

Disfunción auditiva funcional (Síndrome de King-Kopetksy) asociada a un trastorno depresivo mayor

Dr. Andrés Heerlein

Introducción

La hipoacusia es un trastorno eminentemente otomolaringológico, que sólo ocasionalmente requiere una evaluación de un especialista en psiquiatría. Sin embargo, ya en el siglo diecinueve los textos de neuropsiquiatría hacen mención de trastornos funcionales de la audición asociados a determinadas enfermedades psiquiátricas.¹ Desde las descripciones originales de Charcot y de Freud, numerosos autores han puesto énfasis en el carácter histriónico de esta pseudoalteración sensorial.² Sin embargo, son muy escasos los autores que han investigado las asociaciones que pudieran existir entre la hipoacusia funcional y los trastornos del ánimo.

Durante las dos guerras mundiales del pasado siglo se publicaron numerosos trabajos clínicos de sordera psicogénica.¹ Durante la segunda guerra mundial se llegó a describir una prevalencia de 10 a 15% en los soldados norteamericanos. La mayoría de los pacientes afectados presentaban un perfil de personalidad premórbida con altos índices de neuroticismo, desencadenándose el trastorno funcional en relación con las experiencias traumáticas vividas en el campo de batalla.¹ En períodos de paz las hipoacusias funcionales serían infrecuentes, presentándose principalmente en personas lábiles o vulnerables, en algunas formas de psicopatía o en sujetos con distonías vegetativas. En niños también se ha descrito una hipoacusia funcional acompañada de confabulaciones y conflictos afectivos, que generalmente esta destinada a obtener mayor atención. De acuerdo con Stabenow¹ se deben distinguir dos formas de hipoacusia funcional: la hipoacusia puramente psicogénica, en la cual es esperable una restitución ad integrum y una hipoacusia psicoorgánica donde se combinan los factores somáticos con factores funcionales. En la década de los ochenta se describió el Síndrome de King-Kopetzky^{3,4} caracterizado por una disfunción auditiva bilateral en presencia de un examen auditivo normal. En forma característica estos pacientes refieren una dificultad para escuchar el lenguaje verbal junto a la presencia de un ruido de fondo. Este síndrome ha sido asociado a factores familiares, psicosociales y a ansiedad somática.^{4,5,6} A continuación presentamos un caso de hipoacusia funcional crónica que se acompaña de

sinomatología depresiva y que responde parcialmente a la terapia antidepressiva.

Descripción Clínica

Anamnesis Próxima

G.P.T., es una paciente de 48 años de edad, sexo femenino, dueña de casa, casada, madre de tres hijos. Refiere haber iniciado su cuadro clínico en 1984 luego del fallecimiento muy cercano de ambos padres. Seis meses después de este sensible hecho se siente invadida por "ruidos" continuos en ambos oídos, siendo su hermana la primera en constatar hipoacusia. Entre otros síntomas la paciente habría sentido "ruidos persistentes y electricidad o cosquillas en la cabeza." Consulta a un otorrinolaringólogo quien no logra objetivar el trastorno. Se realiza VDRL (examen serológico para detectar Sífilis) que resulta negativo. En 1989 su sintomatología se exacerba tras constatar infidelidad del marido. Este hecho conduce a un diagnóstico preliminar de "depresión" tratado por un especialista durante 6 meses con benzodiazepinas. Desde 1990 la paciente comienza a trabajar como docente para una institución de madres solteras donde dice sentirse muy a gusto. Durante este período se le habría quitado la sordera "ya que me sentía súper bien," dice la paciente. En 1994 termina su actividad docente tras lo cual regresan los ruidos fuertes y la hipoacusia acompañada de mucha tensión. En 1995 sufre "tremendos ruidos en la cabeza y cefalea" señalando que "era como si tuviera una máquina de soldar en mi cabeza." Consulta nuevamente a un otorrinolaringólogo quien le habría señalado que su problema no tendría solución.

En 1996 la paciente es derivada al policlínico de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile con los diagnósticos de depresión severa e hipoacusia severa ingresando al programa de atención especializada de trastornos afectivos. A su ingreso se constata primordialmente alteraciones subjetivas de la audición, que la paciente describe como "dificultad para escuchar mensajes verbales" y "diferentes tipos de ruidos maquinales que entorpecen el pensar y la conducta." Junto a estos ruidos se constata ánimo depresivo, falta de impulso, sentimientos de soledad, sentimiento de culpa, disminución de peso, anorexia, anhedonia, angustia e insomnio de continuación. Los "ruidos" también se presentarían de noche.

La paciente se encuentra desde esa fecha bajo el cuidado de nuestra unidad terapéutica.

Anamnesis Remota

Embarazo y parto

Nace a los nueve meses, parto normal.

Desarrollo psicomotor y educacional

Crece en un ambiente de familia armónico, sin distorsiones importantes. La paciente es la cuarta hija, creciendo junto a sus padres en una comunidad rural. A partir del quinto año básico es enviada interna a un colegio religioso de La Serena. Refiere haber sido sobreprotegida por sus padres. Las humanidades las realiza en Santiago donde presenta algunas alteraciones en sus contactos sociales, relatando "mal genio." Al finalizar el seminario contrae matrimonio civil con su actual marido.

Antecedentes gineco-obstétricos

Tuvo tres embarazos con tres partos eutócicos; probable preclampsia durante los embarazos.

Antecedentes mórbidos

Tiene alergias a múltiples y variados alérgenos.

Antecedentes familiares

No hay antecedentes psiquiátricos.

Historia marital

La paciente refiere una vida marital insatisfactoria desde sus inicios. Se casa precoz y casi anónimamente, en forma civil, sin el consentimiento de los padres. El marido la priva de una ceremonia religiosa o social. Durante los nacimientos de sus hijos dice haber estado sola, ya que su marido generalmente trabaja. La paciente refiere: "mi vida matrimonial me dio tres hijos maravillosos y un marido que puede andar una o dos semanas muy tranquilo, pero que luego estalla. Me molesta, pelea o me deja sola, yo le contesto o no le hago caso. No tenemos amigos comunes. Él nunca invita a nadie a casa. En varias oportunidades he sufrido las consecuencias de su infidelidad. Sin embargo, siempre lo he perdonado."

Examen físico y neurológico

Tiene obesidad leve, sin alteraciones médicas. Hipoacusia bilateral significativa que dificulta y entorpece continuamente la comunicación, oscilante, no objetivable.

Examen psicopatológico

Presentación adecuada, conducta verbal alterada por hipoacusia. Conducta no verbal ajustada a la situación de entrevista. Orientada en tiempo y espacio, sin trastornos de la atención, concentración o memoria. El pensamiento formal aparece enlentecido y empobrecido con algunas rumiaciones. La paciente niega alteraciones del contenido del pensamiento, alucinaciones o trastornos del yo. En la línea depresiva se constata rigidez emocional, depresividad, déficit de los impulsos, labilidad emocional, ansiedad, llanto fácil y anhedonia. Hay insomnio de continuación y despertar precoz. Existe clara conciencia de enfermedad como así también de la sintomatología depresiva y sus causales.

La personalidad previa aparece como ajustada con elementos de introversión, rigidez, infantilismo,

dependencia, baja tolerancia a las frustraciones, alexitimia y obsesividad. Ocasionalmente se aprecian atisbos de agresividad encubierta que no alcanzan plenamente la esfera verbal. No se constata evidentes rasgos histriónicos, inestables o de gran labilidad emocional.

Examen de laboratorio

Hemograma y perfil bioquímico dentro de límites normales. Potenciales evocados auditivos dentro de límites normales.

Interconsultas

El examen otorrinolaringológico no constata alteración orgánica. Los potenciales evocados auditivos son normales. Una evolución neuropsicológica comprueba un defecto de comprensión auditiva (fluctuante) y un defecto de concentración. Este examen postula el diagnóstico de una Pseudodemencia Histérica.

Diagnóstico

Desde el punto de vista descriptivo se constata la presencia de un Trastorno Depresivo Unipolar Atípico, acompañado de una Hipoacusia Bilateral sin fundamento orgánico.

Tratamiento y evolución

Inicialmente la paciente fue tratada con amitriptilina hasta 125mg por día. Posteriormente se mantuvo con 150 mg de amitriptilina y 20 mg de citalopram al día. Gracias a esta combinación se obtuvo una franca mejoría de la sintomatología depresiva, manteniendo la estabilidad, incluso durante la reagudización de los conflictos maritales. La sintomatología auditiva regresó en forma significativa con este tratamiento, lo que es corroborado por sus familiares directos. Gracias a un contacto regular, dentro del marco de una psicoterapia interpersonal, la paciente reasumió responsabilidades laborales y actividad social. Actualmente se mantiene con 20 mg de citalopram. Ocasionalmente confiesa seguir sintiendo "ruidos," particularmente en relación a situaciones estresantes. El sueño se ha normalizado, hay franco aumento del apetito y un estado anímico satisfactorio.

Tabla 1

Diagnósticos DSM-IV

Eje I	Depresión Mayor Cronificada Atípica Trastorno somatomorfo diferenciado (Hipoacusia bilateral)
Eje II	Trastorno de Personalidad Mixto con rasgos dependientes, ansiosos y obsesivos
Eje III	Obesidad
Eje IV	Conflictos maritales severos
Eje V	GAF=55%

DSM-IV=Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición

Heerlein A. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 2. Núm 3. 2002.

Discusión

El presente trabajo ilustra la concurrencia sintomatológica de un trastorno depresivo con una hipoacusia bilateral sin fundamento orgánico. La utilidad del examen de potenciales evocados auditivos queda particularmente evidenciada en el

presente caso, en el cual los síntomas subjetivos de la paciente no pudieron ser objetivados mediante esta metodología de exploración clínica. Son principalmente los potenciales auditivos precoces (de tronco) los que han demostrado una particular sensibilidad para poder discriminar las diferentes formas de Hipoacusia.

En el caso presentado, la vía acústica se encuentra indemne al menos hasta el nivel de la corteza auditiva primaria. Los ruidos reportados por la paciente deben originarse entonces después de este trayecto, vale decir en la corteza de asociación secundaria o terciaria. Esto supone la presencia de una alteración auditiva de origen puramente cortical asociado, lo que colinda con los conceptos relacionados a las pseudopercepciones psicóticas. Sin embargo, nos parece estar frente más bien a la descripción de un problema de interferencia atencional central, que es vivenciada como un problema auditivo primario. Resulta particularmente interesante estudiar las probables relaciones que existan entre este fenómeno y las interferencias descritas por los pacientes psicóticos. Los potenciales evocados son particularmente útiles en la determinación de la zona del sistema nervioso que está comprometida en las alteraciones de las distintas formas de percepción. Podemos concluir entonces que este tipo de examen es de singular relevancia para el diagnóstico diferencial de los pacientes psiquiátricos que presenten alteraciones sensoriales subjetivas.

La favorable respuesta obtenida tras el tratamiento depresivo apoya sólidamente el diagnóstico original de un trastorno depresivo mayor. No obstante, es necesario reconocer las características atípicas y reactivas de dicho trastorno, confluyendo en la esfera sintomatológica con un

trastorno somatoforme diferenciado.

Como ya señaláramos en la introducción, numerosos autores describieron previamente alteraciones funcionales de la audición con relación a traumas psicosociales. Para algunos de estos autores se trataría eminentemente de un fenómeno conversivo, mientras que otros han sugerido la presencia de sintomatología depresiva enmascarada. El presente caso sugiere que la hipoacusia cumple una función psicológicamente rentable en términos de la conflictiva vida marital de la paciente. La literatura especializada de los últimos años sólo registra la descripción de casos similares bajo el rótulo del Síndrome de King-Kopetzky, pero no se ha establecido aún un vínculo con un trastorno depresivo.^{4,5,6} Las características eminentemente alexitimicas del presente caso nos orientan más bien hacia el ámbito de lo depresivo enmascarado, especialmente al considerar la persistencia de los síntomas y la escasez de rasgos histriónicos en este caso. Finalmente, debemos considerar la significativa remisión de los síntomas "somáticos" de la paciente en relación con el tratamiento antidepressivo. **PSI**

Referencias

1. Stabenow I: Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. In: *Psychosomatik. Psychologie des 20. Jahrhunderts*. 2nd ed. Kindlers PH, ed. Weinheim und Basel, Germany: Beltz Verlag; 1983.
2. Freud S. *Hysterie und Angst*. 6th ed. Mitscherlich A, Richards A, Strachey J, eds. *Studienausgabe* Frankfurt am Main, Germany: Fischer Taschenbuch Verlag; 1982:227-311.
3. King K, Stephens D. Auditory and psychological factors in 'auditory disability with normal hearing.' *Scand Audiol*. 1992;21:109-114.
4. Zhao F, Stephens D. Subcategories of patients with King-Kopetzky syndrome. *Br J Audiol*. 2000;34:241-256.
5. Stephens D, Zhao F. The role of a family history in King Kopetzky Syndrome (obscure auditory dysfunction). *Acta Otolaryngol*. 2000;120: 197-200.
6. Zhao F, Stephens D. Audioscan testing in patients with King-Kopetzky syndrome. *Acta Otolaryngol*. 1999;119:306-310.

La Asociación Psiquiátrica de América Latina y la Asociación Psiquiátrica de Guatemala les invitan al:



XII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría y el XIII Congreso Nacional de Psiquiatría

Este evento se realizará en la Ciudad de Guatemala entre el 10 y el 13 de julio de 2002. Su Comité Organizador se prepara para ofrecer a los participantes lo mejor en materia académica, social y cultural que este país alberga. El tema del evento es "Estilos de Vida Saludables," con lo que el Comité Organizador quiere enfatizar el enfoque comprensivo de la salud mental que prima en el momento actual en la región.