



Propuestas acerca de los trastornos funcionales: ¿disautonomía?

García Frade-Ruiz LF

Resumen

INTRODUCCIÓN: los trastornos funcionales se han reconocido a través del tiempo de manera segmentaria y, por tanto, de manera incompleta, desde su diagnóstico hasta su tratamiento. Ejemplos de estos trastornos los constituyen: la migraña, el síndrome de colon irritable, la discinesia vesicular, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la vejiga irritable, el síndrome de prolapso de la válvula mitral, la intolerancia ortostática, la taquicardia postural ortostática, el síncope vasovagal o, en conclusión, la hoy llamada disautonomía.

PROPUESTAS: los trastornos funcionales, como el síndrome llamado disautonomía, podrían tener su origen en las respuestas rápidas y poco apropiadas que la amígdala realiza ante ciertos estímulos en relación con la memoria emocional. Se propone nombrar a estos trastornos "síndrome de respuesta disfuncional (REDIS), con el fin de evitar errores diagnósticos en los casos de disautonomía secundaria. Se propone, además, establecer el diagnóstico clínico de estos padecimientos y seleccionar tan sólo aquéllos para la prueba de inclinación en caso de poca respuesta al tratamiento inicial, en donde, los inhibidores de la recaptura de serotonina parecen controlar adecuadamente los síntomas.

PALABRAS CLAVE: trastornos funcionales, disautonomía, memoria emocional, síndrome de respuesta disfuncional, REDIS.

Med Int Méx. 2017 November;33(6):813-817.

Proposals about functional disorders: dysautonomia?

García Frade-Ruiz LF

Abstract

INTRODUCTION: Functional disorders have been recognized over time in a segmental way, and therefore, incompletely, from diagnosis to treatment. Examples of such disorders are: migraine, irritable bowel syndrome, biliary dyskinesia, fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, irritable bladder, mitral valve prolapse syndrome, orthostatic intolerance, orthostatic postural tachycardia, vasovagal syncope or, in conclusion, the so-called dysautonomia.

PROPOSALS: Functional disorders, such as the syndrome called dysautonomia, could have its origin in the rapid and inappropriate

Medicina Interna, Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México.

Recibido: 10 de junio 2017

Aceptado: septiembre 2017

Correspondencia

Dr. Luis Fernando García Frade Ruiz
doctorfrade@gmail.com

Este artículo debe citarse como

García Frade-Ruiz LF. Propuestas acerca de los trastornos funcionales: ¿disautonomía? Med Int Méx. 2017 nov;33(6):813-817.

DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v33i6.1493>

responses that the amygdala makes before certain stimuli in relation to emotional memory. It is proposed to name such disorders as “dysfunctional response syndrome (REDIS)”, in order to avoid diagnostic errors in cases of secondary dysautonomia. In addition, it is proposed to establish a clinical diagnosis of these conditions and to select only those for the tilt test in case of poor response to the initial treatment, where the serotonin reuptake inhibitors seem to perform an adequate control of the symptoms.

KEYWORDS: functional disorders; dysautonomia; emotional memory; dysfunctional response syndrome (REDIS)

Medicina Interna, Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México.

Correspondence

Dr. Luis Fernando García Frade Ruiz
doctorfrade@gmail.com

ANTECEDENTES

Los trastornos funcionales se han reconocido a través del tiempo de manera segmentaria y, por tanto, de manera incompleta, desde su diagnóstico hasta su tratamiento. Esta segmentación y, por tanto, los diagnósticos incompletos han sido en gran parte por la existencia de las múltiples especialidades médicas y la falta de una medicina verdaderamente integral. Ejemplo de estos trastornos los constituyen: la migraña, el síndrome de colon irritable, la discinesia vesicular, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la vejiga irritable, el síndrome de prolapso de la válvula mitral, la intolerancia ortostática, la taquicardia postural ortostática, el síncope vasovagal o, en conclusión, la hoy llamada disautonomía^{1,2} y quizá el trastorno de déficit de atención y la disfunción del esfínter de Oddi.³

Estos trastornos suelen compartirse en mayor o menor grado en todos los pacientes, varían la frecuencia y la intensidad de los mismos, lo que genera la teoría de una causa compartida.

En este escrito se menciona una teoría respecto de su origen, así como algunas propuestas prácticas acerca de su diagnóstico y tratamiento.

Evolución de la llamada disautonomía

En 2006 publicamos un artículo llamado “Intolerancia ortostática” en la revista *Medicina Interna de México*, en el que, desde entonces, integramos la asociación entre las distintas disfuncionalidades existentes,¹ incluyendo las condiciones psiquiátricas frecuentes, como la depresión, la ansiedad y los ataques de pánico, en lo que podría llamarse un síndrome llamado disautonomía. En ese mismo artículo, y siendo en ese entonces un síndrome poco reconocido por los médicos, comenzaba a ir en aumento la realización de las pruebas de inclinación; sin embargo, estas últimas se limitaban en la mayoría de los casos al estudio de los pacientes con síncope. En esa misma publicación propusimos una clasificación de acuerdo con las características del paciente para facilitar el diagnóstico clínico y lograr el acercamiento al subtipo de respuesta disautonómica, además de postular la teoría de que probablemente el origen de ese síndrome disfuncional podría encontrarse en la memoria emocional.¹ Posteriormente en 2013 desarrollamos el estudio REDIS (respuesta disfuncional), que tuvo como objetivo conocer la epidemiología de ese síndrome en nuestro medio, a través del análisis retrospectivo de



1647 pruebas de inclinación,⁴ mismo que sirvió de base para realizar el estudio REDIS-2, en 2016, en el que se analizó el comportamiento hemodinámico durante la prueba de inclinación de acuerdo con los distintos tipos de respuesta disautonómica,⁵ intentándose a través de dicho estudio insistir en la necesidad de establecer un diagnóstico más específico que el de la simple disautonomía, con el fin de realizar tratamientos más específicos. Sin embargo, y a pesar de los conocimientos adquiridos durante los últimos años acerca de este síndrome, nos atrevemos a proponer las siguientes consideraciones generales, muchas de las cuales nos han llevado nuevamente a considerar las descritas en 2006.¹

Consideraciones generales

De acuerdo con el Dr. LeDoux, la amígdala es el sitio en donde se aloja la memoria emocional, así, las respuestas se llevan a cabo desde las señales auditivas o visuales al tálamo, el mensaje se dirige a la corteza, en donde es analizado y evaluado en busca de significado y respuesta apropiada; sin embargo, si esa respuesta es emocional, una señal se dirige a la amígdala para activar los centros emocionales, en donde una porción más pequeña de la señal original se dirige de manera directa desde el tálamo a la amígdala en una transmisión más rápida, permitiendo una respuesta inmediata, si bien menos precisa, por lo que la amígdala puede desencadenar una respuesta emocional antes de que los centros corticales hayan comprendido lo que está ocurriendo. En las primeras milésimas de segundo durante las cuales percibimos algo, no sólo comprendemos inconscientemente de qué se trata, sino que se decide si nos gusta o no, “el inconsciente cognitivo”.⁶

Asimismo, los mecanismos de regulación central a corto plazo de la presión arterial y la frecuencia cardíaca en el centro cardiovascular se caracterizan por actuar de forma muy rápida,

comenzando su acción en unos segundos. La intensidad de las respuestas es fuerte, pero se debilita en poco tiempo; así, la estimulación simpática es capaz de aumentar la presión arterial dos veces en 5-15 segundos y la inhibición de la estimulación simpática puede disminuirla hasta la mitad en 40 segundos.⁷

Los centros del sistema nervioso central que participan en este sistema de regulación son:

Centros vasomotores bulbares. El centro vasomotor se sitúa en el tronco del encéfalo, en la formación reticular del tercio inferior de la protuberancia y los dos tercios superiores del bulbo. Las fibras procedentes de este centro se proyectan a la médula y a los vasos sanguíneos. Éste se encuentra formado por tres zonas diferenciadas: la zona vasoconstrictora (presora), la zona vasodilatadora (depresora) y la zona sensorial.⁷

Centros superiores nerviosos controladores del centro vasomotor. El resto de la formación reticular de la protuberancia, el mesencéfalo y el diencéfalo controlan la actividad del centro vasomotor, ya sea estimulándolo o inhibiéndolo. El hipotálamo ejerce una acción muy potente sobre el centro vasomotor, tanto en condiciones basales como de estimulación intensa. La estimulación de la corteza motora excita el centro vasomotor en una vía mediada a través del hipotálamo; otras zonas de la corteza cerebral también influyen en este centro.⁷

Nuevas propuestas y teorías acerca de los trastornos funcionales

Es importante remarcar la importancia de considerar un diagnóstico más específico la integración del síndrome en todos los pacientes que acudan a consulta médica por alguno de ellos, porque la mayor parte de las veces se encuentran varios de ellos al interrogatorio directo y no tan

sólo considerar su existencia en los que padecen síncope (**Cuadro 1**).

Las respuestas rápidas y poco precisas que suelen caracterizar a la hasta ahora llamada disautonomía suelen tener como desencadenante las experiencias emocionales, quizá y a través de las vías antes descritas, en donde la percepción final, rápida, abstracta y primitiva ante lo que genera “aversión” o un “reto” al organismo (**Cuadro 2**) se traduce en respuestas poco precisas desde los centros reguladores centrales a través de los sistemas simpático y parasimpático, en donde las manifestaciones clínicas a tal respuesta emocional dependan de la capacidad compensatoria que cada organismo sea capaz de generar a la misma. Es decir, si la respuesta es depresora podría manifestarse como intolerancia ortostática o vasovagal, con cansancio crónico, mareo al

ortostatismo, parestesias, con o sin síncope. En tal caso, la ausencia de síncope se manifiesta la mayor parte de las veces por una adecuada pero exagerada liberación adrenérgica compensatoria, lo que genera taquicardia, palpitaciones, sudoración, insomnio, ansiedad, temblor, cefalea vascular y en ocasiones fibromialgia por el aumento prolongado en el tono muscular,¹ o, bien, en una respuesta presora inadecuada con las clásicas manifestaciones de la taquicardia postural ortostática.

Es decir, probablemente las pruebas clínicas utilizadas, como la prueba de inclinación, tan sólo nos ayudan a registrar las manifestaciones a distancia de tal respuesta y no el origen de las mismas.

Por lo anterior podrían considerarse los siguientes puntos:

Cuadro 1. Síntomas en los trastornos funcionales

Variabilidad de la frecuencia cardiaca	Disnea
Taquicardia postural ortostática	Disuria
Variabilidad de la presión arterial	Cefalea
Hipotensión	Sudoración
Palpitaciones	Dispareunia
Fibromialgia	Fatiga
Mareos	Síndrome de colon irritable
Síncope	Trastornos del sueño
Parestesias	Trastornos psiquiátricos
Dolor en el tórax	

La disautonomía, si bien resta calidad de vida a un gran número de personas en todo el mundo, se considera un padecimiento benigno, por lo que en ocasiones puede conducir a errores diagnósticos ante casos de disautonomía secundaria, como el síndrome de atrofia sistémica múltiple, enfermedad de depósito como la amiloidosis, la enfermedad de Parkinson u otras degenerativas del sistema nervioso central,^{1,2} por lo que quizá fuera prudente llamar a estos trastornos funcionales benignos “síndrome de respuesta disfuncional (REDIS)”.

Cuadro 2. Desencadenantes frecuentes de los trastornos funcionales

Medio ambiente cálido, baños calientes	Depresión, ansiedad
Ejercicio	Maniobra de Valsalva
Estrés físico o emocional	Depleción de volumen
Permanecer de pie sin movimiento por tiempo prolongado	Incorporarse después de un prolongado descanso en cama
Comidas abundantes altas en carbohidratos al levantarse	Rápido cambio postural
Desvelarse	Consumo de alcohol
	Medicamentos

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, quizá el origen de estas respuestas disfuncionales sea secundario a factores de educación del individuo, en relación con respuestas rápidas e inapropiadas del sistema emocional, no por ello, no deja de constituir una clara relación existente entre la psique y el organismo, en donde, incluso, los trastornos anímicos a manera de depresión y ansiedad constituyan en muchos casos un “disparador” de estas respuestas y no



una consecuencia de las mismas. Por lo que quizá, en nuestros días, el diagnóstico de tan claras manifestaciones debiera ser clínico, a la vez que la mayoría de los pacientes con tal síndrome suelen responder de manera adecuada ante la precisa elección de un inhibidor de la recaptura de serotonina, independientemente del subtipo de respuesta disautonómica, por lo que quizá debieran seleccionarse los casos que en realidad requieran la prueba de inclinación, más que para un diagnóstico, para una segunda estrategia de tratamiento en caso de mala respuesta.

A la vez que este tratamiento quizá debiera ser tan sólo transitorio, en lo que el individuo comprende y aprende a reconocer los desencadenantes de sus síntomas porque las modificaciones en el estilo de vida serán necesarias a partir del diagnóstico adecuado.

Quizá fuera prudente no estigmatizar como “enfermos” a estos individuos, sino, por el contrario, tan sólo ofrecer el tan buscado diagnóstico, enseñarles a controlar la respuesta disfuncional que ante los estímulos emocionales de aversión o reto muestran y evitar, en consecuencia, las múltiples consultas médicas.

CONCLUSIÓN

Los trastornos disfuncionales, como el síndrome llamado disautonomía, podría tener su origen en las respuestas rápidas y poco apropiadas que la amígdala realiza ante ciertos estímulos en relación con la memoria emocional.

Es necesario establecer diagnósticos más específicos de los trastornos funcionales, a fin de ofrecer a los tan frecuentes pacientes con esas molestias, tratamientos más específicos, científicos e integrales. Así como también evitar las

interminables visitas que estos pacientes realizan a los servicios de urgencias, múltiples médicos, estudios y tratamientos sin obtener una prolongada y real mejoría. Estos trastornos deberán ser idealmente comprendidos y tratados por un médico integral que conozca los mismos y evitar así los múltiples especialistas que con frecuencia visitan estos pacientes, lo que incrementa los costos y disminuye los buenos resultados.

Quizá fuera prudente llamar a tales trastornos funcionales “síndrome de respuesta disfuncional (REDIS)” para establecer la diferencia con los casos de disautonomía secundaria a otros padecimientos no benignos. El tratamiento debe dejar de ser meramente empírico, por el contrario, no deben estigmatizarse a estos pacientes como “enfermos”, sino lograr comprender su particular respuesta fisiológica a ciertos estímulos, y con ello modificar su estilo de vida, en donde la administración transitoria de inhibidores de la recaptura de serotonina puede ser de utilidad.

REFERENCIAS

1. García Frade RLF, Mas A. Intolerancia ortostática. *Med Int Méx* 2006;6(22):542-554.
2. García Frade RLF. En el libro: Un Síndrome llamado disautonomía. 2ª ed. México: Alfil; 2015.
3. García Frade RLF, Solís E. Síndrome de discinesia vesicular. *Med Int Méx* 2016;32(6):671-675.
4. García Frade RLF, Solís E, González Hermosillo A, et al. La disautonomía en el mundo real. *Med Int Méx* 2013;29:469-472.
5. Solís E, García Frade RLF. Análisis del comportamiento hemodinámico durante la prueba de inclinación de acuerdo con los distintos tipos de respuesta disautonómica (estudio REDIS-2, respuesta disfuncional, subanálisis del estudio REDIS). *Med Int Méx* 2016;32(3):307-317.
6. Goleman D. En el libro: La inteligencia emocional. México: Editorial B de Bolsillo, 2012.
7. Borge MJN (2011, May 10). *Materiales de Clase*. Retrieved June 15, 2017, from OCW Universidad de Cantabria Web site: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiologia-humana-2011-g367/materiales-de-clase>.