

## **TRASTORNO CONVERSIVO: UNA ENFERMEDAD REAL CADA VEZ MAS RELEVANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Zully Rocío Rincón Rueda<sup>1</sup>, Arianys Arregoces Mendoza<sup>2</sup>, Andrea Jurley Jaimes Rodríguez<sup>2</sup>, Rafael Andrés Pabón Rojas<sup>2</sup>, Laura Marcela Zúñiga Pardo<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Universidad de Santander, Facultad de ciencias médicas y de la salud. Bucaramanga - Colombia

### **RESUMEN**

El trastorno conversivo es un trastorno de origen mental que produce síntomas neurológicos reales, que no se pueden controlar de manera voluntaria, a través de este artículo se presenta una breve revisión de la patología y presenta el caso de una adolescente con signos y síntomas como con dolor severo, afectación sensorial, ausencia del control de esfínter vesical, paresia y patrón de marcha atáxico, posterior a tratamiento psiquiátrico y fisioterapéutico la paciente presenta evolución favorable con la mitigación de gran parte de sus síntomas.

**Palabras Clave:** Trastorno conversivo, fisioterapia, neurología, psiquiatría

### **ABSTRACT**

Conversion disorder is a mental disorder that produces real neurological symptoms, which cannot be controlled voluntarily, through this article a brief review of the pathology is presented and shows the case of an teenager who presents alterations associated with severe pain, sensory impairment, absence of bladder sphincter control and ataxic gait pattern, after psychiatric and physiotherapeutic treatment patient presents a favorable evolution with the mitigation of a large part of her symptoms.

### **Key words:**

Conversion disorder, physiotherapy, neurology, psychiatry

---

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, especialista en neurorehabilitación y docencia universitaria, magister en Fisioterapia.

Autora de correspondencia: [zullyrocior@gmail.com](mailto:zullyrocior@gmail.com)

<sup>2</sup> Fisioterapeutas, egresados Universidad de Santander

### **Introducción:**

El trastorno conversivo o trastorno neurológico funcional, es una condición cada vez mas común, en la cual una persona tiene síntomas físicos, que afectan principalmente el sistema nervioso, tales como: parálisis o entumecimiento, dolor, ceguera, movimientos incontrollables, dificultad para hablar, entre otros; sin una enfermedad o lesión física que pueda explicarlos, (Restrepo & Restrepo, 2017).

Este trastorno hace parte de un grupo de enfermedades mentales conocidas como Trastornos de síntomas somáticos (American Psychiatric Association, 2013), que se presentan entre el 4 al 7% de la población, es más frecuente en mujeres y en personas con bajo nivel educativo o socioeconómico; los síntomas pueden comenzar a cualquier edad, pero suelen ser más frecuentes entre los 20 y los 30 años pueden justificar el 14% de las nuevas consultas en neurología y son la segunda causa de remisión a esta especialidad, tras la cefalea (Velasco Moran, Santos García , & García, 2019).

Estos síntomas pueden ocurrir debido a un conflicto psicológico, generalmente comienzan de manera repentina después de una experiencia estresante. Las personas que tienen mayor riesgo de presentar este trastorno son aquellas con incapacidad para manejar los sentimientos y comportamientos que se esperan en determinadas situaciones sociales. Se cree que los síntomas físicos son un intento por resolver el conflicto interno que la persona siente en su interior.

Las personas que padecen el trastorno de conversión no están inventando los síntomas ni simulando, algunas personas incluso personal de la salud que tiene poca experiencia con estos casos, falsamente creen que este trastorno no es una afección real y suelen decirle a estas personas que todo el problema está en su cabeza. Sin embargo, esta afección es real, causa angustia y no se puede controlar a voluntad.

No existe una prueba para diagnosticar el trastorno conversivo, usualmente el médico descarta otras causas físicas, mentales o neurológicas de los síntomas, indagando principalmente en si se ha tenido algún evento estresante recientemente (Restrepo & Restrepo, 2017).

La Asociación Americana de Psiquiatría ha establecido algunos parámetros para que los síntomas sean diagnosticados como trastorno conversivo, entre los que se encuentran: síntomas que afectan el movimiento o los sentidos y no puede controlarlos, no son fingidos, no pueden explicarse por ninguna otra condición, medicamento o comportamiento, no son causados por otro problema de salud mental, causan estrés en entornos sociales y laborales.

### **Presentación del caso:**

Paciente de género femenino de 16 años de edad, residente en área urbana, estudiante de undécimo grado, vinculada al régimen subsidiado de salud, con cuadro clínico de 2 meses de evolución con presencia de cefalea asociada a náuseas, temblor fino distal, pérdida progresiva de la fuerza muscular, principalmente en miembros inferiores, alteración de la sensibilidad, pérdida en el control de esfínter vesical y marcha incoordinada. Sin antecedentes familiares, médicos ni quirúrgicos. Como antecedentes sociales se encuentra entorno familiar afectado por intento de abuso sexual por parte de su padre cuando tenía 11 años, además de dos intentos suicidas, uno con ingesta de medicamentos y el segundo con ingesta de sustancia desconocida; actualmente no es medicada psiquiátricamente.

El diagnóstico médico inicial fue, enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central, con diagnóstico diferencial a esclarecer, mielitis transversa aguda o esclerosis múltiple. Se realizan pruebas de química sanguínea, resonancia nuclear magnética de cerebro y columna vertebral, mostrando resultados dentro de parámetros normales. Se instauro tratamiento farmacológico inicial con corticoides, opioides y anagésicos.

Se solicita interconsulta por psiquiatría, quien dada la ausencia de daño estructural que explique los signos y síntomas, considera un diagnóstico de Trastorno conversivo e inicia tratamiento respectivo medicamentos para tratar condiciones de salud mental y psicoterapia.

Adicionalmente, es evaluada por el servicio de Fisioterapia, quien a la valoración inicial encontró paciente alerta y orientada, con dolor de 9/10 según la escala numérica del dolor a los movimientos del cuello. Presenta alteración de la sensibilidad con hormigueo en manos, y disminución de la sensibilidad en los miembros inferiores y acortamiento de los músculos de la parte posterior del muslo y la pantorrilla. En cuanto a los patrones de

movimiento en miembros superiores son adecuados, coordinados y funcionales, mientras que en miembros inferiores están alterados con afectación de la fuerza y la coordinación, principalmente a nivel de los tobillos.

Funcionalmente, la paciente es independiente en movilidad en cama, adopción de sedente y bípedo, traslados, vestido y alimentación; y semindependiente en aseo y marcha, debido a que requiere de cateterismos intermitentes por vejiga neurogénica y presenta patrón de marcha atáxica (incoordinada), por lo cual necesita de asistencia para realizarla, se encuentra alteración del equilibrio, calificándose según la escala de Berg, como riesgo moderado de caídas. Dentro de sus principales restricciones a la participación, se encuentran: en el rol familiar, la imposibilidad para cuidar a su hermano; en su rol escolar no fue posible presentar las pruebas de estado saber 11 y culminar de manera exitosa sus estudios; y en el rol social, su participación en el grupo de danza escolar y municipal.

El objetivo general para el tratamiento por fisioterapia fue: Mejorar el desempeño funcional, enfatizando en las actividades de desplazamiento con el fin de reintegrar a la paciente en su rol educativo, familiar y social. El plan de tratamiento instaurado se describe en la tabla 1.

La paciente recibió 8 sesiones de fisioterapia, antes de transferirse a su lugar de origen y en la reevaluación se encontró: persistencia de las alteraciones sensitivas, refiere que ha recobrado su flexibilidad, la fuerza muscular ha mejorado, se observa mejor desempeño de los movimientos tanto en miembros superiores como inferiores.

Funcionalmente, la paciente es independiente en todas las actividades de la vida diaria, aunque continúa requiriendo de cateterismo nocturno para la micción, el cual es realizado por ella misma. Realiza patrón de marcha adecuado con presencia de todas sus fases y determinantes y ha disminuído el riesgo de caídas. Se dan recomendaciones para continuar con su proceso de rehabilitación hasta completar su total recuperación y facilitar el reintegro a sus actividades familiares, educativas y sociales.

**Tabla 1. Objetivos Específicos y plan de tratamiento.**

Objetivo	Plan de tratamiento	Prescripción	Evidencia científica
Disminuir dolor en región cervical	Masaje sedativo en región cervical y cintura escapular.	10 minutos	El masaje estimula la liberación de endorfinas y reduce la isquemia mediante el aumento del suministro de sangre local. De esa manera estimula el sistema simpático y se relajan los músculos esqueléticos (Celis-Rodríguez, y otros, 2020).
	Estiramientos mantenidos	3 repeticiones durante 30 segundos cada una	El estiramiento muscular restablece el flujo sanguíneo e interrumpe el ciclo del dolor (Herbert, de Noronha, & Kamper, 2011).
	Contracciones Isométricas Alternas para los músculos del cuello.	10 repeticiones sosteniendo 10 segundos	En las contracciones las unidades motoras aumentan el ritmo de actividad y aparecen nuevos potenciales, resultantes del reclutamiento de nuevas unidades motora (Nuria, 2012)
Mejorar longitud muscular	Estiramientos mantenidos	3 repeticiones manteniendo 30 segundos cada una	Se ha manifestado que el estiramiento estático afecta tanto a las propiedades mecánicas como neurológicas de la unidad músculo-tendón, produciendo un incremento en la flexibilidad. El estiramiento estático reduce la rigidez muscular debido a la producción del reflejo de inhibición de los músculos agonistas y sinergistas al estiramiento (Voss, Ionta, & Myers, 1996).
Mejorar fuerza muscular	Ejercicios activos libres	2 series de 15 repeticiones. En los diferentes planos de movimiento, tanto de miembros superiores como inferiores.	Con este tipo de movilizaciones se mantiene el ángulo articular, la fuerza y la coordinación. El músculo mantiene su fuerza muscular, los tendones se ponen tensos y los tejidos blandos que lo rodean se movilizan (Dunn Garcia, 2013).

	Ejercicios con peso corporal: Push Up, sentadillas, puente, abdominales.	3 series 15 repeticiones cada uno	Los ejercicios que implican a uno o varios grupos musculares se han mostrado efectivos para incrementar la fuerza muscular. En ciertos ejercicios de autocarga, el sujeto soporta más del 50% de la fuerza máxima dinámica para un determinado grupo muscular (Rodríguez & Lopez, 2014).
	Ejercicios activos resistidos con pesas	3 series 10 repeticiones	Ejercicios con carga tiene el potencial de promover la recuperación neurológica y mejorar la capacidad de caminar en individuos con incapacidad para realizar esta función (Nuria, 2012).
	Ejercicio de abdominales	3 series 15 repeticiones	El papel estabilizador de la musculatura abdominal se basa en su capacidad para disminuir la presión intradiscal en el raquis dorso-lumbar. con el fin de aumentar la estabilidad de esta zona intrínsecamente inestable (Vidal, 2015).
Mejorar equilibrio y balance	Alcance de objetos colocados en distintos lugares. Atajar y lanzar balón. Estímulos desestabilizantes Levantarse de una silla caminar 3 metros y retornar a sentarse (get up and go). Ejercicios de desplazamiento del centro de gravedad.	3 series 15 repeticiones	En el equilibrio participan la vista, el oído y el sentido del tacto que emite señales hacia la corteza cerebral, el centro del aparato nervioso, indicando la situación de músculos, tendones y articulaciones. En la corteza cerebral tiene lugar la integración de los movimientos de los músculos, lo cual permite mantener determinada postura (Sagastume, 2013).

<p>Entrenar el patrón de marcha</p>	<p>Deambulación en diferentes longitudes, velocidades y terrenos. Desplazamientos anteroposteriores y laterales. Entrenamiento de las fases en posición de paso. Entrenamiento de las determinantes de forma asistida y con contactos manuales dentro de las posturas de la secuencia del desarrollo motor. Marcha en tándem</p>	<p>Diariamente</p>	<p>La estabilidad mecánica se basa en el soporte musculoesquelético el que se encuentran implicados diferentes reflejos posturales. Se genera integración de estímulos aferentes visuales, vestibulares y propioceptivos (Fonseca &amp; Rapetti , 2013).</p>
<p>Educación a la paciente y familiar.</p>	<p>Higiene postural. Reeducación en movilidad en cama, traslados, bipedestación y marcha. Actividades básicas cotidianas y básicas instrumentales. Así como, proceso de la enfermedad.</p>	<p>Charlas dentro de cada sesión y demostración de las actividades</p>	<p>En la rehabilitación de pacientes neurológicos es necesario primero mejorar su condición física general y actividades básicas de la vida diaria, para actividades instrumentales de entrenamiento de la vida diaria, que requiere movimientos detallados de todo el cuerpo (Miranda, Flores, Rangel, Hernández , &amp; Alvarenga, 2017).</p>

**Discusión:**

Este reporte de caso sobre una paciente de 16 años con posible Trastorno Conversivo, el cual fue diagnosticado por psiquiatría, posterior a múltiples estudios que no mostraron daño o lesión de alguna estructura corporal que justificara los hallazgos neurológicos presentados. Tal y como lo menciona la literatura, este trastorno no es de fácil diagnóstico

y se requiere de la experticia de los profesionales de salud, para dar un correcto manejo (Duquea, Vásquez , & Cote, 2015).

Concomitante al tratamiento médico, se realizó intervención fisioterapéutica de manera temprana, basado en la evidencia científica, para tratar los hallazgos físicos, permitiendo mejorar la funcionalidad y disminuir el riesgo de secuelas permanentes por causa de la patología de base, estudios previos sustentan que que la rehabilitación física temprana durante la hospitalización, tienen un beneficio en los componentes motor y el mental promoviendo así la independencia funcional y mejorando la calidad de vida (Frohman & Wingerchuk, 2010).

En conclusión el trastorno conversivo es un diagnóstico impreciso, de frecuente consulta en los servicios de alta complejidad, en el cual aún se encuentran muchos aspectos por estudiar para establecer diagnósticos y tratamientos mas estandarizados, lo que es un tanto difícil dada su diferente presentación de acuerdo a cada caso en particular, así como el hecho de no conocer de forma contundente la historia natural de la enfermedad. En el caso que nos atañe, la paciente presenta un buen pronóstico por su adecuada respuesta al tratamiento y notable recuperación siempre y cuando no se presenten periodos de exacerbación de la enfermedad, lo cual podría generar secuelas permanentes. Sin embargo, es importante conocer estos trastornos que cada vez se hacen mas frecuentes por las nuevas cargas emocionales que conllevan el estilo de vida moderno.

#### **Referencias bibliográficas:**

- Restrepo, M., & Restrepo, D. (2017). Del trastorno conversivo a los trastornos neurológicos funcionales. ¿Superando el diagnóstico por descarte? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-8.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>ª</sup> ed.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Velasco Moran, M., Santos García , L., & García, I. (2019). Trastornos somatomorfos y facticios. *Medicine*, 12(84), 4929-37.
- Duquea, P., Vásquez , R., & Cote, M. (2015). Trastorno conversivo en niños y adolescentes. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4), 237-42.



- Frohman, E., & Wingerchuk, D. (2010). Transverse myelitis. *New England Journal of Medicine*, 363(6), 564-572.
- Celis-Rodríguez, E., Díaz Cortés, J., Cárdenas, Y., Carrizosa González, J., Pinilla, D., & Ferrer Zaccaro, E. (2020). Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia y delirium en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina intensiva*, 4(2), 171-184.
- Herbert, R., de Noronha, M., & Kamper, S. (2011). Stretching to prevent or reduce muscle soreness after exercise 2014. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, 1-5.
- Nuria, M. (2012). *Reclutamiento de unidades motoras en contracciones concéntricas, isométricas y excéntricas*. Murcia: Alcalá.
- Voss, D., Ionta, M., & Myers, B. (1996). *Facilitación Neuromuscular Propioceptiva, Patrones y técnicas*. Madrid: panamericana.
- Dunn Garcia, E. (2013). *Medicina de rehabilitación. Ejercicio terapéutico, generalidades*. Madrid: Panamericana.
- Rodríguez, P., & Lopez, P. (2014). *Prescripción de ejercicio físico para el acondicionamiento muscular*. México: Panamericana.
- Vidal, A. (2015). Entrenamiento del CORE: selección de ejercicios seguros y eficaces. *Revista digital Buenos Aires*, 210, 1-15.
- Sagastume, M. (2013). *Ejercicios de equilibrio para mejorar sistema propioceptivo*. Quetzaltenango: Panamericana.
- Fonseca, A., & Rapetti, L. (2013). *Rehabilitación de la marcha en gerontes aplicando el movimiento con el fin de evitar la inestabilidad y caídas*. Tesis de grado.
- Miranda, V., Flores, L., Rangel, M., Hernández, F., & Alvarenga, J. (2017). Beneficios de la consejería personalizada de enfermería en pacientes neurológicos. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 46, 18-25.