

Trastornos somatomorfos: una entidad emergente en pediatría

V. Trenchs Sáinz de la Maza^a, S. Hernández Bou^a, E. Carballo Ruano^a,
J.J. García García^a, E. Macià Rieradevall^a, J.A. Alda Díez^b y C. Luaces Cubells^a

^aSección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ^bServicio de Psiquiatría Infantil.
Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. España.

Antecedentes

Los trastornos somatomorfos son una realidad clínica en nuestro medio; sin embargo, es una entidad de la que muchos pediatras tienen poca información y escasa experiencia en su manejo.

Objetivo

Determinar los rasgos característicos y diferenciales de este tipo de pacientes, con el fin de poderlos identificar precozmente, y garantizar que el abordaje terapéutico se haga en las fases iniciales del proceso, condicionando un mejor pronóstico.

Material y método

Se ha realizado una revisión retrospectiva de los niños ingresados por una molestia somática, en la unidad de estancia corta (UEC) de un hospital pediátrico de tercer nivel, y cuyo diagnóstico final es el de un trastorno somatomorfo.

Resultados

Se analizaron 60 historias clínicas, de las que 38 (63%) correspondían a niñas, con una edad media de presentación del trastorno de 11 años. Los motivos de consulta más frecuentes fueron los referidos al aparato digestivo y al sistema neurológico. En 34 casos (57%) ya habían consultado previamente por la misma sintomatología, sin llegarse al diagnóstico en ese momento. La personalidad de base ansiosa es la más frecuente en la muestra evaluada. Se ha observado que los factores familiares y los escolares son los principales desencadenantes. El trastorno por dolor es el diagnóstico mayoritario, en 42 de los niños (70%). Respecto al abordaje terapéutico, se realizó psicoterapia de base en todos los pacientes, y tratamiento farmacológico complementario, en 39 de ellos (65%).

Conclusiones

A partir de los datos analizados en esta revisión, se encontró que el paciente tipo que padece un trastorno so-

matomorfo suele ser una chica preadolescente, ansiosa, con cefalea y/o dolor abdominal inespecífico, de un mes de evolución aproximadamente, por el que ya ha consultado previamente en varias ocasiones, sin hallazgos orgánicos que lo justifiquen.

Palabras clave:

Trastornos somatomorfos. Pediatría.

SOMATIZATION SYMPTOMS. AN EMERGING PEDIATRIC ENTITY

Background

Somatization symptoms are a clinical reality in our environment. However, many pediatricians have little information about this condition or experience of its management.

Objective

To determine the clinical and differential characteristics of these patients. The early identification of these patients and initiation of therapy in the initial stages of the process would improve prognosis.

Material and method

A retrospective review was performed of the children admitted to the short-stay unit of a tertiary hospital because of somatic complaints and whose final diagnosis was that of a somatization disorder.

Results

Sixty medical records were analyzed, of which 38 (63%) corresponded to girls, with a mean age of 11 years at presentation. The most frequent reasons for consultation were related to the digestive and neurological systems. Thirty-four patients (57%) had previously consulted for the same reason. In the sample analyzed, the most frequent personality trait was anxiety. The main triggers

Correspondencia: Dr. C. Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu.
P^o Sant Joan de Déu, 2. 08950 Esplugues. Barcelona. España.
Correo electrónico: cluaces@hsjdbcn.org

Recibido en abril de 2002.

Aceptado para su publicación en septiembre de 2002.

were familial and school factors. The most frequent diagnosis was pain disorder in 42 children (70%). All patients received psychotherapy and 39 received complementary pharmacological treatment.

Conclusions

The data analyzed in this study indicate that somatization symptoms most frequently occur in anxious, prepubescent girls, with migraine or non-specific abdominal pain of approximately one month's duration. Patients have usually made several previous visits and no organic causes are discovered on physical examination.

Key words:

Somatization. Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

En la práctica diaria, hay un tipo de pacientes, cuya orientación clínica no es fácil para el pediatra; se trata de niños o adolescentes que presentan síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero en los que no se encuentran hallazgos orgánicos o mecanismos fisiológicos que la demuestren. La producción de los síntomas es involuntaria, y con frecuencia se detectan conflictos de origen psicológico como sustrato. Son pacientes con un trastorno somatomorfo^{1,2}.

Los trastornos somatomorfos engloban las siguientes entidades^{1,2}:

1. Trastorno de conversión. Uno o más síntomas que sugieren, la mayoría de las veces, un déficit neurológico.
2. Trastorno por dolor. Los pacientes presentan dolor en una o más localizaciones sin hallazgos físicos que lo justifiquen.
3. Trastorno dismórfico corporal. Existe una excesiva preocupación por algún defecto imaginario en el aspecto físico de un individuo aparentemente normal.
4. Hipocondría. Se manifiesta como temor o creencia de padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación subjetiva de signos y síntomas físicos como prueba de enfermedad somática.
5. Trastorno somatomorfo indiferenciado. Se incluye el resto de síndromes que se adaptan a la definición de somatomorfos y que no cumplen los criterios de ninguno de los subgrupos anteriores.

En adultos se habla del trastorno por somatización, caracterizado por la asociación de dolor con síntomas seudoneurológicos, gastrointestinales y sexuales.

En contraste con los trastornos ficticios y la simulación, los síntomas de los trastornos somatomorfos no están bajo control voluntario.

La prevalencia de los síntomas somáticos en la infancia es del 20%³. Representan uno de los problemas de origen psicológico más frecuentes. Los porcentajes de prevalencia de este tipo de trastornos son muy dispares dependiendo del tipo de estudios revisados⁴⁻⁷. La muestra

analizada y los requisitos exigidos en cada caso para incluir a los pacientes en el estudio son los factores que deben tenerse en cuenta a la hora de comparar diferentes trabajos.

Estos procesos producen malestar clínicamente significativo, deterioro social, escolar, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Son trastornos que provocan un alto grado de angustia al paciente⁸ y a sus familiares, que van de médico en médico en busca de un diagnóstico que les convenza, a costa de someterse a gran número de exploraciones complementarias, sin que se encuentre una causa orgánica que justifique su mal. Contrariamente a lo que podría parecer, cuantas más opiniones médicas se tienen y mayor número de pruebas se realizan, la angustia aumenta exponencialmente, ya que se tiene la sensación de estar buscando algo que no se encuentra. El sistema sanitario actual, con visitas limitadas a un corto espacio de tiempo, dificulta la detección precoz de estos pacientes y facilita su peregrinaje.

Este trabajo pretende determinar los rasgos que caracterizan a los pacientes que padecen un trastorno somatomorfo, con el objetivo de poderlos identificar precozmente y garantizar que el abordaje terapéutico se haga en las fases iniciales del proceso, condicionando un mejor pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes menores de 18 años que fueron ingresados por una molestia somática en la unidad de estancia corta (UEC), y cuyo diagnóstico final fue de trastorno somatomorfo. Se trata de un hospital materno-infantil de tercer nivel, con una media anual de 80.000 visitas en urgencias de pediatría, y con una media de ingreso del 5%. La UEC es una planta de hospitalización, a cargo de los pediatras de urgencias, en la que ingresan pacientes desde el servicio de urgencias, con una estancia máxima prevista de 3-4 días, o bien aquellos que están pendientes de orientación diagnóstica.

El período de estudio comprende desde julio de 1996 hasta julio del 2000; durante ese tiempo se realizaron un total de 100 interconsultas al servicio de psiquiatría de pacientes ingresados en la UEC y, de ellas, en 60 casos el diagnóstico final fue de trastorno somatomorfo, que son los pacientes incluidos en el estudio.

El diagnóstico de trastorno somatomorfo se estableció conjuntamente entre los pediatras de urgencias y los psiquiatras infantiles, siguiendo los criterios aceptados por la American Psychiatric Association (APA)¹. El pediatra responsable durante el ingreso revalora el caso y completa la historia clínica iniciada en urgencias, con una entrevista al niño y a los padres, y con las exploraciones complementarias necesarias para descartar una posible base orgánica. Ante la sospecha de estar frente a un paciente con un trastorno somatomorfo se realiza una intercon-

sulta al psiquiatra infantil, quien confirma el diagnóstico, y establece la actitud terapéutica más adecuada en cada situación.

Se ha diseñado una hoja de recogida de datos específica, en la que se recoge la siguiente información: edad, sexo, motivo de consulta, consultas previas por la misma causa, tiempo de evolución clínica, personalidad de base, antecedentes familiares, posibles factores desencadenantes, exploraciones complementarias realizadas, intervalo de tiempo entre el ingreso en la UEC y la intervención del psiquiatra, diagnóstico final, reacción de los padres frente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior. El procesamiento de los datos se efectúa mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 10.0.

RESULTADOS

Se revisaron 100 historias clínicas, de las cuales 60 cumplían los criterios diagnósticos de trastorno somatomorfo¹. El resto correspondían, en su mayoría, a pacientes que ingresaron tras un intento autolítico, y que requerían valoración psiquiátrica una vez estabilizados.

Los trastornos somatomorfos representan el 0,75% del total de ingresos en la UEC durante el período de los 4 años analizado. Respecto a la distribución por sexo, 38 eran niñas (63%) y 22, niños (37%). La edad media de presentación de la sintomatología era de 11 años, con un intervalo comprendido entre los 4 y los 17 años; 26 pacientes (43%) tenían entre 6 y 10 años, y 25 (42%) entre 11 y 15 años.

El motivo de consulta en 23 de los casos estaba referido al aparato digestivo (38%), 14 al sistema nervioso (23%), 7 casos al aparato locomotor (12%); 5 pacientes

tenían molestias torácicas (8%), 4 casos trastornos del sistema nervioso vegetativo (7%), 4 pacientes presentaban alteraciones conductuales (7%), 2 niños con fiebre (3%) y otro con alopecia (2%). Cuando se analizan los síntomas de forma aislada, la cefalea fue el más frecuente en 15 casos (25%) seguido, en orden de frecuencia, por abdominalgias en 13 niños (22%) y vómitos en otros 10 (17%) (fig. 1). En 35 de los pacientes (58%) se encontró asociación de varios síntomas, sin que existan diferencias en relación al sexo o la edad del niño. El tiempo de evolución desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico fue de un mes como mediana, aunque en 12 niños (20%) fue superior a 3 meses (fig. 2). En 34 de los casos (57%) se comprobó que habían realizado consulta previa a nuestro servicio de urgencias, o en otros centros de salud, por el mismo motivo, y que siete de esos pacientes (20%) habían sido ingresados, sin que se llegase al diagnóstico en ese momento. Tan sólo en 30 de las historias revisadas, constaban los rasgos de la personalidad del paciente, que era patológica en 21 de los niños (70%): de tipo ansiosa en 12 (40%), depresiva en cuatro (14%), disocial en tres (10%), histriónica en uno (3%) y límite en otro de ellos (3%). Seis niños (10%) presentaban antecedentes de este tipo de trastornos en familiares de primer grado. Respecto a los factores desencadenantes, sólo constaban en 48 de las historias clínicas revisadas (80%), siendo los familiares los más frecuentes en 28 casos (58%), entendidos como desavenencias con los padres o hermano. Los factores escolares, referidos a los problemas con las calificaciones de las asignaturas o con los compañeros del colegio, fueron los segundos en orden de frecuencia con 13 casos (27%); los factores socia-

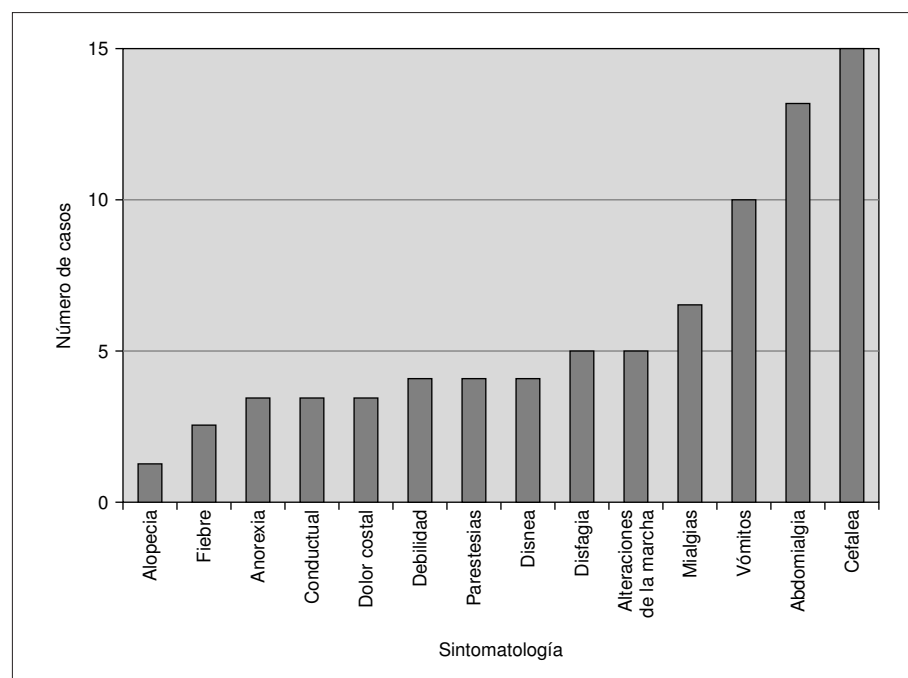


Figura 1. Formas de presentación clínica de los trastornos somatomorfos.

les, relacionados con los problemas económicos, de vivienda o laborales de los padres, fueron el factor desencadenante en 6 niños (13%); y los factores sentimentales, que engloban los casos de enamoramiento no correspondido, o las dificultades en las relaciones sentimentales entre novios, fueron la causa en uno de los niños (2%).

Todos los pacientes fueron sometidos a algún tipo de exploración complementaria (estudio analítico y/o diagnóstico por la imagen) antes de establecer el diagnóstico final, y en 48 de los casos (80%) a más de una prueba. La mediana de tiempo entre el ingreso en la UEC y la interconsulta al servicio de psiquiatría fue de un día, pero en 36 casos (60%) el psiquiatra creyó conveniente demorar su intervención hasta la fase final del estudio orgánico.

El trastorno por dolor es el diagnóstico de 42 de los casos (70%), seguido en orden de frecuencia por el trastorno de conversión en 11 (18%) y, con diferencia, por el trastorno de somatización indiferenciada en 3 casos (5%); un paciente con un trastorno alimentario (2%), dos con fiebre (3%) y otro con tricotilomanía (2%).

La reacción de los padres frente al diagnóstico fue buena en 53 de los casos (88%), aceptándola y mostrándose colaboradores facilitando el tratamiento y el seguimiento del paciente; y mala en 7 casos (12%), si lo negaban buscando otras explicaciones a los síntomas, rechazando el tratamiento propuesto.

En relación al abordaje terapéutico, en todos los pacientes se realizó psicoterapia de base, y en 39 (65%) se consideró necesario, a criterio del psiquiatra, complementarlo con la administración de fármacos, principalmente benzodiacepinas (fig. 3).

Una vez que el paciente fue dado de alta de la UEC, y dependiendo del grado de atención requerido, de mayor a menor gravedad, es derivado a la unidad de crisis en el hospital de día (3 casos [5%]), a consultas externas de psiquiatría (26 casos [43%]) o a los centros de salud mental infanto-juveniles (CSMIJ) (31 casos [52%]). La evolución ha podido ser recogida en 51 de los pacientes de nuestra muestra (85%), constatándose la resolución del proceso en todos ellos.

DISCUSIÓN

Los trastornos somatomorfos tienen una gran variedad de formas de presentación. Basándose en el análisis de los datos de nuestro trabajo, encontramos que el paciente que padece un trastorno somatomorfo suele corresponder a una chica preadolescente, ansiosa, con cefalea y/o dolor abdominal inespecífico, de aproximadamente un mes de evolución, por el que ya ha consultado previamente en varias ocasiones, sin haberse encontrado un sustrato orgánico que lo justifique. Las características que señalamos son paralelas a las de diversos estudios^{3-5,8-12}. Así, por ejemplo, el de Campo et al⁹ coinciden en la ma-

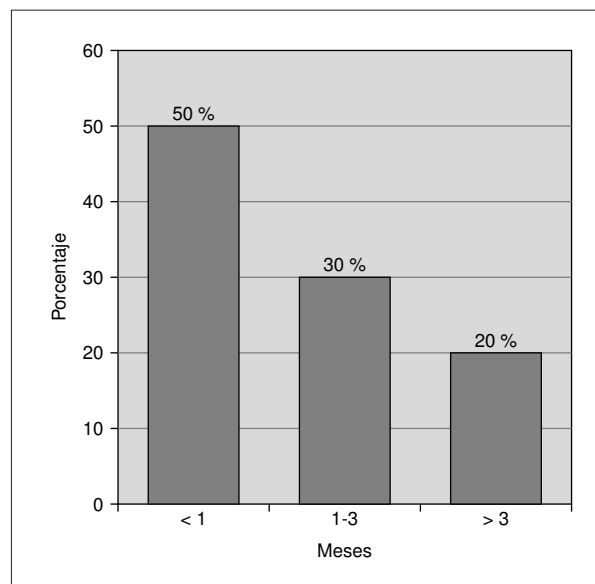


Figura 2. Tiempo de evolución clínica desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico.

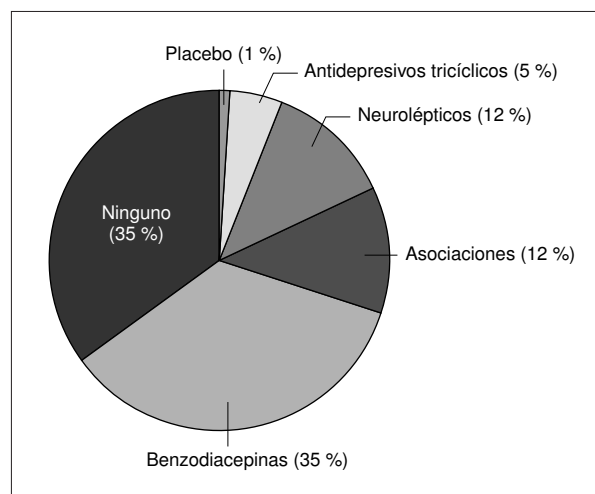


Figura 3. Tratamiento farmacológico empleado en pacientes con trastorno somatomorfo.

yor frecuencia de presentación en niñas en edades cercanas a la adolescencia, y Garber et al⁴ habla de niños desde los 12 años de edad. Campo et al⁹ añade, además, que es habitual que este tipo de pacientes tengan un bajo rendimiento escolar y/o problemas familiares, hechos que pueden superponerse a los hallados en nuestro trabajo, en el que alertamos sobre estos factores como principales desencadenantes de los trastornos somatomorfos en los niños. La problemática social, la migración y el nivel socioeconómico bajo, parece que también se asocian con una elevada incidencia⁸.

La bibliografía refiere que en este tipo de pacientes, o en sus familiares, existe además un mayor riesgo de pa-

decer trastornos psiquiátricos de otra índole. Este hecho se constata en el estudio de Zwaigenbaum et al¹⁰ que refleja una elevada incidencia de síntomas depresivos en individuos que previamente han padecido un trastorno somatomorfo. En el 85% de los pacientes de nuestra casuística, se pudo recoger el seguimiento evolutivo, constatándose la resolución del proceso en todos ellos; y tan sólo en el 10% se detectaron antecedentes familiares relacionados con el campo de la psiquiatría. Esta discordancia tal vez se deba a que el tiempo de seguimiento de nuestros pacientes es más corto, y quizá no haya dado tiempo a la aparición de nuevas manifestaciones, tanto en ellos como en alguno de sus familiares.

Todos los estudios revisados coinciden con nosotros en destacar, como motivo de consulta más frecuente, la cefalea. Así, Garber et al⁴ tienen el 25% de sus pacientes con esta sintomatología, seguido del dolor abdominal en el 15%.

Los pacientes ansiosos son más propensos a presentar trastornos somatomorfos. Sólo en el 50% de las historias clínicas de nuestro estudio quedaban reflejados, de forma explícita, los rasgos caracteriales de los pacientes. En el resto no pudo ser recogido. Aun así, se ha observado que la personalidad de base ansiosa es la más frecuente, en el 40% de los casos analizados. Según Hodgman⁸ la conversión a menudo coexiste con la ansiedad, y el grado de ansiedad puede aumentar si los signos de conversión son observados como graves.

La nuestra es una muestra que se nutre a partir de los pacientes ingresados desde el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel, y hay que tener en cuenta que cuando las familias acuden a urgencias, suele ser como último recurso. Eso puede explicar por un lado, que el tiempo de evolución clínica, en nuestra revisión, sea superior a 3 meses en el 20% de los niños; y por otro lado, que en el 58% de los casos se asocien varios síntomas en un mismo paciente. Garrik y Bermemaker⁵ hablan de la coexistencia de diversas quejas somáticas en tan sólo el 11% de los niños, pero hay que tener en cuenta que ellos estudian un grupo de escolares basándose en un cuestionario sistemático.

Nuestros pacientes presentan una clínica abigarrada, y en ocasiones incapacitante, que precisa, en una primera fase y en la mayoría de los casos, la realización de pruebas complementarias para descartar la organicidad, así el total de los niños de nuestro estudio han sido sometidos a alguna exploración complementaria, y en el 80% de los casos a más de una. Sin embargo, deben evitarse pruebas innecesarias ya que, además de incrementar los costes, se favorece que el niño transforme este tipo de síntomas en un patrón de conducta para toda la vida⁸.

En la misma línea, y debido al gran cortejo sintomático de nuestros pacientes, parece lógica la necesidad de aso-

ciar tratamiento farmacológico a la psicoterapia de base, y también el seguimiento posterior especializado, ya sea en las unidades de crisis, consultas externas de psiquiatría, o en los centros de salud mental infanto-juveniles. No obstante, desde una perspectiva más amplia, la mayoría de los trastornos somatomorfos pueden ser diagnosticados por el pediatra habitual, sin precisar tratamiento farmacológico ni derivación a otros profesionales^{4,12}. Para que eso sea posible, el pediatra debe estar preparado para poder identificar precozmente a este tipo de pacientes. La atención psiquiátrica estará particularmente indicada cuando hay incertidumbre sobre la relevancia de los factores psicológicos como causa de la sintomatología del paciente, cuando existe una asociación con otra enfermedad psiquiátrica de base, cuando los problemas familiares dificultan la resolución habitual de la clínica y, como es lógico, cuando falla la respuesta del niño al abordaje pediátrico^{3,7,8}.

BIBLIOGRAFÍA

1. APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson, 1995; p. 457-81.
2. Martin RL, Yutzy SH. Trastornos somatomorfos. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, editors. Tratado de psiquiatría, 2ª ed. Barcelona: Ancora, 1996; p. 625-58.
3. Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ. Las enfermedades psicósomáticas y su relación con la familia y la escuela, 1ª ed. Barcelona: Laertes de Ediciones, 1997.
4. Garber J, Walker LS, Zeman J. Somatization symptoms in a community sample of children and Adolescents: Further validation of the children's somatization inventory. *Psychol Assess J Consul Clin Psychol* 1999;3:588-95.
5. Campo JV, Fritsch SL. Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1223-5.
6. Afven G. The convariation of common psychosomatic symptoms among children from socioeconomically differing residential area. An epidemiological study. *Acta Pediatr* 1993;82: 484-7.
7. Garralda ME. Practitioner Review: Assessment and management of somatisation in childhood and adolescence: A practical perspective. *J Child Psychol* 1999;40:1159-67.
8. Hodgman CH. Conversión y somatización en Pediatría. *Pediatrics in Review* 1995;16:109-14.
9. Campo JV, Jansen-Mc Williams L, Comer DM, Kelleher KJ. Somatization in pediatric primary care: Association with Psychopathology, functional impairment, and use of services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1093-101.
10. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH, Offord DR. Highly somatizing young adolescents and the risk of Depression. *Pediatrics* 1999;103:1203-9.
11. Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Br J Psychiatry* 1992;161:759-73.
12. Larsson BS. Somatic complaints and their relationship to depressive symptoms in Swedish adolescents. *J Child Psychol Psychiatr* 1991;32:821-32.