

11233

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"  
I.S.S.S.T.E.

**"MANIFESTACIONES PSEUDONEUROLOGICAS EN  
PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓGENOS"**

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN:

NEUROLOGÍA  
CLÍNICA  
EN ADULTOS

PRESENTA  
DR. ARNOLDO ALBERTO AGUIRRE ÁLVAREZ

ASESOR DE TESIS

DRA. LILIA NÚÑEZ OROZCO



MÉXICO, DF.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE FIRMAS



Dr. Mauricio Di Silvio López  
Subdirector de Enseñanza e Investigación

Dra. Lilia Núñez Orozco  
Profesor Titular, Jefe del Servicio de Neurología Clínica Adultos

Dra. Lilia Núñez Orozco  
Asesor de Tesis

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

Dr. Arnoldo Alberto Aguirre Álvarez  
Autor de Tesis

## AGRADECIMIENTOS

*A mi Esposa y a mi Hija por todo el tiempo que tuvieron que sacrificar, por su apoyo sincero, pero sobre todo por permitirme ser parte de la gran familia que formamos.*

*A mis Abuelos y a mis Padres por todos sus consejos.*

*Un agradecimiento especial a la Dra. Núñez Orozco, al Dr. Hugo Martínez Lemus y al Mat. Analista Estadístico (Departamento De Investigación Subdirección General Médica del I.S.S.S.T.E.) por su valioso apoyo y tiempo y que a pesar de todas las responsabilidades y ocupaciones que tienen tuvieron la paciencia para darme ese tiempo tan valioso, así como su confianza y fé en mi.*

*Y finalmente pero no menos importantes a mis pacientes, maestros y compañeros de servicio.*

# INDICE

## RESUMEN

I.	ANTECEDENTES.....	1 - 8
II.	MATERIAL Y METODOS.....	9 - 12
III.	RESULTADOS.....	13 - 28
IV.	DISCUSIÓN.....	29 - 31
V.	CONCLUSIONES.....	32
VI.	BIBLIOGRAFIA.....	33 - 34
VII.	ANEXOS.....	35 - 36

## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** Desde tiempos inmemorables en todas las sociedades se ha pensado que hay muchos individuos con problemas mentales que no están locos ni débiles mentales. Los pacientes con manifestaciones pseudoneurológicas con 4 o más síntomas asociados como ansiedad severa, etc. tienen incremento en la comorbilidad psiquiátrica por lo que es vital hacer un diagnóstico y tratamiento tempranos para hacer prevención de trastornos mayores. En el DSM-IV los trastornos somatomorfos incluyen los siguientes: de somatización, somatomorfo indiferenciado, de conversión, por dolor, hipocondría, dismórfico corporal y somatomorfo no especificado.

**OBJETIVO:** Describir las manifestaciones pseudoneurológicas más frecuentes en pacientes con trastornos psicógenos que frecuentemente constituyen serios problemas de diagnóstico, para realizar un diagnóstico temprano; así como conocer los factores que influyen o se relacionan con la presencia de estos síntomas y como un objetivo secundario el mejorar el conocimiento sobre este tipo de padecimientos entre los médicos.

**MATERIAL Y METODOS:** Es un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo parcial en el que se revisaron expedientes con diagnóstico de trastornos pseudoneurológicos pertenecientes a Hospitalización de este Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del departamento de Neurología Adultos en el periodo del 01 de Marzo-2002 al 31 de Mayo del 2004, los cuales fueron en total 33 pacientes referidos a este Hospital, se realizaron estudios de gabinete y laboratorio, entre otros, RM cerebral y estudios Neurofisiológicos de acuerdo a lo requerido en ese momento. Se analizaron los casos de todos los pacientes que a su egreso de hospitalización se concluyó que sus manifestaciones aparentemente neurológicas no lo eran por haberse realizado diversos estudios que descartaban lesión orgánica, o bien que teniendo una enfermedad física, las manifestaciones no pudieran ser explicadas por ella. Se excluyeron los pacientes no hospitalizados y los que a pesar de haberse sospechado un trastorno no orgánico se demostró que sí existía. Para analizar los resultados se utilizaron los siguientes métodos de Estadística descriptiva 1) Medidas de resumen estadístico (media, mediana y moda) 2) Medidas de dispersión (rango, desviación estándar y percentiles) 3) Tablas de contingencia bivariada, 4) Gráficas de barras, de dispersión y de estadística Inferencial 1) Pruebas de independencia Ji - Cuadrada: No corregida, 2) Mantel - Haenszel, Corregida y 3) Exacta de Fisher.

**RESULTADOS:** De los 33 casos captados de marzo de 2002 a junio de 2004, 29 eran mujeres (87.94%) y 4 eran hombres (12.1%) ( $P < 0.0001$ ). 7 (21.2%) se dedicaban a la docencia, 6 (18.2%) al hogar, 5 (15.2%) como secretarias y 4 (12.1%) eran Médicos, 21 (63.6%) eran casados y 8 (29.2%) eran solteros. Las manifestaciones pseudoneurológicas más frecuentes fueron las Pseudocrisis en 15 pacientes (45.5%), movimientos anormales en 4 (12.1%) alteraciones en la marcha en 4 más (12.1%).

De los 15 pacientes con pseudocrisis a 12 (80%) se les solicitó tomografía axial computarizada, a 13 se les realizó VEEG y a 14 EEG convencional. Se describieron todos los signos pseudoneurológicos que pueden orientar a este padecimiento.

**CONCLUSIONES:** El conocimiento de las manifestaciones pseudoneurológicas es importante para que los Neurólogos tengamos una idea clara de cómo sospechar estos diagnósticos, identificarlos y referirlos a quien debemos para que reciban un tratamiento adecuado. La sistematización de los síntomas y aparentes signos que se encuentran en este grupo de pacientes permitirá realizar un abordaje más adecuado y evitará gastos innecesarios para su estudio.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Since long time ago all societies have thought that many individuals with mental disorders are not insane neither have mental retardation. Patients with pseudoneurological features with 4 or more associated symptoms as severe anxiety, depression, etc., have an increased psychiatric morbidity and need to have an adequate diagnosis to avoid additional impairment. According to the DSM-IV, somatomorphic disorders include: somatization, indifferntiated somatomorphic disorder, conversion, pain, hypochondriasis, body dysmorphic and non specified.

**OBJECTIVES:** To describe the more frequent pseudoneurological features in patients with psychogenic disorders that often constitute diagnosis challenges in order to obtain an early diagnosis and identify the factors that influence or are related to the appearance of symptoms. As a secondary objective, is to improve the knowledge of this type of disorders among the physicians.

**MATERIAL AND METHOD:** This is an observational, descriptive partially prospective, transversal. We reviewed the medical records of patients discharged from our service with the diagnosis of pseudoneurological disorders from March 1st 2001 to May 31st of 2004. They were 33 patients submitted to different paraclinical studies as CT scan, MRI, EEG depending the symptomatology, to discard organic pathology, or having an organic disease, it was impossible to correlate the symptomatology. We excluded non hospitalized patients or those with the possible diagnosis of pseudoneurological disorders that finally had a demonstrated organic disease. To analyze the results we applied the following methods of descriptive statistics: 1) Measures of statistic resume (media, median mode) 2) Dispersion measures (range, standard deviation and percentiles) 3) Bivariate contingency tables 4) Bar, dispersion and inferential statistics graphics; 1) Independence tests,  $\chi^2$  - squared No corrected, 2) Mantel - Haenszel, Corrected y 3) Fisher exact test.

**RESULTS:** 33 cases, 29 females (87.94%) y 4 males (12.1%) ( $P < 0.0001$ ). 7 (21.2%) were teachers, 6 (18.2%) housekeepers, 5 (15.2%) secretaries y 4 (12.1%) physicians: 21 (63.6%) were married and 8 (29.2%) single. The more frequent neurological features were: pseudoseizures in 15 patients (45.5%), abnormal movements in 4 (12.1%); gait disorders in 4 (12.1%).

The 15 patients with pseudoseizures. 12 (80%) had CT scan, 13 VEEG and 14 EEG. And the pseudoneurological signs were described.

**CONCLUSIONS:** The knowledge of the features is very important for neurologists in order to support the suspicion of these diagnosis, identify the real disorder and refer the patient to the adequate specialist to prescribe an adequate treatment. Systematization of clinical features and apparent signs that are found in this type of patients will allow to achieve an appropriate approach and will avoid unnecessary expenses for the study of the cases.

## ANTECEDENTES

Desde tiempos inmemorables en todas las sociedades se ha pensado que hay muchos individuos con problemas mentales que no están locos ni débiles mentales. (1)

Freud es considerado como "el Neurólogo que fue sustituido por el psicólogo" ya que fue quien por primera vez, en forma abierta y pública relacionó los problemas de trastornos neuróticos con problemas psicológicos de fondo. (11)

Los pacientes con manifestaciones pseudoneurológicas con 4 o más síntomas asociados como ansiedad severa, dolores somáticos, etc. tienen incremento en la comorbilidad psiquiátrica por lo que es de vital importancia hacer un diagnóstico temprano para llevar a la psicopatología a una prevención temprana. (5)

Actualmente el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) define los trastornos somatomorfos o somatoformes como trastornos psiquiátricos caracterizados principalmente por síntomas físicos que sugieren una alteración física (somatomorfos) en los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos y que a diferencia del trastorno facticio o de simulación No se halla bajo control voluntario. (2)

Los desórdenes somatomorfos son caracterizados por la utilización de altos niveles de atención por parte de los pacientes hacia los servicios de salud o seguros, pero contradictoriamente hay una evidente inseguridad y desconfianza hacia el personal que ahí los atiende, por lo que esto lleva a serios problemas a diferencia del resto de los pacientes con otras enfermedades. (5)



En el DSM-IV los trastornos somatomorfos incluyen: trastorno de somatización, trastorno somatomorfo indiferenciado, trastorno de conversión, trastorno por dolor, hipocondría, trastorno dismórfico corporal y trastorno somatomorfo no especificado. (2)

### TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

Inicialmente descrito como histeria, hace al menos 4,000 años y probablemente conceptualizado en Egipto, el trastorno de somatización ha sufrido a lo largo del tiempo muchas modificaciones, incluyendo la descripción de Paul Briquet en 1859 en su monografía *Traité Clinique et Therapeutique Y I'Hystérie*. (10)

El trastorno de somatización tiene como principal característica la presencia de múltiples síntomas físicos (polisintomático que afecta a varios sistemas orgánicos) y que dan lugar a la búsqueda de asistencia médica o a un deterioro social o laboral significativo. (2)

En la Histeria clásica (trastorno de somatización) hay una incidencia muy alta de incompatibilidad marital, separación y divorcio, trastornos menstruales, sexuales y de procreación que llevan a síntomas que no encajan completamente en patrones reconocibles de enfermedades médicas y quirúrgicas.

Las preguntas en cuanto a la queja principal llevan a una respuesta vaga, la narración de una serie de incidentes o problemas que no tienen ninguna importancia para la pregunta, no recuerdan bien las fechas, aun de los sucesos más importantes de sus síntomas; la incongruencia del afecto o la *bella indiferencia* es notable (actitud tranquila hacia alguna enfermedad y lo que parecen signos físicos incapacitantes) y se considera una característica importante de esta enfermedad, así como la juvenil e infantil coquetería "seductora". (1)

Dentro de los Síndromes históricos especiales están el dolor histórico, vómitos históricos, convulsiones, trances y fugas históricas, parálisis, marcha y temblores históricos, ceguera histórica, amnesia histórica, hiperpirexia inexplicable, dermatitis facticia (dermatoneurosis histórica).

La histeria relacionada a varones se relaciona más a situaciones legales, del servicio militar o a compensaciones por incapacidad, pensiones de veteranos u económicas postraumas. (1)

Hay tres características útiles para diferenciar entre el trastorno de somatización y las enfermedades físicas:

1. Afectación de sistemas múltiples orgánicos.
2. Comienzo precoz y curso crónico, sin que aparezcan signos físicos correspondientes a anomalías estructurales.
3. Ausencia de las alteraciones analíticas características del trastorno físico sugerido.

#### *TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO*

Está más relacionado a trastorno depresivo y de ansiedad (cumpliendo criterios) que el de somatización y el tratamiento se basa en psicoterapia y antidepresivos. (2)

#### *TRASTORNO DE CONVERSIÓN*

Sus características consisten en la presencia de síntomas o déficit no producidos intencionalmente, que afecta a las funciones motoras o sensitivas y que, a pesar de sugerir la existencia de un trastorno neurológico o de una enfermedad médica general, el efecto de una sustancia o un comportamiento o experiencia culturalmente normales, no quedan totalmente explicados por estas causas.

Los síntomas pueden ser incoordinación, pérdida del equilibrio, parálisis o parestias localizadas, temblor, dificultad para la deglución o nudo en la garganta (bolo

histérico), afonía y retención urinaria; los síntomas sensoriales son alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil o dolorosa, diplopía, ceguera y sordera; y convulsiones como componente mixto. Sus síntomas no se producen en una forma intencionada a diferencia de los trastornos de simulación o facticios. (2)

Las escasas publicaciones en relación a los movimientos anormales psicógenos son casi exclusivamente de la última década, motivo por lo que es difícil encontrar especialistas neurólogos que tengan amplia y extensa formación sobre el tema, aunque últimamente en los Hospitales escuelas se trata de incluir este importante tema a la hora de la formación del Médico Residente.(4)

Los movimientos anormales psicógenos es más frecuente encontrarlos en forma de hipercinesia (temblores, etc.) que en forma de hipocinesia (parkinsonismo, etc.) (7)

No hay ningún marcador biológico o prueba paraclínica que nos permita tener con exactitud diagnóstica, además de que puede coexistir un movimiento psicógeno más uno orgánico en un mismo paciente y esto dificulta mucho el diagnóstico. (4)

Los movimientos anormales psicógenos no están asociados a daño orgánico y pueden ser derivados en muchos de los casos a causas psicológicas o psiquiátricas. (7)

El problema diagnóstico en el trastorno de conversión no estriba sólo en que los síntomas de conversión sugieran procesos neurológicos o afecciones médicas generales, sino en evitar que tales enfermedades se diagnostiquen erróneamente de conversión.

Estos pacientes tiene a menudo antecedentes de alteraciones o abusos sexuales. (2)

## ***HIPOCONDRIA***

La hipocondriasis (neurosis hipocondríaca) es la preocupación mórbida por las funciones corporales o los signos y las sensaciones físicas, que da por resultado tener miedo a una enfermedad grave. (1)

Los griegos atribuyeron este nombre a trastornos de las vísceras situadas por debajo del apéndice xifoides, de ahí el término hipocondría. (2)

Se estima que el 85% está asociado a otra enfermedad mental como depresión, esquizofrenia o neurosis y solo el 15% es primaria. (1)

En un estudio multicéntrico de la OMS se encontró hasta un 0.8% de prevalencia global. (3)

## ***TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL***

Se define como la preocupación por algún defecto físico imaginario o la inquietud exagerada por una anomalía física menor y debe causar deterioro sociolaboral clínicamente significativos.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con la anorexia, la depresión, y el trastorno obsesivo-compulsivo.

El 75% no llega a casarse y los que lo hacen terminan en divorcio.

### ***TRASTORNO SOMATOMORFO NO ESPECIFICADO***

Es la verdadera categoría residual de los trastornos somatomorfos o sea aquellos trastornos en que nos queda duda que sean o encajen en las otras definiciones por no cumplir con los criterios establecidos. (2)

Aunque aun hay diferencias entre el DSM-IV y el CIE-10 se sigue luchando por tener una nomenclatura universal que poco a poco se ha ido logrando. (2)

### ***TRASTORNO FACTICIO***

Se caracterizan por una elaboración intencionada de signos o síntomas patológicos para ser considerado como “enfermo” o “paciente”.

Causan un grado significativo de morbilidad.

Se diferencia del trastorno somatomorfo porque en éste los síntomas son creados conscientemente a diferencia del somatomorfo, y del simulador por que este no tienen incentivo externo, una ganancia secundaria material y el simulador si.

El prototipo es el síndrome de Münchhausen (el Baron Karl Friedrich Hieronymos von Münchhausen con relatos exagerados de aventuras y proezas deportivas y militares).

Son pacientes que inventan historias médicas falsas o manipulan los instrumentos médicos como los electrodos cardiacos, termómetros, lesionarse, autoinocularse agentes microbianos, inyectarse insulina o tomar hormonas tiroideas, etc.

El 74% de los pacientes tuvo tensiones sexuales o maritales antes del desarrollo de los síntomas. (2)

## *TRASTORNO FACTICIO POR PODERES*

Cuando la madre inventa enfermedades a su hijo bebé, los cuales tiene hasta un 10% de mortalidad y una larga morbilidad por los múltiples estudios y tratamientos efectuados. (2)

## *SIMULACIÓN*

El DSM-IV no lo considera un trastorno mental o una enfermedad psiquiátrica.

Se define como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos como no realizar el servicio militar, evitar un trabajo, obtener una compensación económica, escapar de una condena criminal, u obtener drogas.

Hay conciencia del fingimiento intencionado de los síntomas. (2)

Los simuladores parecen guiarse por una doble estrategia para poder llegar a su objetivo como son la "combinación de síntomas" y su "severidad" sin importar, ni poder discernir por su falta de conocimiento si son síntomas neuróticos o psicóticos por lo que terminan haciendo una combinación de ambos lo que nos ayuda a discernir si es un simulador o un enfermo ya que no pueden coexistir ambos síntomas. (9)

El servicio de Neurología del C.N.M. "20 de Noviembre" recibe muchos pacientes con este tipo de problemas, y que al llegar al servicio después de muchos estudios se descarta que tengan una patología orgánica.

La finalidad de este estudio es describir las manifestaciones pseudoneurológicas más frecuentes en pacientes con trastornos psicógenos para realizar in diagnóstico temprano; así como conocer los factores que influyen o se relacionan con la presencia de estos síntomas y como un objetivo secundario el mejorar el conocimiento sobre este

tipo de padecimientos en los médicos residentes del Servicio de Neurología de este C.M.N ya que pocas escuelas ponen énfasis en estas patologías.

El conocer que perfil tiene este tipo de pacientes, cuales son las manifestaciones más frecuentes y cuáles son las características de éstas nos permitirán tener estos cuadros como diagnostico diferencial, y tener las bases para referirlo al servicio correspondiente y disminuir el retardo de su envío a tercer nivel, evitando así incrementar el número de estudios necesarios y abatir el costo final que conllevan estos pacientes.

## MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo parcial en el que se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de trastornos pseudoneurológicos cuya manifestación era un síntoma pseudoneurológico pertenecientes a Hospitalización de este Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del departamento de Neurología Adultos en el periodo comprendido del 01 de Marzo-2002 al 31 de Mayo del 2004, los cuales fueron en total 33 pacientes que fueron referidos a este Hospital por referencia de Hospitales de segundo y primer nivel algunos con diagnóstico de enfermedad Neurológica y otros como trastornos pseudoneurológicos. A todos se les realizó una historia clínica completa con mayor enfoque Neurológico y Psiquiátrico hecha por su respectivo servicio, se repitió la exploración neurológica en varias ocasiones, algunos casos se filmaron con el consentimiento verbal de los pacientes, se les tomaron algunos de los siguientes estudios de acuerdo a lo que se considero necesario en su momento: biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos séricos, pruebas de función hepática, citoquímico y pruebas inmunológicas en liquido cefalorraquídeo, tomografía axial computarizada de cráneo, resonancia magnética cerebral o medular, electromiografía, velocidades de neuroconducción, potenciales evocados, electroencefalograma, video electroencefalograma, y otros.



El diagnóstico final se hizo en consenso entre los dos servicios (Neurología y Psiquiatría), después de haber descartado una causa orgánica o de haber encontrado una causa orgánica asociada a una de estas enfermedades, basados en las descripciones de estas enfermedades impresas en la literatura.

Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes que se ingresaron a hospitalización y en quienes se confirmó al final de la misma que se trataba de una manifestación pseudoneurológica al descartar una causa estructural, al no encontrar una relación clínico-anatómica-radiológica o por otros estudios, así como en quienes si tenían una enfermedad neurológica de base pero cumplían criterios clínicos y psiquiátricos para pensar de que asociada a su enfermedad tenían una manifestación pseudoneurológica , todo esto realizado por Médicos Especialistas en Neurología y Psiquiatría del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

Los criterios de exclusión fueron aquellos pacientes que no pertenecieran a el servicio de Neurología de este Centro Médico Nacional, que no fueran hospitalizados, en los que se confirmara que no era una manifestación pseudoneurológica.

Los resultados de los estudios en líquido cefalorraquídeo, de los estudios de neurofisiología y los de imagen fueron revisados por expertos en la materia (Neurólogos, Neurofisiólogo y Neurorradiólogo).

El placebo que se utilizó para tratar la manifestación pseudoneurológica o inducirla (esta última solo en los casos de pseudocrisis) fueron solución salina o agua destilada inyectada y miel (esta última solo en un caso de pseudocrisis).

## **Métodos estadísticos**

### **Estadística descriptiva**

- 1) Medidas de resumen estadístico (media, mediana y moda).
- 2) Medidas de dispersión (rango, desviación estándar y percentiles).
- 3) Tablas de contingencia bivariada
- 4) Gráficas de barras, de dispersión

### **Estadística Inferencial**

- 1) Pruebas de independencia Ji – Cuadrada: No corregida, Mantel – Haenszel, Corregida y Exacta de Fisher.

## RESULTADOS

De los 33 casos captados de marzo de 2002 a junio de 2004, 29 eran mujeres (87.94%) y 4 eran hombres (12.1%) con una prueba de Z de 5.912 ( $P < 0.0001$ ), la edad promedio fue de 36.788 años con una mínima de 15 y una máxima de 60 años de edad, con una desviación estándar de 11.258.

De los 33 casos captados en relación a su ocupación se encontró que 7 (21.2%) se dedicaban a la docencia, 6 (18.2%) al hogar, 5 (15.2%) como secretarias y 4 (12.1%) eran Médicos. (Ver tabla 1).

**TABLA 1. Resultados estadísticos en relación a la ocupación.**

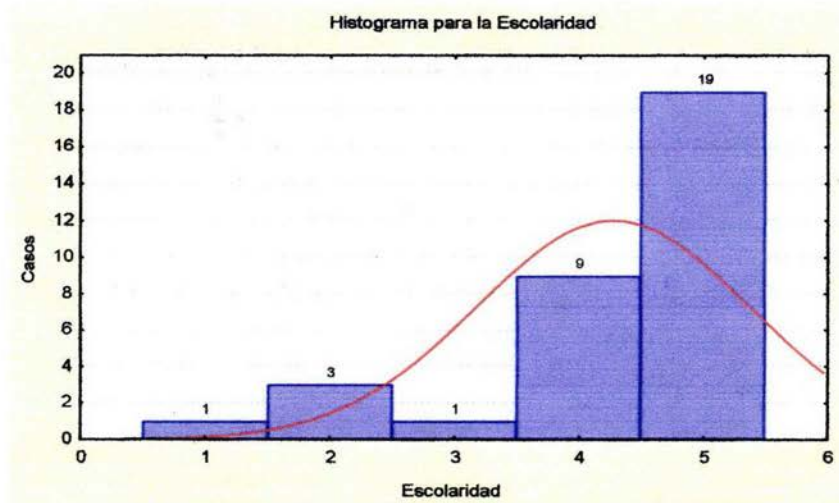
---

<b>OCUPACION</b>	<b> </b>	<b>Freq</b>	<b>Percent</b>	<b>Cum.</b>
<b>Ama de casa</b>	<b> </b>	<b>6</b>	<b>18.2 %</b>	<b>18.2%</b>
<b>Secretaria</b>	<b> </b>	<b>5</b>	<b>15.2%</b>	<b>33.3%</b>
<b>Enfermera</b>	<b> </b>	<b>3</b>	<b>9.1%</b>	<b>42.4%</b>
<b>Trabajo off</b>	<b> </b>	<b>4</b>	<b>12.1%</b>	<b>54.5%</b>
<b>Estudiante</b>	<b> </b>	<b>3</b>	<b>9.1%</b>	<b>63.6%</b>
<b>Maestro</b>	<b> </b>	<b>7</b>	<b>21.2%</b>	<b>84.8%</b>
<b>Médico</b>	<b> </b>	<b>4</b>	<b>12.1%</b>	<b>97.0%</b>
<b>Desemplea</b>	<b> </b>	<b>1</b>	<b>3.0%</b>	<b>100.0%</b>

---

**Total | 33 100.0%**

## GRAFICA 1. Relación entre el número de casos y el grado de escolaridad.



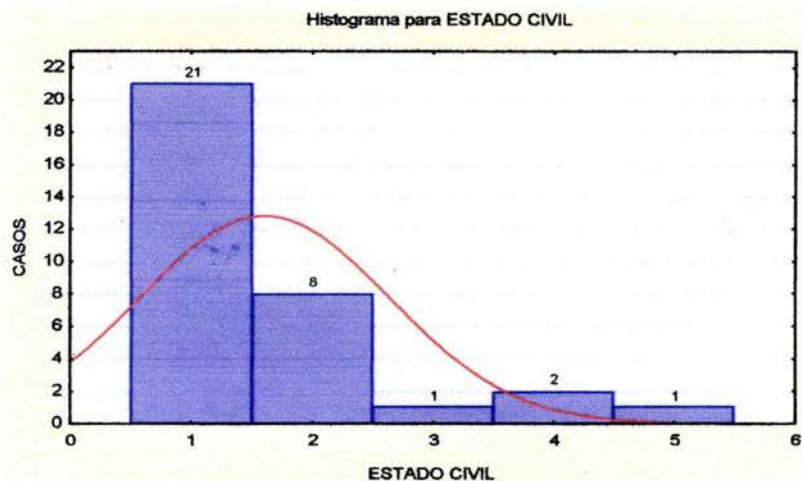
### Escolaridad:

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Preparatoria o bachillerato
5. Profesionista

Se encontró que de los 33 casos 21 (63.6%) eran casados y 8 (29.2%) eran solteros.

(Ver Grafica 2).

## GRAFICA 2



Donde:

1. Casado
2. Soltero
3. Unión libre
4. Viudo
5. Divorciado

En cuanto al nivel socio-económico se observó que de los 33 pacientes analizados 14 (42.4%) eran de nivel "medio bajo" y 15 (45.5%) eran "medio alto".

De los 33 pacientes a 6 (18.2%) se les dio placebo y el 100 % de estos respondió como "medicamento" eficaz, cumpliendo con la finalidad con la que se dio.

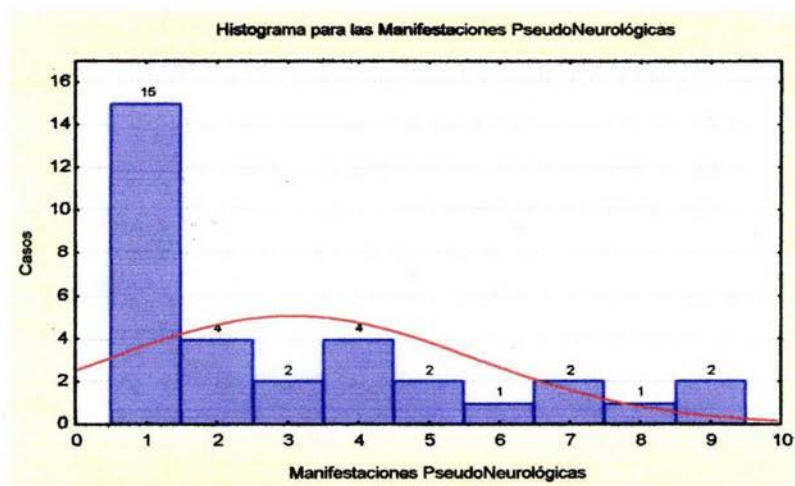
Las manifestaciones pseudoneurológicas más frecuentes fueron las pseudocrisis con 15 pacientes (45.5%), 4 (12.1%) con movimientos anormales y 4 (12.1%) con alteraciones en la marcha. (Ver Grafica 3).

En la relación entre la manifestación pseudoneurológica y el sexo, se observó que los 4 casos masculinos que hubo estuvieron 2 (13.3%) de los 15 casos de pseudocrisis en esta manifestación. Que 1 que es el 25% de las alteraciones de la marcha pertenecía a ésta y el último que es el 50% de las alteraciones sensitivas estaba en ella.

Cuando se observó la asociación con el estado civil y todas las manifestaciones pseudoneurológicas encontramos que 21 (63.6%) pacientes eran casados y 8 (24.2%) eran solteros.



### GRAFICA 3.



**DONDE:**

- 1. Pseudocrisis**
- 2. Movimientos anormales**
- 3. Temblor**
- 4. Alteraciones en la marcha**
- 5. Hemiplejia o hemiparesia**
- 6. Amaurosis**
- 7. Paraplejía o paraparesia**
- 8. Dolor**
- 9. Alteraciones sensitivas**

Signos clínicos observados que nos sugieren que es o puede estar asociada una manifestación pseudoneurológica a un trastorno psicógeno, orgánico o mixto:

**PSEUDOCRISIS:**

1. Hiperextensión y flexión de la cabeza y las 4 extremidades en ángulos exagerados.
2. Movimientos de hiperextensión y flexión del tórax .
3. Movimientos de rotación y /o negación de la cabeza y de rotación de las 4 extremidades.
4. No golpearse durante los eventos con ninguno de los objetos contiguos o agarrarse de los mismos durante las crisis.
5. Responder a ordenes verbales, escuchar y recordar todo lo que paso durante el evento.
- 6.- Responder a un placebo como "inductor" de crisis.
7. Que no haya respuesta anormal pupilar, ni cianosis, ni alteración en los reflejos osteotendinosos.
8. Que no haya correlación clínica con el EEG digital durante el evento.
9. Que golpee el colchón o a las personas que están alrededor durante el evento.
10. Hiperventilación antes o durante la crisis, así como prueba de hiperventilación positiva para desencadenar los eventos y siempre esta se desencadena por situaciones de estrés.
11. No se dejan abrir los ojos durante el evento.

12. Tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos.

13. Al dejarle caer su propia mano durante o inmediatamente después del evento no se golpean la cara por inercia como lo haría un paciente con crisis reales.(esto puede aprenderse conforme se repita).

14. Se quejan de dolor durante el evento.

15. El tiempo de duración de los eventos puede ser tan exagerado como hacer pensar en un estado epiléptico, pero nunca hay esa afección que deja un estado epiléptico, además de que dicen que cada crisis dura ese tiempo.

NOTA: durante la revisión llamo la atención que en la mayoría de los casos el inicio del relato del cuadro clínico lo empiezan con dolor de cabeza o lo refieren tarde o temprano en alguna etapa de la evolución y es de tipo vascular, tensional o mixto.

#### MOVIMIENTOS ANORMALES:

1. Siempre imitan algo ya conocido como serruchar, brincar, etc.

2. El ritmo de su movimiento cuando dicen que lo tiene en todo el cuerpo es al mismo ritmo, pero lo pierden al sentarse o distraerlos.

3. Hacen movimientos de contorsión de todo el cuerpo, sin ningún fin, tienen movimientos lentos de rotación interna y externa de las 4 extremidades.

4. Responden a placebo.

5. A la hora de la exploración si uno los distrae haciéndole varias preguntas, rápido, una tras otra pierden el control del movimiento voluntario y dejan de hacerlo desde segundos hasta minutos enteros.

6. Cuando hay rigidez hacen movimientos de balanceo de todo el cuerpo hacia adelante y atrás, a veces si hay rigidez en la exploración y otros no y sus movimientos a veces son lentos y otros normales, además de tener una marcha donde arrastran los pies pero con la punta hacia delante, sin despejar el zapato del suelo pero si uno los obliga a caminar más rápido agarrándolos terminan por realizar un paso normal.

7. Tienden a estar verborreicos, tratan de distraer al explorador, no dan fechas exactas del inicio de sus síntomas, se revuelven y confunden todo, incluso los mismo síntomas.

#### TEMBLOR:

1. El temblor cefálico puede ser como decir si, pero exagerado.

2. El temblor en las extremidades es rítmico en las 4, puede ser incluso como abrir y cerrar el compás, cuando es de una extremidad si uno pone al paciente a que haga otro movimiento rítmico el temblor psicógeno toma el ritmo del temblor nuevo, cosa que no pasa con un temblor orgánico.

3. Pueden responder a placebos aunque menos que las otras manifestaciones.

## ALTERACIONES DE LA MARCHA:

1. Se relacionan a alteraciones sensitivas sin distribución anatómica.
2. El tono, fuerza, reflejos osteotendinosos y respuesta plantar es flexora bilateral a pesar del tiempo que dicen que tiene de no poder mover la o las piernas.
3. La marcha en un solo día puede verse que a veces es con los dos pies apoyado en andadera, con un pie y al distraerlo se apoya en el otro, arrastra el pie con la punta y hacia delante a diferencia de la marcha plejica, si uno los confunde y les dice que quieren ver la fuerza del pie malo y le piden que levante la pierna buena el dice que no puede pero termina por sostenerse con el pie malo y al decirle que haga lo contrario dice no tener fuerza para flexionar la pierna, lo cual no concuerda con alguien que apoya su peso en esa pierna aunque sea por segundos.
4. Al pedirle que brinque normalmente lo hacen como un lactante menor (un pie enseguida del otro) y pueden realizar sentadillas.
5. Tienen una marcha bamboleante, como si se fueran a caer pero no lo hacen, la realizan casi normal si uno los guía solo apoyando sutilmente el dedo índice en la espalda o el hombro, los pasos son unos con la punta adentro, a fuerza, se tropiezan constantemente sin llegar a caerse.
6. La marcha puede ser robótica y con bella indiferencia.

### HEMIPLEJIA O HEMIPARESIA:

1. Pueden tener antecedentes de parálisis de un hemicuerpo o de las 2 extremidades inferiores que remitieron espontáneamente al 100% y que nos hacen pensar en un cuadro remitente recurrente.
2. La marcha puede con ampliación en la base de sustentación, con late pulsión indistinta.
3. Cuando súbitamente se da la parálisis no presentan alteraciones de los signos vitales, ni parestesias.
4. La fuerza, el tono y los reflejos son normales a pesar de que ellos intentan demostrar lo contrario.
5. Se observo relación con alteraciones visuales y actitud de bella indiferencia.

### AMAUROSIS:

6. Casi siempre es súbita, de segundos de duración inicialmente.
7. Se relaciona a cefalea vascular o tensional.
8. No sufren accidentes.
9. Los reflejos pupilares son normales, así como los estudios neurofisiológicos y el fondo de ojo, puede o no haber alteraciones en la campimetria por aparato.

### PARAPLEJIA o PARAPARESIA:

1. Son similares a los de la hemiparesia y alteraciones de la marcha, haciendo una combinación de los mismos.

## **DOLOR:**

1.El dolor es intratable, no responde a tratamiento convencional, excepto a veces a antipsicóticos o antidepresivos.

2.Dependiendo de la localización va haber combinación de otras manifestaciones pseudoneurológicas.

3.Es de las manifestaciones pseudoneurológicas la más difícil de tratar e identificar por ser totalmente sintomática.

4.A veces el dolor sobre todo cuando es de cabeza responde a placebo.

## **ALTERACIONES SENSITIVAS:**

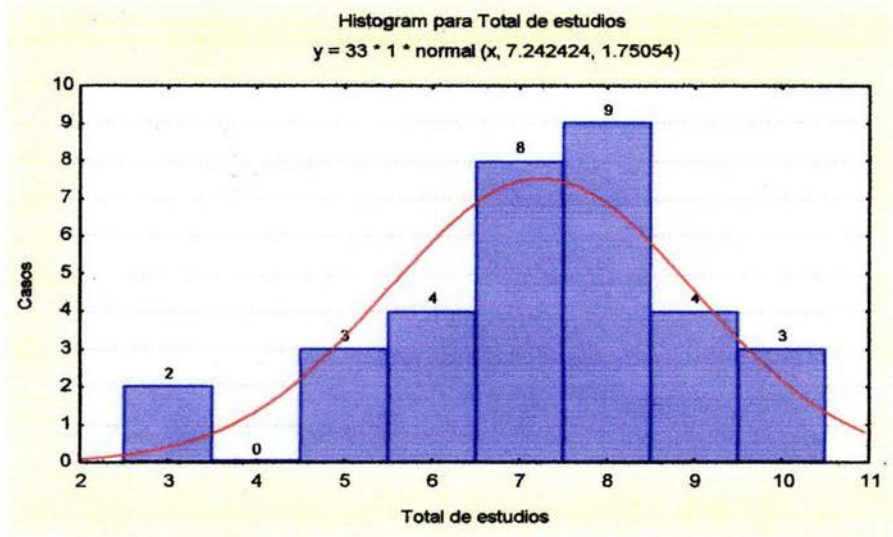
1.Las alteraciones sensitivas son cambiantes invariablemente.

2.Hay variantes de explorador y explorado, no hay una distribución anatómica.

3.Puede haber a la exploración bandas sensitivas o ser en parches.

Para observar y analizar cual fue el número mayor de estudios solicitados y a cuantos pacientes máximo se les solicito ver GRAFICA 4.

**GRAFICA 4. Número máximo de estudios realizados y a que número máximo de pacientes.**



**En esta gráfica observamos a 9 pacientes se les solicito como máximo 8 estudios y a 7 pacientes 6 de los 14 estudios diferentes que se solicitaron a los 33 casos según lo encontrado en los expedientes.**



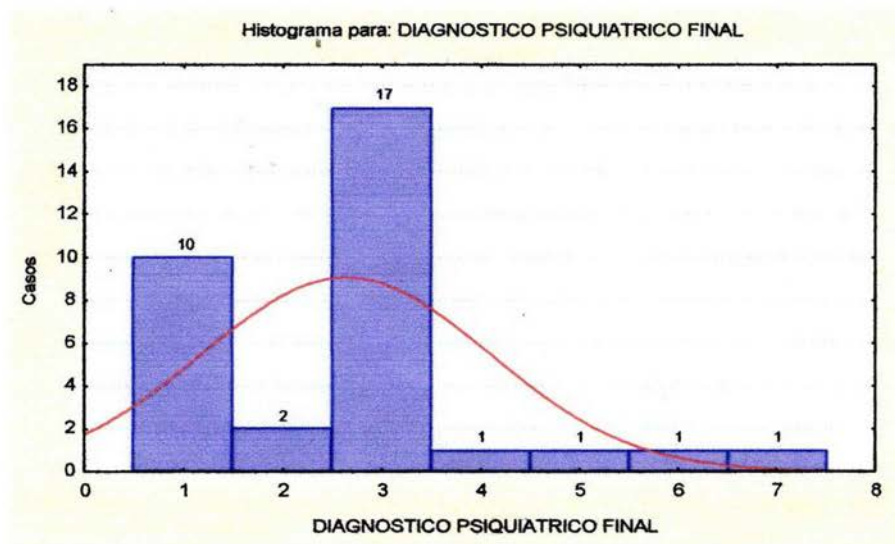
De la relación entre cada uno de los estudios realizados, a cuantos pacientes de acuerdo al número de pacientes que se les haya solicitado ese estudio , encontramos lo siguiente:

Fig.1

Estudio	No. pacientes	%	No total pac. c/ este estudio
Biometría h.	31	93.9	33
Química s.	31	93.9	33
Eslectrolitos s	31	93.9	33
Pba. De fun. Hepatica	22	75.9	29
Cit. LCR	12	41.4	29
TAC cráneo	21	63.6	12
RM	10	34.5	29
EMG	8	24.2	33
VNC	8	25	32
PEV	4	13.3	30
EEG	18	64.3	28
VEEG	16	59.3	27

De los 15 pacientes con pseudocrisis a 12 (80%) se les solicito tomografia axial computarizada, a 13 se les realizo VEEG y a 14 EEG convencional.

**GRAFICA 5. Asociación entre el número de pacientes y su diagnóstico psiquiátrico final.**



**Diagnósticos:**

**1.Trastorno somatomorfo**

**5.No se realizó**

**2.Trastorno de adaptación**

**6.Crisis de pánico**

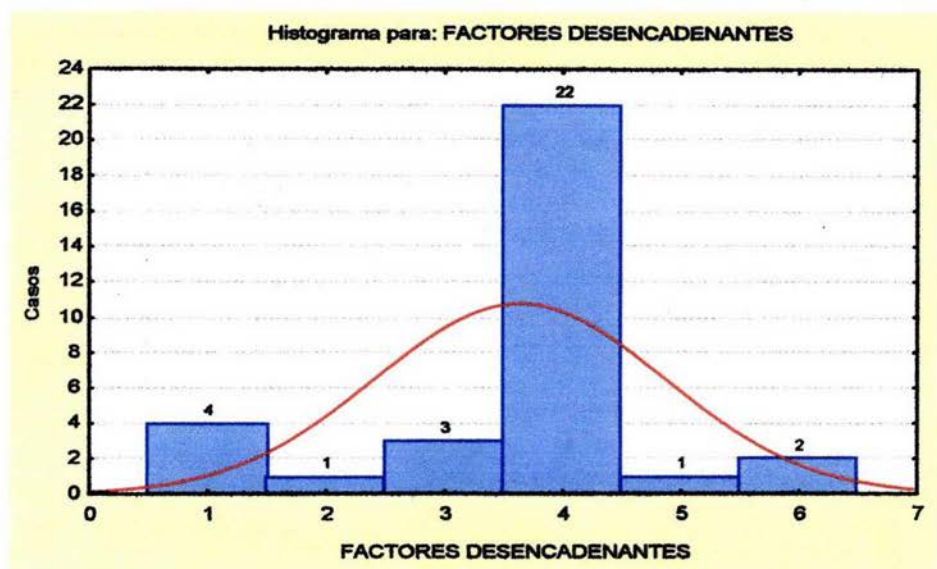
**3.Trastorno disociativo**

**7.Trast. depresivo**

**4.Trastorno facticio**

**De los 33 casos captados 29 pacientes (87.9%) fueron referidos al servicio de Psiquiatría a la consulta externa y de estos solo 20 (60.6%) continuo el tratamiento.**

**GRAFICA 6.**



**Factores:**

**1. Problemas en el núcleo familiar**

**4. Desconocidos**

**2. Factor laboral o/y legal**

**5. Ant. de violación**

**3. Problemas conyugales**

**6. Frustración per.**

## DISCUSIÓN

En el estudio se observó que las manifestaciones pseudoneurológicas son más frecuentes en mujeres que en hombres, siendo la edad medio los 36 años.(9)

También que estas manifestaciones se dan más en pacientes con educación profesional y que se desempeñan en su trabajo, así como en personas casadas y solteras.(9)

En cuanto al nivel socio-económico aunque no se encontró una diferencia en cuanto al nivel, es importante mencionar que nuestro Hospital es de tercer nivel, siendo su mayoría de asegurados maestros o familiares de maestros entre otros de un nivel socio-económico medio lo cual nos pone un sesgo en cuanto a este dato.

El placebo fue una indicación que no se dio en todos los pacientes por lo que este dato no aporta mucha información excepto que hay una gran respuesta favorable en estos pacientes a diferencia del efecto placebo esperado en pacientes con enfermedades orgánicas en el cual la respuesta favorable esperada es hasta de 30% .(2,4,7)

La manifestación más frecuente fue la pseudocrisis en un 45% de los casos revisados, y relacionándola al sexo, de los 4 hombres que hubo en el estudio 2 estaban dentro de esta manifestación.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Que de los trastornos anormales psicógenos se observo un 26% en temblor y un 26% en movimientos anormales, sumando hasta un 53% a diferencia de lo encontrado en la literatura. (4,7)

De los 14 estudios solicitados a estos paciente, el mayor número encontrado fue de 8 en 9 pacientes, y posiblemente este en relación al hecho de que como médicos nos vemos a veces en la necesidad por las cuestiones legales de demostrarle en su totalidad al paciente que no tiene nada orgánico, aunque nunca hay que manejarle términos como "usted no tiene nada", "se esta haciendo" o lo que tiene "es un problema psiquiátrico" ya que esto ocasiona una falta de confianza de ellos hacia el servicio final tratante que es psiquiatría.(1,2,9,11)

De los trastornos psiquiátricos finales encontramos que el trastorno disociativo es de los más relacionados con las manifestaciones pseudoneurológicas siendo esto algo que se esperaba ya que así esta descrito en la literatura (1,2).

El segundo diagnóstico fue el trastorno somatomorfo del cual observamos que esta en nuestro estudio al doble (33%) de lo que esta descrito en la literatura (16%). (12)

Y finalmente en cuanto a los factores desencadenantes no se pudo determinar bien cuales fueron, ya que el diagnóstico no se puede hacer en la primera visita del psiquiatra y mucho menos obtener este tipo de causas de su enfermedad psicógena, además de que la mayoría de estos pacientes como son de otras ciudades se les envía a psiquiatría de su Hospital correspondiente por lo que el seguimiento y respuesta a tratamiento es muy inadecuado.

Ahora el hecho de que haya una descripción de los síntomas como la que se hace en este trabajo es una aportación más a la literatura ya que las descripciones de cómo podemos sospechar que estas manifestaciones pseudoneurológicas son escasas en la literatura mundial y en los libros de texto, pero son más amplias en la práctica en la enseñanza de tipo empírica o generacional pasadola de maestro a alumno, lo cual es bueno pero es mejor que exista información seria y fidedigna de estas manifestaciones.

## CONCLUSIONES

Las manifestaciones pseudoneurológicas aun son un problema diagnóstico en la actualidad, debido a que no hay estudios complementarios que nos apoyen para su diagnóstico, por lo que es importante que los Neurólogos tengamos una idea clara de cómo sospechar estos diagnósticos, identificarlos, referirlos a quien debemos y dar un tratamiento adecuado y ya quitar esa idea de nuestras mentes de que es una enfermedad "psicosomática" ya que ahora se sabe que cada una de ellas tiene un nombre y apellido específico y que su tratamiento es muy diferente entre ellas mismas, contrario a lo que la mayoría del personal médico y no solo los Neurólogos, piensa en la actualidad.

Por otra parte los signos pseudoneurológicos que se encontraron en esta revisión van ayudarnos a nosotros como residentes actuales, a los futuros, así como a los médicos adscritos para tener un mejor panorama de este problema, además de que en la literatura nacional no encontramos ningún artículo o reporte de este tipo, por lo que este trabajo nos da una base y conocimiento sobre las manifestaciones pseudoneurológicas en nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Murice Victor v Allan H. Ropper “Adams y Victor’s Principles of Neurology”, 7ª edición 2002, The McGraw-Hill, pp: 1483-1504.
- 2.- Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky, Jhon A. Talbott “DSM-IV tratado de psiquiatría”, 3ª edición 2001, Masson, tomo 1; pp: 663-729).
- 3.- Michael G. Galder, Juan J. López-Ibar Jr, Nancy Andreasen “Tratado de Psiquiatría”, 2003, tomo 2, pp: 1114-1238.
- 4.- Luis Javier del Val – Gurutz Linazzasoro “Trastornos del Movimiento”, 2ª edición 2002, Masson, pp: 119-129.
- 5.- Interian, Alejandro PhD; Gara en cosl “The value of pseudoneurological symptoms for assessing psychopathology in primary care” January/February 2004; 66(1): 141-146.
- 6.- Waller, Elisabeth Dipl Psych and cols “attachment representation and illness behavior in somatoform disorders” The Journal of Nervous and mental Disease, March 2004; 192(3) pp: 200-209.
- 7.- Thomas, Madhavi, Jankovic, Joseph “Psychogenic Movement Disorders: Diagnosis and Management” CNS Drugs 2004 18 (7) pp: 437-452.



8.-Stone,Zeman A, Sharpe M "Functional weakness and sensory disturbance"

J. Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;73 pp:241-5

9.-Arthur J. Barsky "The patient with hypochondriasis" N. Engl J Med,Nov 8

2001, 345 (19) pp: 1395-1399.

10.-Roberto Mazzuca "los excesos de la hysteria" Interpsiquis 2004.

11.-Luis Raimundo Guerra Cid y col. "Problemas taxonómicos en la patología

psicosomática" Interpsiquis 2004.

12.- De Waal and cols. "Somatoform disorders in general practice:

prevalence,functional impairment and comorbidity with anxiety and

depressive disorders" British Journal of Psychiatry Jun 2004, 184 pp:470-476.

## ANEXOS

### CÉDULA DE COLECCIÓN DE DATOS

- | NOMBRE:                                      | AFILIACIÓN   | NUM. |
|--|--|------|
| 1.-OCUPACIÓN                                 | 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( )          |      |
|  | 1.-Ama de casa   |      |
|  | 2.-Secretaria  |      |
|  | 3.-Enfermera   |      |
|  | 4.-Trabajo de oficina                                    |      |
|  | 5.-Estudiante  |      |
|  | 6.-Maestro   |      |
|  | 7.-Médico  |      |
|  | 8.-Desempleado   |      |
| 2.-GRADO DE ESCOLARIDAD                      | 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )                            |      |
|  | 1. Analfabeta  |      |
|  | 2. Primaria  |      |
|  | 3. Secundaria  |      |
|  | 4. Preparatoria o bachillerato                           |      |
|  | 5. Profesionista   |      |
| 3.-SEXO:                                     | 1 ( ) 2 ( )  |      |
|  | 1. FEMENINO  |      |
|  | 2. MASCULINO   |      |
| 4.-EDAD                                      | _____ AÑOS.  |      |
| 5.-ESTADO CIVIL:                             | 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )                            |      |
|  | 1. Casado  |      |
|  | 2. Soltero   |      |
|  | 3. Unión libre   |      |
|  | 4. Viudo   |      |
|  | 5. Divorciado  |      |
| 6.-Nivel socioeconómico:                     | 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )                                  |      |
|  | 1. BAJO  |      |
|  | 2. MEDIO BAJO  |      |
|  | 3. MEDIO ALTO  |      |
|  | 4. ALTO  |      |
|  | 13. OTROS  |      |
| 7.-RESPUESTA A PLACEBO                       | 1 ( ) 2 ( )  |      |
|  | 1. SI  |      |
|  | 2. NO  |      |
| 8.-MANIFESTACIÓN PSEUDONEUROLOGICA PRINCIPAL | 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )<br>5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) |      |

1. CRISIS
2. MOVIMIENTOS ANORMALES
3. TEMBLOR
4. ALTERACIONES EN LA MARCHA
5. HEMIPLEJIA O HEMIPARESIA
6. AMAUROSIS
7. PARAPLEJIA O PARAPARESIA
8. DOLOR
9. ALTERACIONES SENSITIVAS
- 9.-ESTUDIOS SOLICITADOS 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( )  
10 ( ) 11 ( ) 12 ( ) 13 ( ) 14 ( )
  1. Biometría hemática
  2. Química sanguínea
  3. Electrolitos séricos
  4. Pruebas de función hepática
  5. Punción lumbar
  6. Tomografía axial computarizada
  7. Resonancia magnética cerebral
  8. Electro miografía
  9. Velocidades de neuroconducción
  10. Potenciales evocados
  11. Electroencefalograma
  12. VEEG
  13. SPECT cerebral
  14. OTROS
- 10.-DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO FINAL 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )
  - 1.Trastorno somatomorfo
  - 2.Trastorno adaptativo
  - 3.Trastorno disociativo
  - 4.Trastorno facticio
  - 5.Crisis de panico
  - 6.Trastorno depresivo
  - 7.No se realizo
11. PACIENTES REFERIDOS A PSIQUIATRIA 1 ( ) 2 ( )
  1. SI
  2. NO
12. PACIENTES QUE CONTINUARON TRATAMIENTO PSIQUIATRICO 1 ( ) 2 ( )
  1. SI
  2. NO
16. FACTORES DESENCADENANTES 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )
  - 1.-Problemática en núcleo familiar
  - 2.-Factores laborales y legales
  - 3.-Problemas conyugales
  - 4.-Desconocido
  - 5.-Violación
  - 6.-Frustración