

Desórdenes psicológicos en la cirugía de miembro superior

Dr. Jochen Gerstner*

Resumen

Se llama la atención del ortopedista hacia la presencia de desórdenes mentales en la explicación de pacientes con discrepancias clínicas en la valoración de alteraciones del miembro superior; se explica la clasificación de dichos desórdenes en fingidos, artificiales y somatoformes, de acuerdo a la motivación consciente e inconsciente, la producción intencional de signos y síntomas y la presencia de incentivos y se estimula el diagnóstico temprano y el manejo de pacientes sospechosos a través de signos de alerta clínica.

El postoperatorio de los pacientes con dolor de la extremidad superior, con incapacidad funcional o con las lesiones permanentes sigue prestándose a confusión entre los cirujanos por la gran variabilidad de su evolución y por la falta de criterios clínicos unificados que permitan una predicción razonable de su desarrollo. Y lo grave del problema es que las complicaciones se presentan una vez operado el paciente.

En el postoperatorio quirúrgico diario existen muchas preguntas sin una respuesta adecuada, como son las siguientes:

1. Ante una misma cirugía, ¿por qué el trabajador independiente regresa al trabajo mucho antes que el paciente asalariado?
2. ¿Por qué algunos pacientes con lesiones graves mejoran mucho más de lo esperado?
3. ¿Por qué se ven pacientes devastados ante problemas ortopédicos menores?
4. ¿Por qué 2 pacientes con el mismo cuadro clínico y tratados de igual manera reacciona en forma diferente?

5. ¿Por qué se encuentran pacientes que les fascina que los operen y otros que huyen aterrorizados ante cualquier propuesta quirúrgica?

Poco se han enfatizado en ortopedia los factores mentales en la explicación de estas discrepancias clínicas, pero sin duda existen y la presencia de síntomas psicológicos (con incidencias hasta de 65%) empiezan a estudiarse en pacientes que se quejan de dolor crónico¹ y que deberían tenerse en cuenta antes de someter a cirugía a pacientes con esta clase de problemas para evitar un postoperatorio tormentoso.

A este confuso panorama contribuyen especialmente los pacientes que consultan por problemas médicos sin la evidencia semiológica objetiva de los mismos. Este es ya un signo de alerta y más si se asocia con depresión, con sus implicaciones negativas para el manejo del dolor. Estos pacientes constituyen uno de los grupos clínicos más difíciles de evaluar y sobre todo de manejar, en el ejercicio diario de la medicina y especialmente en el postoperatorio.

Muchas veces el problema se inicia cuando el médico adopta el recurso de englobar el problema diagnóstico dudoso bajo formas de estrés repetitivo, síndrome de sobreuso, angustia existencial o trauma difuso. Otros pacientes ya vienen remitidos por colegas que han encajado las quejas del paciente en un diagnóstico acoge-

* Profesor titular de ortopedia. Universidad del Valle. Cali. Colombia.

dor y etéreo como síndrome de dolor miofascial, artritis o artrosis, síndrome de apertura torácica, osteoporosis, neuropatía por atrapamiento múltiple u ocasionalmente el popular gadejo (ganas de jorobar) que figura con frecuencia en la impresión diagnóstica inicial del confundido clínico.

Es evidente que existe cierta propensión de los pacientes a desarrollar complicaciones emocionales y psiquiátricas ante una lesión grave de miembro superior, especialmente de la mano y cada respuesta particular debe correlacionarse con su habilidad o no, para adaptarse a la crisis, lo cual va a depender de su personalidad, motivación, capacidad para aceptar y tolerar la lesión, factores socioeconómicos y culturales, la naturaleza de la lesión, la importancia del miembro superior en la profesión del paciente y sobre todo de las relaciones médico-paciente.

Pero mucho cuidado con el paciente que se torna manipulador, ique es cuando realmente se convierte en un peligro para el cirujano!

Es muy importante destacar que el primer reto del médico es reconocer tempranamente cuándo los factores psicológicos son los responsables de la causa de consulta o queja del paciente para no tener que enfrentar un postoperatorio desastroso.

Entre estos pacientes altamente *sospechosos (terminología jurídica)* de poseer los factores psicológicos desencadenantes, cabe mencionar, como signos de alerta roja:

1. El paciente que llora durante todo el interrogatorio en ausencia de un trauma o dolor importante.
2. El que se queja de dolor en toda la extremidad, o en todo el cuerpo, sin una localización específica.
3. El paciente que magnifica su dolor. Si se le pide a un sospechoso que clasifique su dolor en una escala de 1 a 10, cualquier dolor por encima de 7 debe ser catalogado como magnificación y poner "en alerta" al examinador.
4. Cuando la incongruencia entre la anatomía y los síntomas del paciente es demasiado sospechosa, obvia y desproporcionada, por ejemplo, cuando resulta falsamente positiva la prueba del Tinel que se aplica a estos pacientes en sitios alejados de los nervios periféricos.

5. Mujeres, algunas de ellas fumadoras, que llegan al médico basados en un *autodiagnóstico* como por ejemplo, *síndrome del túnel carpiano*, después de haber consultado a otros médicos especialistas, hasta encontrar uno que estuviera de acuerdo con ellas y les confirmará el diagnóstico deseado.

6. El 90% de los pacientes que no regresan al trabajo y no planean hacerlo, pues sufren de una prolongada incapacidad y carecen de un sano optimismo respecto a su recuperación funcional. Este sistema de incapacidad se convierte después en una alternativa de trabajo para pacientes poco satisfechos con el mismo y que quieren preservar manipulando al médico.

7. Una hinchazón misteriosa de un miembro superior en ausencia de cirugía de ganglios linfáticos, de irradiación o de filariasis.

8. *Un dolor desproporcionado ante cualquier intento de movilizar pasivamente alguna articulación de la mano y con una respuesta refleja a distancia (lo denominamos "signo del glúteo positivo"; cuando se flexiona la articulación interfalángica proximal del índice por ejemplo, el paciente saca la nalga del mismo lado).*

9. Pacientes con "diátesis" caracterizada por marcada inestabilidad emocional, "nerviosismo", depresión y ansiedad. Son factores psicosociales que estos pacientes poseen para desarrollar frecuentemente complicaciones dolorosas de tipo simpático. Un clínico con experiencia puede "oler" a los pacientes que van a desarrollar una distrofia simpática refleja observando las características mencionadas, aunque estadísticamente esto nunca se ha comprobado².

Para entender mejor estos fenómenos, es conveniente clasificar los tipos de desórdenes psicológicos en tres grupos³:

| Desórdenes | Motivación | Producción de signos y síntomas intencionales | incentivos externos |
|-----------------|--------------|---|---------------------|
| 1. Fingidos | Consciente | Sí | Sí |
| 2. Artificiales | Inconsciente | Sí | Tal vez |
| 3. Somatoformes | Inconsciente | No | Tal vez |

Estos desórdenes tienen todos en común un medio ambiente familiar anormal que reafirma desproporcionadamente el nivel de enfermedad.

Estas alteraciones pueden diferenciarse entre sí empleando 3 categorías diagnósticas:

- A. *motivación*, consciente o inconsciente;
- B. *producción intencional* de signos y síntomas y
- C. la presencia externa de *incentivos*

1. El *finjidor* es un personaje que destaca signos y síntomas intencionalmente, buscando un incentivo externo como la incapacidad temporal o permanente para que lo pensionen y así no tener que seguir trabajando. Este tipo de pacientes, muy astutos, es frecuentemente visto en los consultorios del Instituto de los Seguros Sociales, en la clínica del dolor de espalda y en la clínica de la mano.

Sus desórdenes carecen de autenticidad y genuinidad. Constituyen un espectro de enfermedad conscientemente simulada que varía desde la falsificación ocasional hasta la presentación repetitiva de síntomas falsos o exagerados y la producción consciente de signos que a veces llegan a la automutilación⁵.

2. Los desórdenes *artificiales* son los más frecuentes y entre ellos se cuentan los pacientes con síndrome de SHAFT que es un acrónimo del inglés que resume las características de su personalidad: *sad* (afligido, triste), *hostile* (hostil), *Anxious* (ansioso), *frustrating* (frustrado) and *tenacious* (tenaz, insistente)^{3,4}.

Estos pacientes sí son un reto formidable e interesante para el clínico ya que tienen un *perfil clásico* con criterios plenamente identificados como factores médicos y psicológicos comunes, que es necesario diagnosticar durante el proceso de la consulta médica.

En vez de mutilarse a sí mismos, muchos de estos pacientes manipulan al cirujano para que les realice uno o más procedimientos quirúrgicos invasivos, generalmente ante la ausencia de hallazgos clínicos objetivos y obviamente sin alivio de los síntomas.

Muchos de los pacientes con este síndrome son inmaduros, sensibles, sumisos, inseguros y dependientes, con un problema psicológico subyacente como la necesidad de atención,

personalidad sadomasoquista o que utilizan los síntomas como defensa contra la ansiedad o la psicosis.

Estos pacientes niegan su responsabilidad en los hallazgos clínicos a pesar de que deliberadamente se lesionan a sí mismos, muchas veces sin ninguna ganancia económica o social.

Si se analizan en forma adecuada estos pacientes se identifican fácilmente, reconociendo en ellos los factores médicos y psicosociales comunes que vale la pena destacar como signos de alerta³:

1. Factores médicos comunes

- a. Múltiples procedimientos invasivos, (cirugías y bloqueos) de 1 a 25.
- b. Ausencia de hallazgos objetivos a pesar de múltiples exámenes negativos: (EMG, imagenología y pruebas de laboratorio).
- c. Muchos médicos consultados previamente (en promedio 4).
- d. Medicación psicotrópica y analgésica muy frecuente o tratamiento psiquiátrico concomitante

2. Factores psicológicos comunes

- a. Historia de ausencias frecuentes del trabajo.
- b. Caracterización y verbalización desproporcionada de síntomas.
- c. Historia de llanto fácil con dolor mínimo.
- d. Historia familiar frecuente de incapacidades por lesión o enfermedad.
- e. Historia de abuso (emocional, físico o sexual).

Brown⁶ destaca que la mayoría de los informes médicos de estos pacientes desafortunadamente se refieren principalmente a una extremidad en vez de hacer referencia a un paciente y a su entorno y ése es, el gran error del cirujano.

Sennwald⁷ ha sugerido también la coexistencia de médicos "*cómplices*" que realizan estos

numerosos procedimientos ignorando los factores médicos y psicológicos mencionados, sin tomar en cuenta la historia de la verbalización de su paciente e ignorar olímpicamente la historia familiar de incapacidades, y así evitan analizar el problema social y las discrepancias que existen entre el dolor y las alteraciones somáticas. Algunos de estos médicos deben estar firmemente convencidos de que los problemas psicológicos pueden resolverse con bisturí y su habilidad quirúrgica. El síndrome SHAFT no existiría sin la coexistencia del síndrome de la quimera del cirujano, que cree que su habilidad quirúrgica es la respuesta correcta y única al dolor. La mala remuneración de las EPS estimula actualmente este tipo de comportamiento en el médico, que aprecia cualquier cirugía como una oportunidad de mejor y más justa remuneración, sin pensar mucho en la trampa que le está tendiendo al paciente.

Entre los desórdenes somatoformes se encuentran ocasionalmente el "síndrome de la mano en flexión"⁸ cuadro en el que el paciente mantiene todo el puño cerrado en forma permanente, o algunos de sus dedos, en posturas antifuncionales, sin ninguna relación con lesiones anatómicas descritas y conocidas; este es uno de los más reconocidos ejemplos de somatización, que confunde a más de un especialista, que usualmente lo remite a un nivel superior de interconsulta.

Es importante reconocer finalmente, que el común denominador entre médico y paciente es que ambos son seres humanos con determinantes psicológicos similares y a veces no es bien claro quién manipula a quién.

Aconsejar y tratar a estos pacientes es ciertamente una experiencia frustrante que consume mucho tiempo, especialmente para llegar a un diagnóstico correcto. Es fundamental que el cirujano ortopedista transmita al paciente, desde el principio, mensajes claros e inequívocos de que la cirugía no le a resolver el problema (la ayuda psiquiátrica tampoco es bien aceptada por estos pacientes, pero es necesario solicitarla). La principal responsabilidad del cirujano es no convertirse en un cómplice manipulado de este tipo de enfermos.

Toma muchos años de experiencia y práctica reconocer que no todos los casos son lo que aparentan ser en la impresión diagnóstica inicial. Los desórdenes artificiales son un verdadero dilema para el cirujano joven, que puede ser manipulado por su paciente. Para mejorar un extremidad el médico debe entender al paciente como un todo y no como un miembro enfermo y la cirugía, si es necesaria, debe emprenderse sólo con la cooperación del paciente y una buena evaluación psiquiátrica previa.

¿Qué hacer? Debe hacerse un cauteloso y quizás multidisciplinario enfoque a todos los pacientes que consulten por dolor intratable y que atribuyen sus síntomas al trabajo¹.

Creo que podemos tratar de entender mejor a estos pacientes, mejorar nuestros resultados y habilidades clínicas educándonos en psicología aplicada y habilidades de comunicación a través de seminarios o cursos de instrucción en que participen cirujanos, psiquiatras, psicólogos, expertos en medio ambiente y comunicación para discutir y analizar estos temas de mutuo beneficio para nuestros pacientes, para nosotros y para las entidades prestadoras de servicios de salud cuyos enormes costos se reducirían considerablemente si se confirma un diagnóstico adecuado⁹.

Bibliografía

1. **Dzwierzynski; WW et al.**: *Psychometric Assessment of Patients with chronic Upper extremity Pain Attributed to Workplace exposure*. J. Hand Surgery 24A, 46-52, 1999.
2. **Lycle van der laan.**: *Reflex Sympathetic Dystrophy*. Hand Clinics 13, 5, 373-385. 1997.
3. **Kasdan, ML et al.**: *Expanded profile of the SHAFT syndrome*. J. Hand Surg; 23A: 26-31. 1998.
4. **Taras, JS**: *Detecting Malingering and somatoform Disorders in the upper extremity*. Hand Correspondence Newsletter. 124. 1998.
5. **Kasdan, ML y Stutts, JT**: *Factitious injuries of the upper extremity*. J. Hand Surg 20A: S57-S60. 1995.
6. **Brown, PW.**: *Out on a limb*. J. Hand Surg 23A: 1-2. 1998.
7. **Sennwald G.**: *To the editor, about reference 2*. J. Hand Surgery. 23A: 1118-1119, 1998.
8. **Simmons BP y Vasile RG**: *The clenched fist syndrome*. J. Hand Surg 5A: 420-424, 1980.
9. **Louis DS et al.**: *The upper extremity and psychiatric illness*. J. Hand Surg; 10A: 687-693. 1985.