

## DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE, VOMITOS CICLICOS, CRISIS PAROXÍSTICAS DE TEMBLORES

Dres. E. Silvestre, S. Quevedo, R. Rocco, N. Pérez

### MOTIVO DE DERIVACION

Una paciente de sexo femenino de 13 años de edad, es derivada de Misiones por presentar un cuadro crónico de cefaleas, vómitos y pérdida de peso.

Comienza hace un año con dolor abdominal recurrente, cambios en la actitud alimentaria (anorexia) y disminución en el rendimiento escolar.

En los últimos cuatro meses aparece la siguiente signo-sintomatología:

- **vómitos cíclicos**, de tipo gástrico, que motivaron la internación en 2 oportunidades por deshidratación secundaria
- **cefalea recurrente**
- **astenia** (pertinaz e invalidante)
- **trastornos del sueño** (insomnio, terrores nocturnos)
- **trastornos del estado tímico** (angustia, ansiedad, miedo a la muerte)
- **dolor inespecifico en miembros**
- **crisis paroxísticas** con la siguiente modalidad y cronología:
  - inquietud, ansiedad, miedo, sudoración profusa, dolor abdominal, náuseas, a veces vómitos, temblores incontrolables en miembros superiores, taquicardia, palidez, mareos.
  - En algunas oportunidades los episodios terminaban con la pérdida del conocimiento.
  - Refiere la madre que en una ocasión estando internada, los médicos necesitaron hacerle masaje cardíaco externo para recuperarla.

### EXAMEN FISICO

Peso: 30.200 kg. (Pc. 3)

Talla: 1,44 m. (Pc. 25)

PC: 52 cm. (Pc. 50)

Paciente que impresiona crónicamente enferma, con expresión triste, adelgazada, asténica y pálida.

Aparato cardiovascular y respiratorio sin datos positivos de importancia.

Abdomen simétrico, blando, depresible, doloroso en zona periumbilical, no se palpan visceromegalias ni masas abdominales.

Examen neurológico dentro de límites normales.

Genitales acorde a sexo y edad; estadio II de Tanner. Flujo vaginal blanquecino no pruriginoso ni mal oliente. No presentó menarca.

Tiene cicatriz de BCG.

No surgen, por el interrogatorio, datos epidemiológicos de contacto con tuberculosis

La paciente trae una TAC de cerebro, realizada sin contraste, dentro de límites normales.

Frente a este cuadro clínico:

■ ¿Qué diagnósticos sindromáticos plantearía?

■ ¿Qué exámenes iniciales solicitaría?

■ ¿Qué interconsultas realizaría?

Intentando resumir el cuadro sindromático poliexpresivo, podríamos, empíricamente, dividirlo en 4 sub-síndromes o problemas:

- Problema gastroenterológico
- Problema neurológico
- Problema psicológico
- Problema cardiológico

Los resultados de los exámenes complementarios e interconsultas, solicitados inicialmente fueron:

- Rx. de tórax : sin evidencia de alteraciones. PPD: 6 mm.
- Funcionalidad hepática, renal, medio interno: con valores dentro de rangos normales
- Recuento de blancos 6000 /mm<sup>3</sup>, Hb. 11,3 gr/dl- Hto. 33.7
- Interconsulta con Oftalmología: examen oftalmológico con fondo de ojo normal.
- Interconsulta con Neurología: confirmó el examen neurológico normal de la niña.

No repetimos la TAC porque consideramos que la ausencia de signos neurológicos focales, las características del cuadro clínico y el fondo de ojo normal, hacían muy poco probable la existencia de un proceso expansivo del SNC con hipertensión endocraneana.

En este punto del ejercicio clínico.

■ **¿Cual de los siguientes caminos seguiría?..:**

1. Jerarquizaría el problema psicológico. Consideraría éste como posible responsable primario de los síntomas corporales a manera de "somatizaciones". Incorporaría al equipo de psiquiatría y trabajaría transdisciplinariamente con éste. Esperaría la respuesta terapéutica y no pediría, por el momento, más exámenes complementarios.
2. Jerarquizaría el problema neurológico. Repetiría la TAC, con contraste. O de ser posible realizaría RMN. Solicitaría además un EEG con activación compleja para descartar epilepsias profundas.
3. Jerarquizaría el problema cardiológico (episodios de pérdida del conocimiento) Intentaría descartar por ejemplo, arritmias ocultas como causa de los episodios de pérdida de conocimiento Realizaría ECG, ecocardiograma, ergometría y Holter.
4. Jerarquizaría el problema gastro-enterológico. Realizaría seriada esofago-gastro-duodenal y endoscopia digestiva alta. Si las anteriores resultaran negativas sometería al paciente a una fibrocolonoscopia. En nuestro caso, después de haber descartado por clínica y TAC un proceso expansivo del SNC., decidimos jerarquizar el **Problema psicológico**.

La niña presentaba, además de la variada sintomatología somática, fuertes signos marcadores de compromiso emocional (insomnio, terrores nocturnos, angustia, ansiedad, hipervigilancia, miedo a la muerte y episodios compatibles con crisis de pánico). Las crisis de pánico pueden constituir por si mismas una entidad nosológica definida (Panic Disorder. PD.) o formar parte del cuadro clínico de otras enfermedades psiquiátricas (Generalized Anxiety Disorder. GAD., Post-traumatic Stress Disorder. PTSD).

Decidimos, en consecuencia, trabajar en forma conjunta con el Servicio de Salud Mental y tomarnos un tiempo de espera prudente para solicitar nuevos exámenes complementarios de acuerdo a la evolución clínica de la paciente. Para tal fin, concurriría diariamente y mantendría entrevistas con el equipo terapéutico.

Sin embargo, se realizó un Tilt Test en un intento de aclarar los episodios de pérdida de conocimiento.

En la primera entrevista psicológica la paciente permanece quieta, hipomímica, no sonrío, su tono de voz es monocorde y responde con monosílabos, dando la impresión de que todos los movimientos le significan un esfuerzo. No demuestra entusiasmo ni interés en conversar o jugar, solamente acepta dibujar.

Concurre diariamente a las entrevistas psicodiagnósticas y allí comienza a expresarse verbal y gráficamente.

te. En ellas relata que desde hace 1 año y medio ha sufrido reiterados episodios de abuso sexual, por la misma persona, que es familiar y vecino y que la atacaba en el camino a la escuela. Estaba amenazada de muerte y por miedo, no se animaba a contárselo a sus padres.

Con el transcurso de los días comienza a mejorar su alimentación, aumenta de peso y ceden los síntomas físicos. Esta mas comunicativa y animada (juega, dibuja, aprende a andar en bicicleta, concurre a la biblioteca).

■ **Diagnóstico del Servicio de Salud Mental: Trastorno Distímico (DSM IV)**

El Tilt Test, realizado en condiciones basales, reprodujo un episodio similar a los que la niña presentaba en forma paroxística.

Comprobamos que el mecanismo de la pérdida del conocimiento era secundario a una profunda hipotensión arterial asociada con bradicardia sinusal que conducía finalmente al síncope.

Este tipo de respuesta paradójica es conocida como reacción vaso-vagal.

■ **¿Considera que la mejoría clínica experimentada es motivo suficiente para sostener la misma línea de abordaje ?**

■ **¿Cree que la positividad del Tilt Test lo refuerza o lo relativiza?**

La mejoría fue tan notable que reforzó nuestra hipótesis inicial. Consideramos a la mayoría de los síntomas corporales como expresiones secundarias al trastorno psicológico primario. Es decir le adjudicamos categoría de "disfuncionales".

La positividad del Tilt Test refuerza aún más este abordaje, puesto que pone de manifiesto este desbalance en la regulación neuro-cardiovascular.

Análogamente podemos transferir esta disfunción al resto de los sistemas corporales y explicar así la multiplicitad y diversidad de los síntomas.

El alejamiento de la "fuente estresante" y la contención personal y familiar que realizó el equipo terapéutico, fueron los responsables directos de la franca mejoría clínica experimentada por la paciente.

Realizamos orientación a la madre para que gestione la denuncia judicial en su provincia y derivamos a la niña para que continúe el tratamiento psicológico en el hospital de su zona.

Decidimos, además, medicarla con Atenolol (B bloqueante de reconocida eficacia en tratamiento de la Inestabilidad o Disfunción Neurocardiogénica) como coadyuvante de la psicoterapia.

Es seguida ambulatoriamente en el hospital Garrahan, con buena evolución.

## ESTRES Y MECANISMOS DE ENFERMEDAD

El estrés ha sido reconocido desde hace mucho tiempo como fuente de trastornos mentales y somáticos.

Los niños y adolescentes, expuestos en los últimos tiempos a factores estresantes psicosociales cada vez más variados, los afrontan mediante muy complejos mecanismos psiconeuroinmunobiológicos, mediados a través del Sistema Nervioso Autónomo (SNA.)

Estos mecanismos que aún hoy no terminamos de conocer acabadamente son, sin embargo, tan antiguos como la humanidad.

El SNA esta a cargo de la inervación de la musculatura lisa de todos los órganos, del músculo estriado del corazón y de las glándulas exócrinas y endócrinas. Es el regulador por excelencia de casi todas las respuestas orgánicas. Su misión más importante es el mantenimiento de la homeostasis. Cualquier alteración, primaria o secundaria, orgánica o funcional, permanente o transitoria, se manifestará, en consecuencia, en todo el organismo, variando su expresión en relación con factores constitucionales genéticamente determinados y factores aprendidos en la constitución del aparato psíquico.

Para cumplir adecuadamente su compleja función el SNA está dividido en 4 niveles jerárquicos:

1. *Medular*. 2. *Mesencefálico*. 3. *Hipotalámico*. 4. *Límbico*. El nivel periférico se subdivide a su vez en dos ramas, el *Sistema Simpático* y el *Sistema Parasimpático*. Estos últimos tienen claramente diferenciadas sus funciones en la regulación de la homeostasis. Esto puede ejemplificarse en la *Reacción ante el Estrés*. En 1936 Hans Selye describió así al conjunto de cambios originados en el organismo ante una amplia variedad de estímulos nocivos: aumento del tamaño de la suprarrenal, involución del timo, disminución de la masa de órganos linfoides y la aparición de úlceras gastrointestinales.

Durante el estrés los procesos fisiológicos que no suponen un beneficio a corto plazo *se inhiben*, como la inflamación, la digestión, la reproducción y el crecimiento.

Cuando la intensidad o la duración del estímulo excede ciertos límites se producen primero *alteraciones funcionales* en casi todos los sistemas corporales y si la situación no es resuelta termina produciendo *lesiones orgánicas definitivas* como la hipertensión, las úlceras gastrointestinales, el infarto agudo de miocardio o alteraciones neurológicas, entre otras.

En el caso de nuestra paciente creemos que la situación traumática vivida (violación reiterada, amenaza de muerte) fue el factor desencadenante de un *Síndrome de Estrés Post-traumático* responsable final de la multiplicidad y variedad de los síntomas.

*El PTSD* es una entidad psiquiátrica definida y clasificada en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) dentro de los Trastornos de Ansiedad.

Teorías modernas sostienen que el factor de liberación de corticotrofina (CRF) hipotalámico, el ACTH hipofisario y los glucocorticoides suprarrenales juegan un importante rol en las modificaciones psicobiológicas que persisten luego del impacto del factor de estrés.

*El Trastorno Distímico* esta clasificado en el DSM-IV dentro de los Trastornos del Estado de Animo. Se manifiesta por ánimo deprimido o irritable durante la mayor parte del día, la mayoría de los días, durante por lo menos un año. A diferencia de la depresión mayor, la distimia es mas leve. Su diagnóstico requiere sólo dos de los siguientes síntomas: trastornos del apetito y del sueño, falta de energía, deficiente concentración y desesperanza. Los niños con distimias tienen mayor riesgo de presentar trastornos anímicos ulteriores.

Discurrir, desde el terreno de la clínica, el tipo de enfermedad psiquiátrica que presentaba la niña resulta pretencioso y excede las intenciones de esta nota.

Consideramos que de no haber jerarquizado oportunamente el *problema psicológico* la niña hubiese sido sometida a exámenes complementarios innecesarios y costosos para el paciente y la Institución.

### LECTURA RECOMENDADA

- Bremner J., Kristal J., Charney D., Southwick S. Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: relevance to the current controversy surrounding the false memory syndrome. *Am. J. Psychiatry*. 1996; 153: 7 Festschrift Supplement.
- Bremner J., Randall P., Vermetten E. Et al. Magnetic Resonance Imaging based nesured hippocampal volume in PTSD related to childhood physical an sexual abuse; a preliminary report. *Biol. Psychiatry*. 1997; 41 (1): 23-32.
- Breslau N., Davis G., Andreski P. Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *Am. J Psychiatry* 1995;152: 529-535.
- Cardinali D. *Manual de Neurofisiología* 7ª Edición. 1997.
- Gail A., Bernstein M.D. et al. Practice parameters for the assessment an treatment of children an adolescents with anxiety disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36:10. Supplement, October 1997.
- Jellinek M. Snyder J. Depresión y suicidio en niños y adolescentes. *Pediatrics in Review*, en español. Vol 1998;8 :283-292.
- Silvestre E. Lopez M. Tilt Test en Pediatría. *Medicina Infantil*. 1999; 6: