



## ***Dolor: “Cajón de sastre”*** ***Pain: a “hotchpotch”***

A. Vela de Toro<sup>1</sup>, M. Guerrero-Jiménez<sup>2</sup> e I. Vela de Toro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>FEA Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

<sup>2</sup>FEA Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Comunitaria. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada.

<sup>3</sup>Terapeuta Ocupacional. Centro Geriatric XXI. Granada

**Palabras clave:** Esquizofrenia, dolor, lumbalgia, opiáceos, adicción.

### **INTRODUCCIÓN**

La prevalencia estimada de patología dual en centros de tratamiento de adicciones es del 40 %. Se trata de un tipo de paciente especialmente complejo en el que realizar un buen diagnóstico diferencial es un elemento clave en el tratamiento. Además, en este caso, un cuadro de “dolor crónico” enmascara la sintomatología psiquiátrica y adictiva desde el inicio.

### **CASO CLÍNICO**

Presentamos el caso de un varón de 39 años que acude a Centro de Adicciones por consumo abusivo de analgésicos opiáceos.

#### **Antecedentes personales**

Psicobiografía. Es el pequeño de 5 hermanos. Comenzó (8 o 9 años) a “trabajar” en la frutería familiar ayudando a su madre. Terminó estudios primarios y comenzó a trabajar en el campo. Con 21 años inició Servicio Militar y, durante el mismo, tomó contacto con las drogas (heroína y cannabis). A los pocos meses comenzó a sentir dolor (punzadas) en la espalda, “dolor” que unos cuatro años después refiere le “obligó” a dejar de trabajar porque era “insoportable”. En ese contexto, comenzó a realizar un uso abusivo de medicación analgésica, sobre todo “tramadol”. Posteriormente cumplió

una condena de 2 años y medio de prisión por delitos continuados de robo con fuerza.

#### **Antecedentes médicos**

Según el informe de derivación desde AP, desde hace algunos años (aproximadamente 10), se ha derivado a consultas con distintos especialistas (cardiología, neurología, traumatología, reumatología y neurología) por quejas somáticas inespecíficas sin hallazgos patológicos tras múltiples estudios. En último lugar, había sido remitido a la Unidad del Dolor ya que, según refería el paciente, la analgesia pautada no le era suficiente. Allí clasificaron el dolor como de características atípicas y con un importante componente psicológico, diagnosticando al paciente de una posible adicción a opiáceos e indicando la derivación al centro de atención a las adicciones.

#### **Anamnesis y exploración**

Durante la valoración inicial en el centro de adicciones se constata que el paciente realiza un uso abusivo de estimulantes (consumo excesivo de café y bebidas energéticas), analgésicos de tipo opioide (tramadol), alcohol y, en las últimas semanas, parches transdérmicos de fentanilo pautados por el médico de familia a su madre, de quien en ese momento es el cuidador principal.

Recibido: 27-09-2016

Aceptado: 28-09-2016

Durante las primeras evaluaciones, se diagnostica al paciente de un cuadro de adicción a opiáceos y se comienza tratamiento de deshabituación. Sin embargo, durante las entrevistas, se aprecian ciertos elementos paranoides en el discurso, por lo que se remite a la unidad de salud mental comunitaria.

### Evolución

Finalmente, durante la evaluación que realizan en salud mental, se aprecia que bajo las quejas físicas referidas existe un sistema delirante complejo y muy estructurado de largo tiempo de evolución, que ha ido siendo enmascarado y enriquecido durante diez años de consultas médicas múltiples. El cuadro psicótico es compatible con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide (F20.0).

Exploración psicopatológica en Salud Mental. El sistema delirante gira en torno a ser controlado mediante nanotecnología a través de la inyección en su cuerpo de elementos tecnológicos nanoscópicos (a los que llama nanotrocitos y nanorrobots), siendo esta manipulación la que da lugar a los síntomas físicos por lo que viene consultando: ahogo, taquicardias, dolor de espalda, cefaleas... Existe una elaboración delirante de perjuicio y megalomaníaca en torno a esta idea central. Presenta, además, alucinaciones cenestésicas muy floridas ("calambres, hormigueos"...), que también son incluidas como parte del delirio. Repercusión emocional y conductual marcadas, como constatan las consultas médicas, el hecho de que pasa gran cantidad de su tiempo investigando acerca de la nanotecnología y la angustia asociada a la idea, que parece estar en la base del consumo abusivo de alcohol que en ese momento presentaba de manera comórbida. Presentaba también alucinaciones auditivas en forma de voces que comentan sus actos y profieren insultos, que interpreta como originadas en un "chip" que los que están experimentando con él han instalado en su cerebro. Se objetivaban también síntomas negativos de la enfermedad (afecto inadecuado, risas inmotivadas, apato-abulia), apragmatismo, desorganización conductual y deterioro en el nivel de funcionamiento socio-laboral.

### Tratamientos

En salud mental se inicia tratamiento con olanzapina 10 mg incrementándose paulatinamente la dosis a 20 mg. La intensidad del delirio y la resonancia afectiva del mismo disminuyen, aunque el delirio permanece.

Ante el uso progresivo y perjudicial de opiáceos, alcohol y estimulantes que están solo parcialmente relacionados con la sintomatología psiquiátrica y las reacciones de dependencia y abstinencia que ha tenido en el pasado cuando ha hecho uso excesivo de estas sustancias, se continúa el tratamiento de forma paralela en centro de adicciones para deshabituación a opiáceos.

### Juicios diagnósticos

El caso presentado podría encuadrarse como una adicción a opiáceos con posterior debut de esquizo-

frenia paranoide (F20.0) cuya sintomatología delirante, unida a la adicción y abstinencia a opiáceos, se encuadra en un primer lugar como un cuadro de dolor crónico resistente al tratamiento analgésico pero que finalmente da la cara como un delirio en el que las quejas a nivel somático no son otra cosa que somatizaciones ansiosas e interpretaciones delirantes del dolor y la abstinencia producida por la adicción a los opiáceos.

1. Dolor lumbar crónico atípico e inespecífico.
2. Adicción a opiáceos.
3. Consumo perjudicial de alcohol.
4. Esquizofrenia paranoide.

### DISCUSIÓN CLÍNICA Y CIENTÍFICA BREVE

En el caso que presentamos es importante destacar los factores psicológicos que se asocian al dolor.

Por una parte, los procesos cognitivos. Se ha descrito que procesos cognitivos, como por ejemplo las evaluaciones y las creencias acerca del dolor, influyen sobre el grado de discapacidad que presentan los pacientes con dolor lumbar crónico, como es el caso de nuestro paciente. Se ha descrito, además, que pacientes en los que no se identifica claramente el origen anatómico del dolor (lumbago crónico inespecífico) se perciben a sí mismos con una baja capacidad de autoeficacia y una pobre percepción de control sobre las situaciones. Además, tienden a presentar expectativas catastróficas frente a situaciones problema, ya sea el dolor lumbar u otras. Además, pacientes con dolor lumbar crónico atípico o inespecífico afrontan situaciones problemáticas en general, no solo el dolor, usando preferentemente estrategias de afrontamiento de tipo emocional, como evitación, autocolpa y pensamiento mágico.

Por otra parte, existe posible psicopatología subyacente o sobreañadida a los cuadros de dolor. Es importante detectar la presencia de síntomas emocionales en su relación con el dolor, ya sea como un factor precipitante, contribuyente o como una consecuencia de este; además, en casos como el que nos ocupa, también es importante buscar un cuadro psiquiátrico subyacente que pueda dar explicación a un tipo de dolor inespecífico, atípico y mantenido, que no presenta mejora alguna con el tratamiento.

Por último, es importante destacar, la posibilidad de que se desarrolle una adicción con un tratamiento mantenido con opiáceos y más aún si existen antecedentes de conductas adictivas.

Por último, destacar conceptos como "conducta de enfermedad" para estudiar la forma en la que los individuos experimentan y responden a su estado de salud. Se trataría de pacientes con una alta "convicción de enfermedad" y "negación de síntomas psicológicos", lo que significa que en estos pacientes con dolor crónico existiría la tendencia a negar la contribución de los factores emocionales a su dolor y a tener una convicción rígida de enfermedad somática que, en el caso de nuestro paciente, era interpretada de forma delirante.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

1. Natrass CL, Nitschke JE, Disler PB, Chou MJ, Ooi KT. Lumbar Spine range of motion as measure of physical and functional impairment. *Clin Rehabil* 1999;13:211-8.
2. Graff-Guerrero A. El dolor en la psiquiatría: causa frecuente de atención. *Salud mental* 2001;24(6):1-3.
3. Subramaniam M, Vaingankar JA, Abdin E, Chong SA. Psychiatric morbidity in pain conditions: Results from the Singapore Mental Health Study. *Pain research & management : the journal of the Canadian Pain Society = journal de la société canadienne pour le traitement de la douleur* 2013;18(4):185-90. Epub 2013/08/131.
4. Strain E. Opioid use disorder: Epidemiology, pharmacology, clinical manifestations course, screening, assessment, and diagnosis. Uptodate; 2015.
5. Becker W, Starrels J. Prescription drug misuse: Epidemiology, prevention, identification, and management. Uptodate, 2015.9. Sadock Sadock Ruiz. Sinopsis de psiquiatría: Ciencias del comportamiento/ Psiquiatría clínica. Decimoprimer edición; 2015. p. 659-66.
6. Kosten T, George T. The neurobiology of opioid dependence: Implications for treatment. *Science and practice perspective* 2002;1(1):13-20.
7. Weaver M, Hopper J. Medically supervised opioid withdrawal during treatment for addiction. Uptodate, 2015. Strain E. Pharmacotherapy for opioid use disorder.