

Ceguera post-traumática como manifestación de un trastorno de conversión

Post-traumatic blindness as a manifestation of a conversion disorder

MESA F¹, LOSADA MJ², GARCÍA M¹, ARTEAGA V¹, ÁLVAREZ A¹, ABREU JA²

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 27 años de edad que acudió al hospital por pérdida visual aguda unilateral post-traumática. Una vez realizados los estudios clínicos se pudo descartar enfermedad médica y se llegó al diagnóstico de trastorno de conversión.

La característica esencial del trastorno de conversión o somatomorfo es la presencia de síntomas o déficits que afectan las funciones motoras o sensoriales y que sugieren un trastorno neurológico o alguna otra enfermedad médica. El trastorno psicológico está asociado al síndrome o al déficit. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (1). Los síntomas de tipo sensorial pueden presentarse como ceguera o diplopía. El diagnóstico sólo es posible cuando es excluida toda alteración orgánica del sistema visual.

Palabras clave: Trastorno de conversión o somatomorfo, pérdida visual aguda unilateral post-traumática.

SUMMARY

We present the case of a 27 years old woman who suffered a post-traumatic unilateral acute visual loss after suffering an accident. Once the functional integrity of the visual system is confirmed by clinical examinations a psychogenic or somatoform disturbance was diagnosed.

The essential characteristic of the conversion or somatoform disorder is the presence of symptoms or deficits that affect the motors or sensorials functions and that suggest a neurologi-

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias.

¹ Licenciado en Medicina y Cirugía.

² Doctor en Medicina y Cirugía.

Correspondencia:

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias

C/. Ofra, s/n

38320 La Laguna (Santa Cruz de Tenerife)

España

cal disturbance or any other medical illness. The psychological disorder is associated to the signs and symptoms. The symptoms are not produced intentionally or simulated. Psychogenic ocular disorders may be sensory such as diplopia or blindness. The diagnosis is made when all possible organic pathology of the visual system is excluded.

Key words: Conversion or somatoform disorder, post-traumatic unilateral acute visual loss.

INTRODUCCIÓN

Las neurosis histéricas de tipo conversivo son enfermedades con un síntoma físico sin una alteración orgánica identificable. Dichos conflictos pueden relacionarse con la aparición del síntoma o con la exacerbación del mismo. Son factores predisponentes el estrés psicosocial externo y los trastornos histriónicos y por dependencia de la personalidad. Es más frecuente en mujeres en los últimos años de la adolescencia y en los primeros de la edad adulta (2).

Los síntomas de la alteración no están producidos de manera intencional y no es posi-

ble explicarlos a partir de trastornos físicos o de mecanismos patofisiológicos conocidos una vez realizados los estudios pertinentes.

Las manifestaciones de tipo oftalmológico se presentan aproximadamente en el 1% de la patología visual de urgencia (3).

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 27 años de edad que acudió por urgencias refiriendo pérdida brusca de visión en OI tras haber sufrido un accidente de tráfico. Como antecedentes personales refería ser ambliope de ese mismo ojo.

La exploración oftalmológica reveló una agudeza visual de 0,8 en ojo derecho y en ojo izquierdo de no percepción de luz, pero de proyección dudosa, pues era capaz de mantenerla en determinadas ocasiones pero no durante todo el examen. Mostraba hematoma palpebral superior e inferior bilateral, y dolor nasal. La motilidad ocular estaba alterada, existiendo dificultad para la abducción del OI. A la exploración con lámpara de hendidura presentaba hemorragia subconjuntival y pupila reactiva en midriasis media. La PIO era normal en ambos ojos y no se observaron anomalías en el examen fundoscópico. El TAC de urgencias y la radiografía orbitaria no presentaban alteraciones. Se instauró tratamiento con corticoides. Ante la presencia de ceguera subjetiva inexplicable por la ausencia de irregularidades en la exploración, se solicitaron exámenes objetivos para demostrar la integridad del sistema visual entre la retina y el cortex occipital, tales como pruebas electrofisiológicas (PEV) y de imagen, TAC helicoidal, en el que los nervios ópticos, la musculatura extrínseca y las restantes estructuras retroconales estaban conservadas y no existía patología ósea.



Fig. 1: Imagen fundoscópica de OI normal.



Fig. 2: Reconstrucción sagital de la órbita.

Tres días después la paciente recupera agudeza visual en ojo izquierdo que pasa a ser de 0,5. Se recibieron los resultados de PEV y se realizó un estudio campimétrico siendo ambos normales.

Tras la ausencia de resultados positivos en todos los exámenes y pruebas complementarias realizadas se sospechó el diagnóstico de trastorno de conversión. Se indaga sobre su historia médica antigua y se evidencia un trastorno ansioso depresivo por problemática afectiva durante la infancia, matizado por el alcoholismo de su compañero, con tentativas previas de autolisis desde hace algunos años. La paciente se encuentra actualmente en tratamiento psiquiátrico y no presenta alteración oftalmológica a parte de su ambliopía.

DISCUSIÓN

Los síntomas y signos oftalmológicos pueden ser la manifestación de un trastorno psiquiátrico oculto, el cual podía existir previamente o ser desarrollado como reacción a una experiencia traumática en un individuo vulnerable (4), como ocurrió en el caso de nuestra paciente.

La neurosis histérica, conocida actualmente como trastorno somatomorfo o trastorno de conversión se manifiesta como desórdenes relacionados con la actividad motora o sensorial, y por ello se denominan «pseudoneurológicos» (1).

Centrándonos en las alteraciones puramente oftalmológicas éstas pueden ser sensoriales: ambliopía, defectos del campo visual, diplopía, ceguera, alucinaciones, dolor, disestesias, o motoras: blefarospasmo, anormalidades pupilares, ptosis, alteración de la convergencia y acomodación, estrabismo o nistagmo. La ambliopía es probablemente el trastorno ocular somatomorfo más común en oftalmología, representando 5% de los pacientes (5).

En un estudio prospectivo de 4 años de duración realizado en Alemania se incluyeron 169 pacientes con síntomas pseudoneurológicos de conversión. Se observó un alto porcentaje de comorbilidad psiquiátrica y frecuentes episodios traumáticos durante las eta-



Fig. 3: Corte axial de la órbita a nivel de nervios ópticos.

pas tempranas de la vida. Prevalecía el curso intermitente de la enfermedad. Las alteraciones presentadas fueron: ataxia/afasia: 27,2%, paresia/plejía: 24,3%, afonía: 1,8%, convulsiones: 19,5%, ceguera: 5,3%, hipoestesia: 1,8% (6). Numerosos estudios prospectivos actuales establecen también la relación entre síntomas agudos por estrés como un factor de riesgo para el desarrollo de posteriores desórdenes postraumáticos (7).

El trastorno de conversión peri-traumático se presenta inmediatamente después de la exposición estresante y durante las semanas siguientes. Suelen haber remitido en menos de dos semanas. Las recidivas son habituales, y factores que se asocian a un buen pronóstico son el inicio repentino y la presencia de estrés claramente identificable al inicio de la enfermedad. Síntomas como parálisis, afonía y ceguera se asocian también a un buen pronóstico. Entre el 45% y 78% experimentan una resolución completa de las alteraciones visuales (5).

El diagnóstico sólo es posible cuando es excluida toda alteración orgánica del sistema visual. Para ello además de la exploración clínica oftalmológica es necesario obtener datos objetivos mediante diferentes pruebas complementarias, como las pruebas de imagen y electrofisiológicas. La diferenciación entre un trastorno de conversión y un trastorno facticio o de simulación es difícil cuando la afectación psicopatológica no es evidente. El trastorno de conversión no debe diagnosticarse si los síntomas o los déficits se explican por un trastorno neurológico o de otro tipo, por los efectos directos de una sustancia o por comportamientos o experiencias culturalmente aprobados.

No existe consenso en la literatura sobre la indicación de una valoración psiquiátrica en estos casos (87).

BIBLIOGRAFÍA

1. DSM IV. Diagnosis and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association 1994; 445:712.
2. Introducción a la psiquiatría. Dr. Juan Antonio Vallejo Nájera. Décima edición 1979; 124-140.
3. Kathol RG, Cox TA, Corbett JJ, Thompson HS, Clancy J. Functional visual loss: a true psychiatric disorder? *Psychol Med* 1983; (13): 307-314.
4. Aghabeigi B, Manisali M, Suhr M, Feinmann C, Harris M. Ocular psychiatric disorders in maxillofacial injuries. Two cases reports and a review of psychogenic ocular symptoms. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1998; 27(3): 195-198.
5. Kathol RG, Cox TA, Corbett JJ, Thompson HS. Functional visual loss. Follow up of 42 cases. *Arch Ophthalmol* 1983; (101): 729-735.
6. Kapfhammer HP, Dobmeier P, Mayer C, Rotenhäusler HB. Conversion syndromes in neurology. A psychopathological and psychodynamic differentiation of conversion disorder, somatization disorder and factitious disorder. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1998; 48(12): 463-474.
7. Birmes P, Arrieu A, Payen A, Moron P, Schmitt L. Acute peri-traumatic dissociative experiences: assessment and course. *Encephale*, 1994 Nov, 25 Spec No. 3: 18-21.
8. Beatty S. Non-organic visual loss. *Postgrad Med J* 1999; 75(882): 201-207.