

La histeria en el siglo XXI

La vieja histeria, manifestaciones físicas de aspecto neurológico fraguadas en la mente a través de oscuros caminos, pareciera haber resucitado. No son raros hoy día artículos de investigación clínica cuya muestra supera el centenar de pacientes. Y, todo hay que decirlo, el asunto ha cogido al neurólogo de nuestros días con el paso cambiado.

Primero, porque los libros al uso apenas le han contado algo que presuponía –craso error– terreno exclusivo de los psiquiatras. Pero no: estos pacientes llaman a su puerta y es él de quien se espera que identifique correctamente determinados episodios críticos o un peculiar trastorno de la marcha, por poner algunos ejemplos. Y casi siempre deberá afrontar su manejo, no pocas veces en solitario. Hace mucho que la histeria dejó de ser un mito, como erróneamente propugnaba Slater en 1965, para ser algo casi cotidiano en nuestros días. El neurólogo tendrá, pues, que aceptar estos pacientes, con frecuencia incómodos –y no solo por las dificultades diagnósticas y terapéuticas, sino por la atmósfera de tensión familiar que con frecuencia les envuelve– como parte de su rutina diaria.

UNA SEMIOLOGÍA DIFERENTE

Identificar al paciente con síntomas y signos neurológicos psicogénicos es siempre comprometido. Todo un desafío que pone a prueba incluso a especialistas curtidos por años de ejercicio, finura en la exploración y un bagaje conceptual de cierta solidez. No es suficiente. Y no lo es porque la histeria tiene una semiología propia, que resulta preciso aprender, no ya en libros y artículos clásicos –que también–, rescatada del olvido hoy día.

No solo eso: quizás el lector se sorprenda de nuevos signos reveladores del carácter psicogénico de determinados fenómenos clínicos. Hay muchos, pero me vienen ahora a la memoria el astuto refinamiento del clásico signo de Hoover en las parálisis histéricas de

Dirección para correspondencia:

Santiago Giménez Roldán
E-mail: sgimenezroldan@gmail.com

la extremidad inferior, el propuesto por Sanoo (2007) como «signo de los aductores» o la revalorización del «signo de la silla rodante», pacientes incapaces de caminar y aun de tenerse en pie, pero que en cambio se trasladan así sentados por el pasillo de su casa o en el consultorio sin la menor dificultad. Ya lo había descrito P. Block, en 1888, aunque entonces no se dispusiera de sillas con ruedas. Para astucia, la de la enfermera jefe de una unidad de vídeo-electroencefalografía, quien observó que el 2,5% de pacientes con crisis psicógenas no se despegaban de un osito de peluche, toda una provocación interpretativa para psicoanalistas de viejo cuño.

Dicho esto, es necesario hacer una llamada de cautela. He sido testigo en ocasiones del imprudente y erróneo «diagnóstico a primera vista» de histeria ante manifestaciones clínicas que se antojaban extrañas, paradójicas o inexplicables. Es cierto que uno se enfrenta a veces con fenomenología verdaderamente chocante, pero debemos refrenar la tentación incauta de evocar histeria ante «lo nunca visto». Son de recordar las insólitas presentaciones de casos con síndrome de Tourette o el paciente con distonía generalizada, incapaz de dar un solo paso al frente pero que, en cambio, puede correr velozmente hacia atrás; y ello por no mencionar las paradojas de la astasia-abasia frontal o del trastorno en la ignición de la marcha. Las populares sesiones de vídeos abundan en tales manifestaciones clínicas «nunca vistas» y que no corresponden necesariamente a un trastorno psicogénico.

Con todo, el repertorio de lo que es capaz la mente humana tiene sus limitaciones. No invariablemente, claro está, pero se han ido identificando determinados patrones fenomenológicos en el modo de expresarse crisis psicógenas o trastornos de la marcha como manifestaciones de la histeria. Me interesó mucho un artículo en que, con sofisticada metodología, se llegaba a la conclusión de que el modo de caminar de un ciudadano normal de Berlín difiere de otros naturales del Tirol, sugiriendo en qué medida llegan a influir factores culturales en algo tan cotidiano como el hecho de andar. La fenomenología de los trastornos psicogénicos ha variado según las épocas y los escenarios (recuérdese la guerra de trincheras de la Primera Guerra Mundial, las *blast injuries* y la profusión de peculiares trastornos de la postura que originaron), pero sin duda se ven influidos también según las culturas. Por ejemplo, en EE.UU. son muy frecuentes movimientos pélvicos rítmicos (*pelvic thrusting*) evocadores del coito durante las crisis psicogénicas, fenómeno a mi parecer raro en nuestro entorno. Creo que es un terreno prometedor a desarrollar.

UNA FORMA DISTINTA DE FUNCIONAR EL CEREBRO

«No se le puede llevar la contraria, porque enseguida le da el ataque», nos suelen decir los familiares. «Y tiene el ataque porque quiere salirse con la suya», podíamos pensar, maliciosos, algunos de nosotros. Y no es así. Porque si algo nos están enseñando los estudios funcionales por neuroimagen es que el paciente con un trastorno psicogénico de

aspecto neurológico es algo muy distinto al fraudulento simulador. Dicho de otra manera: funciona de manera diferente la corteza motora «si no queremos moverla» que «si no podemos moverla», y ello pese a no ser evidente una lesión estructural en este último caso.

Fracasado el método anatomo-clínico en la búsqueda de un daño estructural y de una «localización» que explicaran las manifestaciones de la histeria, el visionario Charcot supuso una «lesión dinámica». Le trajo descrédito, pero entreveía quizás el carácter funcional de los síntomas psicogénicos puesto repetidamente en evidencia por estudios mediante imagen funcional en la última década; bien entendido, como sabiamente hacía notar Barrera-Bordas en 1986: lo funcional en modo alguno debe ser tomado como un concepto contrapuesto a lo orgánico (a los neurólogos no se nos caen los anillos aceptando como «funcionales» fenómenos como el aura migraña o la parálisis postictal de Todd). Todo un interjuego, en suma, de áreas corticales inhibidas según el síntoma predominante y áreas sobreactivadas, como la amígdala, el hipocampo y la corteza cingular. Por cierto, el término funcional es considerado por los pacientes el más aceptable para catalogar su diagnóstico, algo a retener cuando se nos exige elaborar un informe médico.

LA HISTERIA EN EL SIGLO XXI: AVENIDAS DE INVESTIGACIÓN

La histeria, a mitad de camino entre neurólogos y psiquiatras, ocupa todavía un limbo indefinido de consecuencias poco deseables para estos enfermos, mal comprendidos, itinerantes y más o menos explícitamente rechazados. Es preciso que los neurólogos se desprendan de su obsesión organicista y los psiquiatras de rancios conceptos freudianos. Ya se escuchan voces que reclaman la neuropsiquiatría como nueva subespecialidad a caballo entre los departamentos de psiquiatría y neurología (situación nada rara más allá de nuestras fronteras), en todo caso, centrada en las bases neurales de la conducta humana.

¿Qué hace vulnerable al cerebro para generar por sí mismo algo tan pérvido como ataques, parálisis o ceguera? ¿Por qué ocurre más frecuentemente en mujeres y jóvenes? Exactamente, ¿qué redes neuronales están implicadas con la existencia de «modelos de enfermedad» –culturales o incluso en patología propia– o la exagerada capacidad de la sugerencia para desencadenar o abatir síntomas psicogénicos? ¿Por qué caminos la frecuente depresión comórbida perturba el equilibrio entre respuestas emocionales y respuestas racionales? Quizás, de todo ello dependa la posibilidad de aplicar nuevos métodos de neuro-modulación –p. ej. estimulación magnética transcraneal– para revertir síntomas psicogénicos en su fase aguda y perfilar mejor los objetivos de la terapia cognitiva en casos crónicos.

Santiago Giménez Roldán

Ex profesor jefe

Servicio de Neurología

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Madrid