la presentación más común era parálisis seguida por pseudocrisis, ceguera y amnesia donde, como en la serie de Trimble (1981), los síntomas motores eran los más comunes, seguidos por dolores, pseudocrisis, y las perturbaciones visuales y la amnesia eran relativamente infrecuentes. El consenso global es que es poco frecuente que se produzcan perturbaciones visuales o ceguera, amnesia, fuga y estados de trance, y más en combinación en un caso particular. Nuestro caso refleja esta excepcionalidad única de presentación. La paciente desarrolló amnesia disociativa, fuga, trance y trastornos de posesión, trastorno motor, convulsiones, pérdida sensorial y también alucinaciones multimodales (WHO, 1992). Dinámicamente, aunque el conflicto de "acercamiento-evitación" en este

caso estaba aparentemente entre casarse con alguien de su propia elección y abandonarlo debido a la desaprobación de los padres, en realidad, era si había acertado en su elección de marido. La paciente no podía resolver este conflicto y el matrimonio ambivalente precipitó su "huida a la enfermedad". Pronóticamente, de 50 a 90% de los síntomas de conversión se recuperan por completo dentro de un periodo breve de tiempo y aproximadamente 25% de los casos recaen en un plazo de uno a seis años, pero la evolución exacta de los síntomas disociativos es desconocida (Barsky, 1989).

BIBLIOGRAFIA

- Barsky AJ. Somatoform Disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: William and Wilkins, 1989; 1009-28.
- Mace CJ, Tremble MR. «Hysteria», «functional» o «psychogenic»? *J Roy Soc Med* 1991; 84: 471-5.
- Marsden CD. Hysteria - a neurologist's view. *Psychol Med* 1986; 16: 277-88.
- Trimble MR. *Neuropsychiatry*. Chichester: John Wiley and Sons, 1981; 79-87.
- World Health Organization (WHO). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder: clinical descriptions and guidelines*. Geneva: WHO, 1992.

Seropram® Citalopram (D.C.I.) Comprimidos. COMPOSICIÓN: Cada comprimido contiene: Citalopram (D.C.I.) (bromhidrato) 24,98 mg (correspondiente a Citalopram base 20 mg). Excipientes (conteniendo Lactosa (23,1mg)), c.s. INDICACIONES: Episodios depresivos mayores. POSOLOGÍA: Este medicamento está indicado exclusivamente para el adulto. **Adultos:** La dosis mínima eficaz es de 20 mg al día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la severidad de la depresión, la dosis se puede incrementar progresivamente hasta un máximo de 60 mg al día. La dosis óptima es de 40 mg/día. **Anzianos:** La dosis diaria recomendada es de 20 mg/día. Dependiendo de la respuesta individual del paciente y de la severidad de la depresión, la dosis se puede incrementar hasta un máximo de 40 mg/día. **En caso de insuficiencia hepática:** Los pacientes afectos de función hepática disminuida no deberían recibir dosis superiores a 30 mg/día. **En caso de insuficiencia renal:** No se requieren precauciones especiales para los pacientes con insuficiencia renal leve o moderada. Hasta el momento no se dispone de información para el tratamiento de pacientes con función renal severamente disminuida (aclaramiento de la creatinina <20 ml/min). **Duración del tratamiento:** El efecto antidepressivo generalmente se inicia después de 2 a 4 semanas de iniciado el tratamiento. El tratamiento con antidepressivos es sintomático y, por tanto, debe continuarse durante un periodo de tiempo apropiado, generalmente durante seis meses, a fin de prevenir recaídas. No existen estudios sobre la prevención de recurrencias. **FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** Los comprimidos de citalopram pueden administrarse en una sola toma diaria, en cualquier momento del día, independientemente de las comidas. **CONTRAINDICACIONES:** a) Hipersensibilidad al citalopram. b) Insuficiencia renal severa con aclaramiento de creatinina inferior a 20 ml/minuto, ante la ausencia de datos. c) Niños de menos de 15 años de edad: no se dispone de datos. d) Asociación con los IMAO no selectivo e IMAO selectivos B (véase interacciones con otros medicamentos). e) Contraindicaciones relativas: asociaciones con los IMAO selectivos A. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** Advertencias: a) Como en todo tratamiento con antidepressivos, el riesgo de suicidio persiste en el periodo inicial del tratamiento en los pacientes depresivos, porque la supresión de la inhibición psicomotora puede preceder a la acción antidepressiva propiamente dicha. b) Dado que al inicio del tratamiento aparecen insomnio o nerviosismo, se puede considerar una disminución de la dosis o un tratamiento sedante asociado hasta la mejoría del episodio depresivo. c) Esta especialidad contiene lactosa. Se han descrito casos de intolerancia a este componente en niños y adolescentes. La cantidad presente en el preparado no es, probablemente, suficiente para desencadenar los síntomas de intolerancia. **Precauciones especiales de empleo:** a) En caso de insuficiencia hepática, el metabolismo puede enlentecerse, por lo que se deberá reducir la dosis a la mitad (véase Posología y forma de administración). b) En caso de crisis maníaca debe interrumpirse el tratamiento con citalopram y prescribirse un neuroléptico sedante. c) La asociación de un inhibidor de la recaptación de serotonina con un IMAO selectivo A (véase interacciones con otros medicamentos) solo debe llevarse a cabo como último recurso, es decir, en el 5% de las depresiones resistentes a los tratamientos ensayados con anterioridad. 1) -sucesión de dos antidepressivos de mecanismo diferente y prescritos en monoterapia. 2) -asociación de un antidepressivo con litio. Si estas tentativas fracasan esta asociación puede considerarse como último recurso, pero impone un seguimiento **extremadamente riguroso** del paciente, teniendo en cuenta el riesgo de síndrome serotoninérgico* (véase más adelante) al que está expuesto. d) En los pacientes que tengan antecedentes de epilepsia es prudente reforzar la vigilancia clínica y terapia electroconvulsiva. La aparición de crisis convulsivas impone la interrupción del tratamiento. e) Aunque no se ha observado ninguna interacción clara con el alcohol, se recomienda limitar su consumo en caso de depresión. **INTERACCIONES:** Interacciones con otros medicamentos **ASOCIACIONES CONTRAINDICADAS:** +**IMAO no selectivo:** Riesgo de aparición de síndrome serotoninérgico* Respetar un descanso de dos semanas entre la retirada de un IMAO y el inicio del tratamiento con citalopram, y de al menos una semana entre la retirada de citalopram y el inicio de un tratamiento con un IMAO*. **Síndrome serotoninérgico:** La asociación de IMAO selectivo o no, con las moléculas que inhiben la recaptación de la serotonina puede ser el origen de un síndrome serotoninérgico. El litio que aumenta la neurotransmisión serotoninérgica, puede igualmente provocar un síndrome serotoninérgico con los inhibidores de la recaptación de la serotonina, pero de manera más atenuada. Dicho síndrome se manifiesta por la aparición (en algún caso brusca), simultánea o sucesiva de un conjunto de síntomas que pueden hacer necesaria la hospitalización o incluso producir la muerte. Estos síntomas pueden ser: -psíquicos (agitación, confusión, hipomanía, ocasionalmente coma), -motores (mioclonías, temblores, hiperreflexia, rigidez, hiperactividad), -vegetativos (hipo o hipertensión, taquicardia, escalofríos, hipertermia, sudores), -digestivos (diarrea). Para poder ser identificado como tal, el síndrome serotoninérgico debe presentar como mínimo tres síntomas de categoría diferente, y todo ello en ausencia de un tratamiento neuroléptico recientemente asociado o de un aumento reciente de la dosis de un tratamiento neuroléptico asociado, teniendo en cuenta las similitudes clínicas con el síndrome maligno de los neurolépticos. El estricto respeto de la posología indicada constituye un factor esencial en la prevención de la aparición de este síndrome. + **IMAO selectivo B (selegilina)** (Por extrapolación a partir de la fluoxetina): Riesgo de hipertensión paroxística y de síntomas de vasoconstricción periférica. Respetar un descanso de dos semanas entre la retirada del IMAO-B y el inicio del tratamiento con citalopram, y de al menos una semana entre la retirada del citalopram y el inicio de un tratamiento por IMAO-B. **ASOCIACIÓN NO RECOMENDABLE:** +**IMAO selectivo A (Moclobemida, toloxanona):** Riesgo de aparición de un síndrome serotoninérgico* (véase anteriormente). Si la asociación es verdaderamente necesaria, realizar una vigilancia clínica muy estrecha. (véase Precauciones de empleo). **ASOCIACIONES QUE PRECISAN PRECAUCIONES DE EMPLEO:** +**Carbamazepina** (por extrapolación a partir de la fluoxetina y de la fluvoxamina). Aumento de los niveles de carbamazepina con signos de sobredosis. Vigilancia clínica con control de las concentraciones plasmáticas de carbamazepina y posible reducción de la posología de carbamazepina durante el tratamiento con citalopram y después de su interrupción. + **Litio** (por extrapolación a partir de la fluoxetina y de la fluvoxamina). Riesgo de aparición de un síndrome serotoninérgico* (véase anteriormente). Vigilancia clínica regular. **ASOCIACIÓN A TENER EN CUENTA:** + **imipramina:** El citalopram comporta un aumento del 50% de las concentraciones sanguíneas de desipramina (metabolito principal de la imipramina). **EMBARAZO Y LACTANCIA:** La escasez de observaciones clínicas disponibles impone la prudencia en la mujer embarazada y durante la lactancia (véase Datos preclínicos de seguridad). **EFFECTOS SOBRE LA CAPACIDAD PARA CONDUCIR Y UTILIZAR MAQUINARIA:** Aunque el citalopram no altera las funciones psicomotoras conviene, como en todos los psicótropos, recomendar prudencia a los conductores de vehículos y usuarios de máquinas. **REACCIONES ADVERSAS:** Los efectos indeseables observados durante el tratamiento con citalopram son generalmente de intensidad leve o moderada. Serán evidentes durante la primera e incluso las dos primeras semanas del tratamiento, y posteriormente desaparecen al mejorar el episodio depresivo. Se han encontrado en monoterapia o en asociaciones con otros psicótropos, los siguientes trastornos: -neuropsíquicos: nerviosismo, somnolencia, astenia, cefaleas, vértigos, trastornos del sueño, pérdidas de la memoria, tendencia suicida; -gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarreas, estreñimiento, sequedad de boca; -hepáticos: se han dado casos excepcionales de aumento de las enzimas hepáticas; -cutáneos: exantema, prurito; -visuales: trastornos de la adaptación; -metabólicos: pérdida o aumento de peso; -cardiovasculares: taquicardia hipotensión ortostática, bradicardia en los pacientes que tienen una frecuencia cardíaca baja; -de la libido; -de la micción; -diáforesis. **SOBREDOSIFICACIÓN:** Los principales síntomas hallados son: fatiga, vértigos, temblores de manos, náuseas, somnolencia. Durante las tentativas de intoxicación voluntaria con una mezcla de medicamentos, asociada o no con el alcohol, el citalopram no parece provocar la aparición de una sintomatología clínica específica, salvo con los IMAO selectivos A (véase Interacciones con otros medicamentos y precauciones de empleo). El tratamiento es sintomático, con lavado gástrico lo antes posible tras la ingestión oral. La vigilancia médica deberá mantenerse durante al menos 24 horas. No existe tratamiento específico. **INCOMPATIBILIDADES:** Ninguna. **PRECAUCIONES DE CONSERVACION:** Conservar a temperatura ambiente (inferior a + 25° C). **INSTRUCCIONES DE USO Y MANIPULACION:** Ninguna. **NOMBRE O RAZON SOCIAL Y DOMICILIO PERMANENTE O SEDE SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN:** Lundbeck España, S.A., Av. Diagonal, 505, 4º 6º, 08028 Barcelona. **CON RECETA MEDICA. PRESENTACIÓN Y PVP IVA (4%):** Seropram® comprimidos: envase conteniendo 14 comprimidos de 20 mg, 2.832 pts. Envase conteniendo 28 comprimidos de 20 mg, 5.665 pts. **CONDICIONES DE PRESTACION FARMACÉUTICA DEL S.N.S.:** A estas especialidades les corresponde **APORTACIÓN REDUCIDA**. **TEXTO REVISADO ENERO 1.996. CONSULTE LA FICHA TÉCNICA COMPLETA DEL PRODUCTO ANTES DE PRESCRIBIR.**