



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/2532 - ¿Una urgencia psiquiátrica o quirúrgica?

I. Vicioso de los Santos<sup>a</sup>, A.B. Callejas Romero<sup>b</sup> e I. Revelles Medina<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería.

<sup>c</sup>Médico de Familia. Facultativo del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Torrecárdenas. Almería.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 56 años con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y episodios previos de descompensación psicótica motivados por “ voces dentro de su cabeza”. En tratamiento con, lormetacepam 2 mg, midazolam 7,5 mg y duloxetine 30 mg. Se recibe una llamada del equipo de traslado crítico avisando de una paciente encontrada en las escaleras de su domicilio en estado de desconexión del medio, mirada perdida y situación de shock hipovolémico por herida en antebrazo izquierdo con afectación del paquete vásculo-nervioso. Tras sueroterapia con cristaloides y coloides y hemostasia compresiva de la herida se traslada a nuestro hospital. Durante este la paciente no responde a ninguna pregunta aunque colabora con el equipo sanitario.

**Exploración y pruebas complementarias:** Al llegar al servicio de urgencias la paciente se encuentra con Glasgow de 15 puntos y continua sin emitir palabras aunque mira todo su proceso impasible. Frialdad y palidez corporal, tensión arterial 70/40 y frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto. En antebrazo izquierdo presenta una herida anfractuosa sin pulso distal y coloración violácea de la mano. Existe exposición del carpo y del radio, sección tendinosa múltiple, y sección de arteria radial y cubital que se encuentran trombadas sin sangrado activo. Se realiza sistemático de bioquímica, hemograma y coagulación, protocolo preoperatorio, Rx de mano izquierda y se extrae un triaje a tóxicos. Tras valoración de cirugía vascular y traumatológica y teniendo en cuenta el tiempo de isquemia y gravedad de la lesión se decide amputación de la mano por lo que se traslada al quirófano. Dada la buena evolución de la intervención se decide trasladarla a la Unidad de Agudos del Servicio de Salud Mental debido a la persistencia de desconexión del medio. En la entrevista con el psiquiatra la paciente describe lo siguiente: “había unas voces dentro de mi cabeza que me decían que me tenía que matar o harían daño a mi nieta, pero no era yo, era otra persona dentro de mí que me ordenaba lo que tenía que hacer”. Tras su estabilización y ausencia de alucinaciones auditivas se decide alta domiciliaria.

**Juicio clínico:** Trastorno disociativo agudo de trance y posesión.

**Diagnóstico diferencial:** Intento autolítico. Agresión externa.

**Comentario final:** Se define según el CIE-10 al trastorno disociativo de trance y posesión como la pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En

algunos casos el enfermo actúa como poseído. La atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a sólo uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquí sólo aquellos estados de trance que son involuntarios, que interfieren en la actividad cotidiana. En nuestro caso clínico, la paciente se encontraba en estado disociativo, cumpliendo órdenes externas y llevando a cabo una autolesión física tan importante que provocó una situación de emergencia, terminando en la amputación de una mano y la limitación funcional que eso conllevará en un futuro.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Spiegel D, et al. Dissociative disorders in DSM-5. 2011;28:824-52.
2. Colin A. Possession experiences in dissociative identity disorder. J Trauma Dissociation. 2011;12:393-400.
3. CIE-10: Clasificación Internacional de enfermedades. 10ª versión.