

Disnea persistente sin causa orgánica: un caso de base psicossomática

Sr. Editor

La disnea es un término clínico que describe la sensación subjetiva de respiración dificultosa y que abarca un amplio rango de síntomas, tales como el acortamiento de la respiración o el aumento de la frecuencia respiratoria.¹ Con independencia de sus mayoritarias causas orgánicas, la relación causal entre disnea y síntomas psicológicos, principalmente ansiedad y depresión, ha sido bien establecida² y vinculada principalmente a hiperventilación.³

Otra relación bien conocida es la expresión psicossomática de la disnea,⁴ la cual afecta principalmente a adultos jóvenes y coexiste habitualmente con hiperventilación y otros síntomas inespecíficos (cardíacos, etcétera). Estos pacientes refieren un elevado nivel de ansiedad y describen, en comparación con pacientes asmáticos y otros enfermos pulmonares, una intensidad superior de disnea (escala subjetiva de automedición) y una menor capacidad para contener la respiración luego de una inspiración profunda (*breath-holding time*).⁵

Presentamos el caso de un hombre de 65 años, deportista habitual (travesías de alta montaña), no fumador e hipertenso (enalapril 10 mg/día). El paciente consultó por disnea de medianos esfuerzos y ocasionalmente de reposo, sin sibilancias y sin síntomas cardíacos. La disnea había empeorado en los últimos dos años, lo que el paciente vinculaba a un accidente isquémico transitorio (AIT) acaecido a 5,400 metros de altitud en un campamento base de Nepal (AAS 300 mg/día), y desde entonces, había abandonado la práctica deportiva por disnea.

Al momento de la consulta, el paciente no presentaba secuelas neurológicas y mantenía un índice de masa corporal estable en los últimos meses (IMC 30). Su radiografía de tórax, electrocardiograma, datos analíticos (incluyendo perfil tiroideo), oximetría en reposo y *prick-test* eran satisfactorios. La espirometría arrojó los siguientes datos normales: FEV₁/FVC 80% (referencia 73%), FEV₁ 2.61 l (97%, referencia 2.71 l) y FVC 3.23 l (87%, referencia 3.74 l). Los valores de TLC (*total lung capacity*), RV (*residual volume*) y FRC (*functional residual capacity*) fueron, respectivamente, 112%, 98% y 91% (estándares). El coeficiente de difusión de monóxido de carbono (KCO) fue del 95% (normal).

Se realizó, además, una gasometría venosa que resultó no patológica (pH 7.41, pCO₂ 45, bicarbonato 23) y una prueba de la marcha de 6 minutos con una distancia recorrida de 360 metros (saturación basal 98%, saturación mínima 95%). Desde el punto de vista cardiológico, se efectuó una prueba de esfuerzo (protocolo de Bruce), alcanzando el paciente una carga de 12 METS, sin evidenciar alteraciones clínicas y eléctricas. Sólo se detectó (ecocardiograma) una cardiopatía hipertensiva ligera (septum 13 mm), sin depresión funcional ni alteraciones de la contractilidad.

Fue remitido a psicología, orientándose como «disnea funcional». La anamnesis psicológica reveló múltiples experiencias vitales asociadas a episodios traumáticos de «ahogos» (ejemplos: enfermedad respiratoria crónica padecida por su madre, sensación claustrofóbica al quedarse atrapado en una cueva a los 16 años o el haber presenciado el ahogamiento de un amigo en un río a los 17 años). Resaltaba la necesidad de «ambientes amplios y con aire puro» (montañismo), razón que incluso lo condujo a evitar utilizar ascensores, camisas abotonadas hasta el cuello o ceñirse la corbata. Estos episodios de «ahogos» comenzaron hacia los 44 años (divorcio) y continuaron siendo relativamente infrecuentes (estrés, ansiedad),

hasta que se generalizaron luego del AIT (63 años). Desde el punto de vista psicológico, este agravamiento fue atribuido a una crisis vital (edad).

Bajo el término «síndromes psicossomáticos, somatizaciones y alteraciones somatoformes», se agrupan entidades donde el proceso psicológico juega un papel sustancial en la etiología de la enfermedad de algunos pacientes.⁶ Una causa de índole emocional que predispondría a dichos cuadros sería, según la Escuela de Psicossomáticas de París, la «alexitimia» o dificultad del individuo para identificar los sentimientos y para distinguir a éstos de las sensaciones corporales.^{7,8} En nuestro paciente se identificó un fondo alexitímico, el cual fue abordado satisfactoriamente desde la terapia psicoanalítica. Prácticamente un año y medio después, la disnea ha desaparecido y el paciente retomó la práctica del montañismo.

Sr. Editor, los cuadros psicossomáticos se hallan dentro de las alteraciones psiquiátricas más comunes, oscilando su prevalencia en la consulta médica entre un 8 al 15%.^{9,10} Quienes los padecen suelen hacer uso desproporcionado de los recursos sanitarios, habitualmente se hallan insatisfechos de la atención médica recibida y a menudo tienden a resistirse a la derivación psicológica o psiquiátrica.¹¹

En este contexto, consideramos que este caso ejemplifica claramente respecto a causas psicossomáticas de disnea, las cuales deberían ser consideradas y, eventualmente, abordadas en todo paciente clínicamente sintomático sin una base orgánica evidente.

REFERENCIAS

1. American Thoracic Society. *Dyspnea. Mechanisms, assessment and management: a consensus statement*. Am J Respir Crit Care Med 1999;159(1):321-340.
2. Neuman A, Gunnbjörnsdóttir M, Tun-säter A, et al. *Dyspnea in relation to symptoms of anxiety and depression: A prospective population study*. Respir Med 2006;100(10):1843-1849.

3. Bass C, Gardner WN. *Respiratory and psychiatric abnormalities in chronic symptomatic hyperventilation*. Br Med J (Clin Res Ed) 1985;290(6479):1387-1390.
4. Heim E, Blaser A, Waidelech E. *Dyspnea: psychophysiological relationships*. Psychosom Med 1972;34(5):405-423.
5. Han JN, Zhu YJ, Li SW, et al. *Medically unexplained dyspnea: psychophysiological characteristics and role of breathing therapy*. Chin Med J (Engl) 2004;117(1): 6-13.
6. Kellner R. *Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders*. Psychother Psychosom 1994;61(1-2):4-24.
7. Bach M, Bach D. *Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study*. Psychother Psychosom 1996;65(3):150-152.
8. Lumley MA. *Alexithymia and negative emotional conditions*. J Psychosom Res 2000;49(1):51-54.
9. Jackson JL, Kroenke K. *Prevalence, impact, and prognosis of multiform disorder in primary care: a 5-year follow-up study*. Psychosom Med 2008;70(4):430-434.
10. Kroenke K, Rosmalen JG. *Symptoms, syndromes, and the value of psychiatric diagnostics in patients who have functional somatic disorders*. Med Clin North Am 2006;90(4):603-626.
11. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. *Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity*. Arch Gen Psychiatry 2005;62(8):903-910.

Atentamente

Viviana Fiszson-Herzberg,* Pablo Rubinstein-Aguñin.‡

*Lic. en Psicología. Equipo de Psicología, Clínica del Vallés (idcsalud). Sabadell, Barcelona, España.

‡Médico neumólogo. Servicio de Neumología, Hospital General de Cataluña (idcsalud). Sant Cugat del Vallés, Barcelona, España.

✉ Correspondencia:

Lic. Viviana Fiszson. Equipo de Psicología Clínica del Vallés (idcsalud). Passeig Rubió i Ors, 23 (08203) Sabadell, Barcelona. España
Teléfono: +34-937283 100-Fax: +34-937281 198
Correo electrónico: vifiszson@yahoo.es