

Trastornos somatomorfos y conversivos en otorrinolaringología pediátrica: revisión de la literatura

Somatoform and conversion disorders in pediatric otolaryngology: A narrative review

Marcelo Arancibia M.^{1,2}, Claudia Angulo P.³, Elisa Sepúlveda A.⁴, Cristian Papuzinski A.^{1,3,5}

Resumen

Los trastornos somatomorfos (TS) corresponden a un conjunto de entidades de expresión polimorfa cuya característica común es la relevancia de los síntomas somáticos asociados a un malestar psicológico significativo evidente o no, pero sin una base estructural delimitada. Si la sintomatología se asocia al sistema nervioso se denominan trastornos conversivos (TC). Su etiología tiene una naturaleza multicausal y compleja y se expresan en todos los sistemas del organismo. Los TS y los TC han sido poco estudiados en la otorrinolaringología pediátrica y su enseñanza es escasa en la formación médica. Se realizó una búsqueda sistemática sobre TS y TC en otorrinolaringología pediátrica en las bases de datos *PubMed/Medline*, *SciELO* y *Cochrane Library*. Se incluyeron 49 referencias, principalmente estudios observacionales y revisiones narrativas. Los cuadros clínicos descritos fueron el estridor funcional, la sordera psicógena, el trastorno facticioso y el vértigo psicógeno. El proceso diagnóstico requiere de la evaluación otorrinolaringológica y psiquiátrica. En todos los estudios se reconoció que los participantes tenían alguna alteración afectiva prominente, aunque a veces oculta. El análisis del contexto social y escolar, además de los antecedentes familiares de TS, TC o cualquier trastorno mental son elementos primordiales. La terapia es multidisciplinaria, incluyendo intervenciones otorrinolaringológicas, fonoaudiológicas, psicológicas y psicofarmacológicas. Sin embargo, la evidencia que sustenta a las intervenciones especializadas es escasa. Los niños, niñas y adolescentes con TS y TC presentan hallazgos clínicos y biológicos que no se presentan en los simuladores. Un adecuado diagnóstico y tratamiento se relacionan con un buen pronóstico.

Palabras clave: trastornos somatomorfos, trastorno conversivo, niño, adolescente, otorrinolaringología.

Abstract

Somatoform disorders (SD) make up a group of entities with polymorphic expression, characterized by the relevance of somatic symptoms associated to a significant psychological stress whether or not noticeable, but without a defined structural basis. When the symptomatology is related to the nervous system, they are known as conversion disorders (CD). Their etiology has a multicausal and complex nature, having expressions in all the body systems. SD and CD have been scarcely studied in pediatric otolaryngology and are poorly reviewed during medical training. We performed a systematic search on SD and CD in pediatric otolaryngology in PubMed/Medline, SciELO and Cochrane Library databases. We included 49 references, mostly observational studies and narrative reviews. The most described clinical pictures were functional stridor, psychogenic deafness, factitious disorder, and psychogenic vertigo. The diagnostic process requires otolaryngologic and psychiatric evaluations. All studies showed that participants had some relevant affective alteration, although sometimes unnoticeable. Thus, some essential elements are social and school con-

¹Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud (CIESAL), Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

²Grupo de Investigación en Resiliencia, Adversidad y Reparación (GIRAR). Viña del Mar, Chile.

³Departamento de Especialidades, Cátedra de Otorrinolaringología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

⁴Departamento de Pediatría, Cátedra de Psiquiatría Infantojuvenil, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso. Viña del Mar, Chile.

⁵Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina i Odontología, Universitat de València. València, España.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 10 de abril de 2020. Aceptado el 24 de julio de 2020.

Correspondencia:
Cristian Papuzinski A.
Angamos 655, Edificio R2,
Oficina 1107, Reñaca.
Viña del Mar, Chile.
Email: cristian.papuzinski@uv.cl

text, family history of SD or CD or any mental disorder. Therapy involves a multidisciplinary approach, including otolaryngologic, audiological, psychological and psychopharmacological interventions. However, evidence supporting specialized interventions is still scarce. Children and adolescents who suffer from SD and CD show clinical and biological findings which are not found in malingering. Proper diagnosis and treatment are related to a good prognosis.

Keywords: *somatoform disorders, conversion disorder, child, adolescent, otolaryngology.*

Introducción

Los trastornos somatomorfos (TS) y conversivos (TC) involucran un conjunto de entidades, fenómenos y síntomas que la nosología ha clasificado y conceptualizado múltiples veces a lo largo de la historia¹. Se trata de desórdenes ubicuos en la medicina, ya que sus formas de presentación involucran prácticamente a todos los sistemas, pero contienen un denominador común, esto es, la relevancia de los síntomas somáticos vinculados a un malestar psíquico, aparente o no^{2,3}. El manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales en su edición actual (DSM-5)³ los sitúa en la categoría trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados, agrupando las siguientes entidades, cada una con especificadores clínicos: trastorno de síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión o trastorno de síntomas neurológicos funcionales, trastorno facticio (síndrome de Münchhausen, aplicado a uno mismo o a un tercero), factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas y otros trastornos por síntomas somáticos especificados y no especificados. Esta visión enfatiza la importancia del síntoma somático y la interferencia que este provoca más allá de su falta de explicación "orgánica". Lo somatomorfo se relaciona estrechamente con lo conversivo; en ambos el fenómeno es inconsciente, sin embargo, los TC son alteraciones asociadas a una disfunción más específica del sistema nervioso, por ejemplo, episodios convulsivos, afonía, sordera, dificultad al deglutir o sensación de globus faríngeo⁴. Esto debe distinguirse de los cuadros facticios, donde hay consciencia de la ficción, pero su motivación es inconsciente, existiendo desencadenantes asociados a la vida familiar o escolar. Finalmente, lo somatomorfo, lo conversivo y lo facticio deben separarse

de lo simulado, ya que la simulación es un acto consciente y voluntario, que involucra más bien al desarrollo de la personalidad y de la moralidad y no a un cuadro clínico como los anteriores^{3,5}.

La etiología de los TS y TC es multicausal y compleja. La teoría psicodinámica y sus derivaciones han apuntado a trastornos del apego y del vínculo como gatillantes de una carga angustiosa, por lo que sería necesaria la "conversión" del síntoma mental en un síntoma físico (ganancia primaria), logrando en algunos casos efectos interpersonales (ganancia secundaria)^{6,7}. Vinculada a esta perspectiva, la teoría psicósomática confiere al síntoma psicósomático una función comunicativa en las relaciones importantes, lo que adquiere sentido al considerar la inmadurez cognitiva y sobre todo verbal de un niño que requeriría de su cuerpo para comunicar⁸, quien además podría, según la teoría del aprendizaje⁶, aprender los síntomas de enfermedad desde un tercero y representarlos como medio de resolución de un conflicto psíquico. La hipótesis traumática ha alcanzado particular importancia en el último tiempo. Ella considera a los TS como formas específicas de procesos disociativos que tendrían un origen traumático, ya sea ambiental o relacional, tal como el abuso sexual^{9,10}. Desde el punto de vista biológico, a nivel funcional se han estudiado alteraciones en el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, en la respuesta inmune y en la función autonómica¹¹, mientras que a nivel estructural algunos hallazgos imagenológicos indican alteraciones en estructuras subcorticales involucradas en el procesamiento motor, del dolor y de la consciencia sensorial^{12,13}. Estas características estarían ausentes en pacientes simuladores.

Los TS y los TC suelen ser de difícil diagnóstico y tratamiento, aun por profesionales de salud mental. Son condiciones prevalentes que suelen ser mal diagnosticadas como en-

fermedades somáticas y que requieren de un abordaje multidisciplinario en todas sus fases². Constituyen entidades que deben ser conocidas por todas las especialidades médicas, pues como fue señalado, la presentación es polimorfa. No obstante, se han descrito ciertos perfiles psicológicos más prevalentes para niños que sufren de TS y TC, incluyendo rasgos perfeccionistas, alta expectativa por el logro y niveles superiores de ansiedad por enfermedad¹⁴. En el caso de la otorrinolaringología de niños y adolescentes, existen cuadros clínicos del espectro conversivo, como el estridor funcional, la tos crónica y la sordera psicógena, que han sido escasamente descritos y estudiados por la literatura y que son poco discutidos durante la formación de los especialistas otorrinolaringólogos, pese a la importancia que poseen en el diagnóstico diferencial¹⁵. Por lo tanto, el objetivo de este artículo es describir y analizar la evidencia disponible en cuanto a la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de los TS y TC en otorrinolaringología pediátrica.

Se desarrolló una revisión narrativa. En marzo de 2020, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura disponible en *PubMed/Medline*, *SciELO* y *Cochrane Library*. Como términos de búsqueda del lenguaje controlado se usaron *child*, *adolescent*, *conversion disorder*, *somatoform disorders*, *otolaryngology* y *psychiatry*. También se aplicaron términos del lenguaje no controlado. Se incluyeron todos los artículos primarios (cualquier diseño metodológico) y secundarios (revisiones narrativas o sistemáticas) que en el título y/o en el resumen aludieran a TS o TC en otorrinolaringología de niños, niñas o adolescentes. Se revisaron las referencias de los artículos incluidos como segundo método de inclusión estudios. Debido a la escasez de investigaciones en la temática, el año de publicación no fue un criterio de exclusión, pero sí se excluyeron artículos escritos en idiomas orientales.

Se incluyeron 49 referencias, abarcando desde el año 1978 hasta 2018: 30 estudios observacionales (15 reportes de caso, cinco series de casos, seis estudios transversales y cuatro estudios de cohorte), 17 revisiones narrativas y dos revisiones sistemáticas de la literatura. Se incorporaron dos capítulos de libro que fueron clasificados como revisiones narrativas. A continuación, se sintetiza la

evidencia hallada en función de los cuadros clínicos reportados en la literatura en población infantojuvenil.

Estridor funcional

El estridor funcional, también conocido como obstrucción funcional de la vía aérea superior, estridor psicógeno, disquinesia episódica laríngea, movimiento paradójico de cuerdas vocales y estridor histérico, se conceptualiza como la aducción episódica de las cuerdas vocales, lo que conduce a una limitación significativa del flujo aéreo inspiratorio¹⁶. Los síntomas son variados, incluyendo molestias en la garganta, cuello y tórax, estridor inspiratorio, ronquera, voz bitonal, afonía, tensión en la garganta, incapacidad para inspirar y tos persistente, por lo tanto, puede confundirse con distintos cuadros que afectan la vía aérea superior, sobre todo con laringitis y asma¹⁷. El perfil de pacientes reportado es de predominio femenino, adolescente, difícil diagnóstico, tratamiento no quirúrgico y buen pronóstico¹⁸. En 1978, Rogers y Stell¹⁹ reportaron los dos primeros casos de estridor inspiratorio funcional (1978), observando que la mayor parte de estas pacientes fueron mujeres y tenían alguna comorbilidad psiquiátrica. En 1983, Stanescu y cols.²⁰ reportaron el primer caso de estridor espiratorio funcional, acuñando el término de “jadeo laríngeo emocional”. Los primeros artículos publicados en revistas de otorrinolaringología destacaban características psicológicas como dependencia emocional, terrores nocturnos, ansiedad²¹, desórdenes adaptativos^{21,22} e incluso el uso del estridor como “medio para manipular el ambiente”²¹. En 1990, Ophir y cols.²² describieron tres casos de adolescentes con obstrucción funcional de vía aérea superior. En ellos, los pacientes no demostraban otros signos o síntomas sugerentes de algún síndrome orgánico, siendo aparentemente sanos. En la evaluación psicológica y psiquiátrica longitudinal, aparecieron características como “episodios epilépticos” en la infancia temprana, abuso sexual reciente, “mecanismos de defensa psicósomáticos” y reacciones conversivas, pero pese a ello, ausencia de ansiedad. El cuadro no respondió a fármacos y la laringoscopia mostró consistentemente

un movimiento paradójico de las cuerdas vocales en inspiración, mientras que en periodos asintomáticos su movimiento fue normal. La persistencia del estridor durante la noche se interpretó como una ausencia de simulación por los pacientes, por lo que se diagnosticó una neurosis conversiva, lo que de acuerdo con criterios actuales podría considerarse un TC³. Powell y cols.¹⁸ analizaron a una cohorte retrospectiva de 14 mujeres adolescentes que consultaron por ruido asociado al respirar y una “respiración corta”. Ninguna tuvo ruido inspiratorio al dormir. En la videoestroboscopia dos hallazgos fueron destacados: movimiento paradójico de cuerdas vocales y colapso de la mucosa supraglótica. Todas las pacientes tuvieron una mejoría significativa luego de una intervención fonoaudiológica, que incorporó técnicas de respiración y de relajación con una aproximación cognitivo-conductual.

Sordera psicógena

La sordera psicógena, también conocida como pseudohipoacusia, pérdida auditiva funcional o no orgánica, ocurre muy infrecuentemente en niños y niñas, pero probablemente exista un subdiagnóstico²³. Los artículos publicados al respecto son escasos y muy poco recientes, estimando algunos autores que el cuadro configura alrededor del 3% de las causas de pérdida auditiva súbita en niños²⁴. Aunque el diagnóstico de sordera psicógena pueda parecer simple mediante los medios diagnósticos audiológicos actuales, su etiología y tratamiento revisten un desafío mayor. Yamamoto y cols.²⁵ describieron algunas dimensiones psicológicas y audiológicas de 29 niños de 11 años de edad promedio con sordera psicógena. Solo un grupo de 11 niños recibió tratamiento psicológico, demostrando una recuperación audiométrica más rápida que aquellos que no recibieron tratamiento. Entre los resultados de la evaluación psicológica, el ser autocrítico, autopunitivo, introvertido y el tener un alto grado de neuroticismo y de autoexigencia, fueron características observadas tanto en pacientes como en sus padres. En esta línea, Rotenberg y cols.²⁶ reportaron el caso de un niño de 11 años de edad diagnosticado con un TC, que consultó por una pérdida auditiva

total y aguda del oído derecho. Tras no encontrar hallazgos patológicos en las evaluaciones clínicas, pero sí una audiometría con una pérdida auditiva neurosensorial derecha desde los 250 a los 8.000 Hz, se decidió un manejo conservador, repitiendo la audiometría en dos semanas. Los clínicos no notaron aspectos emocionales de relevancia. Sin embargo, el niño recuperó súbitamente la audición en una semana. En la exploración con los padres, la madre comentó que ella había perdido la movilidad de sus piernas años antes durante un periodo emocionalmente estresante, para recuperarla una vez que el episodio había resuelto. Este caso pone en relieve la gran importancia de la historia psicológica y psiquiátrica familiar y del antecedente contextual. Un caso más severo fue publicado por Carlson y cols.²⁷, quienes describieron a una niña de 6 años de edad, portadora de un síndrome de Waardenburg que recibió un implante coclear. Dos años después, la paciente señaló oír sonidos anormales y otros síntomas que se interpretaron como una disfunción del dispositivo, por lo que fue sometida a una cirugía de revisión, reimplantando un dispositivo nuevo. Tras dos años, la niña volvió a referir síntomas similares y de gran intensidad, por lo que recibió una nueva revisión quirúrgica con un nuevo implante coclear. No obstante, poco después los síntomas reaparecieron. La paciente fue derivada a un psiquiatra, quien consignó el diagnóstico de TC, obteniendo buenos resultados tras la terapia. Se reveló que el contexto de la paciente era altamente estresante, pues la niña recibía maltrato físico y exposición a un cuidador con consumo problemático de sustancias, quien luego murió por suicidio.

Parodi y cols.⁵ elaboraron una nota técnica con observaciones clínicas que pueden contribuir al diagnóstico de pérdida auditiva psicógena durante la infancia. En la audiometría de tonos puros, algunos elementos de sospecha serían límites de audición no reproducibles a una frecuencia determinada, una curva audiométrica plana y por lo menos un grado de discrepancia en la pérdida auditiva entre ambos oídos. Los autores enfatizan la importancia del refuerzo positivo durante el examen, destacando las respuestas positivas del paciente, lo que podría ser suficiente para normalizar los extremos tonales. Algunas

técnicas audiométricas que aportarían en el diagnóstico diferencial con TC y simulación son la curva fantasma, la prueba de Stenger y de Cahart. Otras técnicas son la impedanciometría con reflejos acústicos y las emisiones otoacústicas.

Los trastornos del procesamiento auditivo corresponden a otro grupo de patologías audiológicas que abarcan un espectro de desórdenes que afectan el análisis auditivo, difícilmente circunscrito a una localización anatómica central o periférica. Los pacientes presentan una dificultad para identificar el discurso cuando existe ruido de fondo, pero suelen no tener alteraciones audiométricas. En este sentido, se estima que solo 5% de los niños que sufren de un trastorno del procesamiento auditivo evidencia una patología estructural o causa neurológica identificable, posiblemente porque el procesamiento auditivo presenta múltiples aferencias que complejizan una determinación estructural, entre otras, las que provienen desde la función ejecutiva²⁸. Es relevante conocer este grupo de desórdenes, no obstante, no deben confundirse con los TS o TC, ya que no corresponden a este conjunto nosológico.

Trastorno facticio (síndrome de Münchhausen)

El trastorno facticio se caracteriza por la falsificación de síntomas o signos físicos o psicológicos, presentándose el individuo como un enfermo ante los demás. El comportamiento engañoso es evidente incluso cuando no se detecta una recompensa externa obvia: la persona es consciente de estar fingiendo, pero no es capaz de reconocer la motivación subyacente que moviliza esta ficción³. Yucel y cols.²⁹ reportaron el caso de una adolescente de 16 años que consultó por un aumento de volumen orbitario que luego evolucionó hasta la región parotídea, continuándose de edema facial difuso que se extendió hasta la región preesternal, asociado a estridor. Tras múltiples evaluaciones diagnósticas invasivas con resultados negativos, la paciente presentó disnea y convulsiones, siendo intubada tres veces y luego traqueostomizada. Finalmente, tras ocho meses de hospitalización se logró el

diagnóstico de síndrome de Münchhausen. Casos como este son infrecuentes en la otorrinolaringología pediátrica, siendo más probable hallar la forma del trastorno facticio por poder, donde es un cuidador el que presenta a un niño o niña como un enfermo al inferir lesiones, por ejemplo, por lo que el portador del trastorno sería el cuidador y no el niño o niña. Se han descrito casos de trastorno facticio por poder en niños con apnea del sueño³⁰, otorrea persistente^{31,32}, otitis externa a repetición^{33,34}, otorragia recurrente³⁵, lesiones excoriativas de las fosas nasales³⁶ y pérdida auditiva³⁷.

Vértigo funcional, psicógeno o mareo perceptual postural persistente

Aunque el vértigo es una condición de rara ocurrencia en niños y adolescentes, el vértigo funcional, también conocido como psicógeno en la nomenclatura psiquiátrica o mareo perceptual postural persistente de acuerdo con la clasificación de los trastornos vestibulares de la Sociedad Bárány³⁸, suele encontrarse entre sus etiologías frecuentes. En efecto, Gruber y cols.³⁹ analizaron una cohorte retrospectiva de niños portadores de vértigo atendidos en una clínica otoneurológica, hallando que el vértigo psicógeno fue la segunda causa más frecuente después del vértigo asociado a migraña, alcanzando una incidencia de 22%. Por su parte, en el estudio de Erbek y cols.⁴⁰, el vértigo psicógeno alcanzó un 10% de los diagnósticos realizados a 50 niños, niñas y adolescentes estudiados. También en una cohorte histórica de cinco años con niños con vértigo, Riina y cols.⁴¹ encontraron que el vértigo funcional fue la quinta causa de vértigo en 119 participantes. En un estudio transversal multicéntrico que incorporó a 691 niños y adolescentes con trastornos del equilibrio, Lee y cols.⁴² concluyeron que el vértigo psicógeno fue la tercera etiología más frecuente en el grupo preescolar (< 6 años) y en el escolar (7-12 años). Por su parte, Emiroğlu y cols.⁴³ analizaron 31 niños y niñas con síntomas neurológicos no explicados médicamente. En aquellos diagnosticados con vértigo, se pesquisó una comorbilidad psiquiátrica de hasta 90%, siendo la más frecuente los trastornos depresivos, seguidos por los TC y los TS. Los autores sugirieron una atención

psiquiátrica precoz, concordante con otros estudios de la temática¹⁵.

Discusión

En el presente artículo se ha sintetizado la evidencia en cuanto a la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento de los principales TC y TS verificados en la literatura publicada en otorrinolaringología pediátrica: estridor funcional, sordera psicógena, trastorno facticio y vértigo psicógeno. Sin embargo, en la investigación con población adulta se han encontrado cuadros adicionales con componentes somatomorfos y conversivos, incluyendo fonofobia, glosodinia, globus faríngeo, disfagia, fagofobia, disfonía, afonía y laringoespasma⁴⁴.

En todos los cuadros revisados se ha demostrado algún correlato emocional y/o situacional que advierte posibles desencadenantes. No obstante, la falta de reflejo emocional, que en su grado mayor puede llegar a la “bella indiferencia”, sobre todo en cuadros afectivos crónicos, es también un indicador de psicopatología, lo que podría traducirse en una falta de preocupación por una patología física severa⁶. Esto se ejemplifica en algunos casos de estridor funcional, en que algunos niños demostraban niveles clínicos de ansiedad²¹ y en otros esta dimensión estaba ausente²². Otro aspecto de gran relevancia en el escenario pediátrico es la exploración de la historia familiar, tanto por el componente genético de los trastornos mentales como por el componente relacional, ya que hasta cierto punto del desarrollo, la regulación emocional infantil será dependiente de la regulación emocional de los padres, por lo que la psicopatología parental será reflejada en algún grado en sus hijos²⁶, al mismo tiempo que los hijos pueden aprender los síntomas de sus padres y emplearlos como medio de afrontamiento de conflictos⁶.

Se han reconocido múltiples desencadenantes del estridor funcional, entre ellos el reflujo, la rinitis crónica y la hiperventilación. No obstante, los factores psicológicos han adquirido un rol importante en la fisiopatología, ya que pueden afectar el control neural laríngeo¹⁸. De este modo, la aducción anormal de las cuerdas vocales podría ser primariamente psicológica hasta en un 70% de los casos⁴⁵,

siendo importante considerar en su diagnóstico diferencial la parálisis cordal, el asma, la presencia de granulomas o malacia de vía aérea^{46,47}. En su tratamiento, la psicoterapia cognitivo-conductual asociada a la terapia fonoaudiológica se han transformado en la primera línea terapéutica, poniendo énfasis en los aspectos psicosociales que puedan acompañar al cuadro¹⁸, ya que los estresores psicosociales son factores mantenedores de los TS y TC. Una revisión sistemática conducida por Guglani y cols.⁴⁸ en 2014, investigó la eficacia de las intervenciones psicológicas para el tratamiento de niños y adultos con estridor funcional. Se encontraron solo 16 artículos que analizaban los efectos de una intervención de este tipo. Las intervenciones más reportadas fueron psicoterapia cognitivo-conductual e hipnoterapia, incluyéndose igualmente psicofármacos ansiolíticos y antidepresivos. Debido a la alta heterogeneidad de los estudios incluidos y a la falta de reporte de estimadores de efecto, no se realizó un metaanálisis, pero sí un análisis cualitativo del riesgo de sesgo de los estudios, concluyendo que no existía evidencia suficientemente confiable que apoyara estas intervenciones. En efecto, esta revisión sistemática no encontró ensayos clínicos aleatorizados en el tema, el diseño metodológico que provee la mejor evidencia en cuanto al estudio de una intervención.

En los casos reportados de sordera psicógena, la sintomatología afectiva no fue observada sino hasta que se desarrolló la historia familiar del paciente^{26,27} o hasta que se estudiaron intencionadamente los fenómenos de esta esfera, como en el estudio de Yamamoto y cols.²⁵, quienes corroboraron que los niños con sordera psicógena y sus padres tenían rasgos autocríticos y autoexigentes y que la terapia psicológica otorgó una recuperación más rápida en los pacientes. Por otra parte, en niños y niñas, los trastornos del procesamiento auditivo suelen coexistir con condiciones como el trastorno por déficit atencional. Considerando que el procesamiento auditivo es complejo y multivariado, las pruebas de procesamiento auditivo están fuertemente afectadas por la inatención. Si bien estos trastornos no corresponden a TC o TS, deben considerarse como insumo al evaluar su posibilidad como diagnóstico diferencial²⁸.

El síndrome de Münchhausen que afecta al niño o niña propiamente tal es infrecuente en el campo de la otorrinolaringología, a diferencia de cuando los niños son afectados por un tercero que porta un trastorno facticio y que ejerce su poder sobre ellos. Por otro lado, nuestros resultados encontraron que el vértigo psicógeno sí es una causa frecuente de trastornos del equilibrio en niños, niñas y adolescentes, ubicándolo algunos estudios como segunda³⁹ o tercera⁴² etiología más frecuente. Desde la teoría sistémica se ha destacado el atender a la “funcionalidad del síntoma” en el sistema familiar, lo que implica incluir a la familia en la terapia, ya que el vértigo psicógeno sería un catalizador de los conflictos familiares. Por lo tanto, sumado a las intervenciones que consideren la elaboración emocional de información conflictiva implícita que no se ha expresado en palabras, la visión plural de la patología, a nivel familiar, es esencial⁴⁹.

El diagnóstico temprano puede implicar una diferencia significativa en la mejoría de pacientes con TS y TC⁵⁰. Es desafiante para el equipo tratante en cuanto exige el balance entre descartar rigurosamente una patología orgánica y no someter al niño o niña a un sinnúmero de pruebas diagnósticas, muchas veces invasivas, que deterioren la relación médico-paciente, sean una carga económica para la familia y el sistema de salud y sobre todo estresores adicionales para el paciente. El tratamiento y el pronóstico de los pacientes con TS y TC dependen, entre otros, de aspectos sensibles como la relación tratante-paciente. En la toma de decisiones terapéuticas deben participar todas las partes, de modo de permitir el sentido de agencia del paciente y la responsabilidad sobre la gestión de sus emociones y su cuerpo. Esto incluye una comunicación asertiva, respetuosa y honesta, tanto con el/la paciente como con la familia, incorporando aspectos psicoeducativos de los TS y TC, desórdenes que desafían el entendimiento de un adulto y en mayor medida el de un niño o niña.

A diferencia de lo observado en población adulta, la población infantojuvenil tiene un pronóstico bastante favorable, el que incluye la resolución espontánea en múltiples casos²⁷. Sin embargo, contemplando la perspectiva funcional del síntoma, las manifestaciones somatomorfos y conversivos son también

una oportunidad para identificar, clarificar y resolver conflictos más profundos que puedan estar a la base, como se ha dejado entrever en muchos de los estudios sintetizados en este artículo.

Las intervenciones psicológicas en TS y TC en otorrinolaringología pediátrica se han basado mayoritariamente en estudios observacionales como reportes y series de caso y en estudios de cohorte, sobre todo retrospectivos, analizando asociaciones a partir de lo evidenciado empíricamente en la práctica. Esto no quiere decir que las intervenciones no sean eficaces, sino que es necesario probarlas mediante estudios experimentales que provean de un mayor nivel de evidencia al respecto, sobre todo en población infantojuvenil en donde las investigaciones son incluso más escasas. No obstante, existen certezas en cuanto a los TS y TC en otorrinolaringología: los niños, niñas y adolescentes que padecen estos desórdenes no son simuladores; el diagnóstico no es puramente psiquiátrico: requiere de otorrinolaringólogos capaces de identificar y descartar las posibles causas médicas de estos síntomas; se acompañan de un trasfondo emocional y contextual que siempre hay que explorar; tienen tratamiento y en general buen pronóstico. Por todo esto, es necesario conocerlos para poder identificarlos y enfrentarlos desde una perspectiva multidisciplinaria.

Bibliografía

1. Trimble M, Reynolds EH. A brief history of hysteria: From the ancient to the modern. *Handb Clin Neurol*. 2016;139:3-10.
2. Arancibia M, Sepúlveda E, Martínez-Aguayo J, Behar R. Estado actual de los trastornos somatomorfos y conversivos en niños y adolescentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2016;54(2):151-161.
3. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington; 2013.
4. Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J, Aybek S. Conversion, factitious disorder and malingering: A distinct pattern or a continuum? *Front Neurol Neurosci*. 2017;42:72-80.
5. Parodi M, Rouillon I, Rebours C, Denoyelle F, Loundon N. Childhood psychogenic hearing loss: Identification and diagnosis. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2017;134(6):415-418.

6. Ali S, Jabeen S, Pate R, et al. Conversion disorder- Mind versus body: A review. *Innov Clin Neurosci*. 2015;12(5-6):27-33.
7. Verhaeghe P, Vanheule S, De Rick A. Actual neurosis as the underlying psychic structure of panic disorder, somatization, and somatoform disorder: an integration of Freudian and attachment perspectives. *Psychoanal Q*. 2007;76(4):1317-1350.
8. Grieser J. The body as a third - Processes of psychosomatic triangulation using the example of adolescence. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2010;59(2):140-158.
9. Diseth TH. Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma--an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nord J Psychiatry*. 2005;59(2):79-91.
10. Kienle J, Rockstroh B, Bohus M, Fiess J, Huffziger S, Steffen-Klatt A. Somatoform dissociation and posttraumatic stress syndrome - two sides of the same medal? A comparison of symptom profiles, trauma history and altered affect regulation between patients with functional neurological symptoms and patients with PTSD. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):248.
11. Kozłowska K. Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;26(5):485-492.
12. Harvey SB, Stanton BR, David AS. Conversion disorder: Towards a neurobiological understanding. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006;2(1):13-20.
13. Browning M, Fletcher P, Sharpe M. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosom Med*. 2011;73(2):173-184.
14. Kozłowska K. Good children with conversion disorder: Breaking the silence. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2003;8(1):73-90.
15. Caulley L, Kohlert S, Gandy H, Olds J, Bromwich M. When symptoms don't fit: A case series of conversion disorder in the pediatric otolaryngology practice. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;47(1):39.
16. Vasudev M. Evaluation of paradoxical vocal fold motion. *Ann Allergy, Asthma Immunol*. 2012;109(4):233-236.
17. Ibrahim WH, Gheriani HA, Almohamed AA, Raza T. Paradoxical vocal cord motion disorder: Past, present and future. *Postgrad Med J*. 2007;83(977):164-172.
18. Powell SA, Nguyen CT, Gaziano J, Lewis V, Lockey RF, Padhya TA. Mass psychogenic illness presenting as acute stridor in an adolescent female cohort. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2007;116(7):525-531.
19. Rogers JH, Stell PM. Paradoxical movement of the vocal cords as a cause of stridor. *J Laryngol Otol*. 1978;92(2):157-158.
20. Rodenstein DO, Francis C, Stănescu DC. Emotional laryngeal wheezing: A new syndrome. *Am Rev Respir Dis*. 1983;127(3):354-356.
21. LaRouere MJ, Koopmann CF. Non-organic stridor in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1987;14(1):73-77.
22. Ophir D, Katz Y, Tavori I, Aladjem M. Functional upper airway obstruction in adolescents. *Arch Otolaryngol Neck Surg*. 1990;116(10):1208-1209.
23. Pracy JP, Walsh RM, Mephram GA, Bowdler DA. Childhood pseudohypacusis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1996;37(2):143-149.
24. Schmidt C-M, am Zehnhoff-Dinnesen A, Matulat P, Knief A, Rosslau K, Deuster D. Nonorganic hearing loss in children: Audiometry, clinical characteristics, biographical history and recovery of hearing thresholds. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2013;77(7):1190-1193.
25. Yamamoto M, Kanzaki J, Ogawa K, Asano K. Psychological aspects of psychogenic deafness in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1991;21(2):113-120.
26. Rotenberg BW, Makhija M, Papsin BC. Conversion disorder in a child presenting as sudden sensorineural hearing loss. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2005;69(9):1261-1264.
27. Carlson ML, Archibald DJ, Gifford RH, Driscoll CLW. Conversion disorder: A missed diagnosis leading to cochlear reimplantation. *Otol Neurotol*. 2011;32(1):36-38.
28. Baguley DM, Cope TE, McFerran DJ. Functional auditory disorders. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016;367-378.
29. Yucel EA, Keles N, Arami K, Orhan S, Deger K. Munchausen's syndrome: A case report with multiple symptoms. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;124(5):595-597.
30. Bath AP, Murty GE, Gibbin KP. Munchausen syndrome by proxy: Otolaryngologists beware! *J Laryngol Otol*. 1993;107(2):151-152.
31. Mra Z, MacCormick JA, Poje CP. Persistent cerebrospinal fluid otorrhea: A case of Munchausen's syndrome by proxy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1997;41(1):59-63.
32. Di Biase P, Timmis H, Bonilla JA, Szeremeta W, Post JC. Munchausen syndrome by proxy complicating ear surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1996;122(12):1377-1380.
33. Pavez M, Villanueva M, Middleton F, Cevo J, Papuzinski C. Síndrome de Münchhausen por poder en otorrinolaringología. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello*. 2016;76(2):231-235.
34. Zohar Y, Avidan G, Shvili Y, Laurian N. Otolaryngologic cases of Munchausen's syndrome. *Laryngoscope*. 1987;97(2):201-203.
35. Bourchier D. Bleeding ears: Case report of Munchausen syndrome by proxy. *J Paediatr Child Health*. 1983;19(4):256-257.
36. Magnay AR, Debelle G, Proops DW, Booth IW. Munchausen syndrome by proxy unmasked by nasal signs. *J Laryngol Otol*. 1994;108(4):336-338.

37. Ashraf N, Thevasagayam MS. Munchausen syndrome by proxy presenting as hearing loss. *J Laryngol Otol.* 2014;128(6):540-542.
38. Staab JP, Eckhardt-Henn A, Horii A, et al. Diagnostic criteria for persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): Consensus document of the committee for the classification of vestibular disorders of the barany society. *J Vestib Res Equilib Orientat.* 2017;27(4):191-208.
39. Gruber M, Cohen-Kerem R, Kaminer M, Shupak A. Vertigo in children and adolescents: Characteristics and outcome. *Sci World J.* 2012;2012:109624.
40. Erbek SH, Erbek SS, Yilmaz I, et al. Vertigo in childhood: A clinical experience. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2006;70(9):1547-1554.
41. Riina N, Ilmari P, Kentala E. Vertigo and imbalance in children: A retrospective study in a Helsinki University otorhinolaryngology clinic. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;131(11):996-1000.
42. Lee JD, Kim CH, Hong SM, et al. Prevalence of vestibular and balance disorders in children and adolescents according to age: A multi-center study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2017;94:36-39.
43. Emiroğlu FNI, Kurul S, Akay A, Miral S, Dirik E. Assessment of child neurology outpatients with headache, dizziness, and fainting. *J Child Neurol.* 2004;19(5):332-336.
44. Decot E. Therapeutic methods for psychosomatic disorders in oto-rhino-laryngology. *GMS Curr Top Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2005;4:21.
45. Forrest LA, Husein T, Husein O. Paradoxical vocal cord motion: Classification and treatment. *Laryngoscope.* 2012;122(4):844-853.
46. Niggemann B. How to diagnose psychogenic and functional breathing disorders in children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol.* 2010;21(6):895-899.
47. Haines J. Diagnosing and treating vocal cord dysfunction. *Nurs Times.* 2011;107(42):18-20.
48. Guglani L, Atkinson S, Hosanagar A, Guglani L. A systematic review of psychological interventions for adult and pediatric patients with vocal cord dysfunction. *Front Pediatr.* 2014;2:82.
49. Romero M, García M, Morer A, et al. El trastorno conversivo infantil desde una orientación sistémico-experiencial: a propósito de un caso. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv.* 2017;34(4):392-399.
50. Krasnik C, Grant C. Conversion disorder: Not a malingering matter. *Paediatr Child Health.* 2012;17(5):246.