

LAS NEUROSIS EN CARDIOLOGIA

Dr. E. JUNCADELLA FERRER

UNA gran parte de los enfermos que acuden a la consulta del cardiólogo son pacientes afectos de neurosis. Algunos de ellos pueden incluirse en la denominada «neurosis cardíaca», pero la mayoría no, ya que no aquejan trastorno cardíaco funcional alguno, sino solamente una sintomatología pseudocardiaca. Por su parecido con la sintomatología de los enfermos del corazón, son tenidos frecuentemente y por error, como tales. Es impropio incluir estos enfermos en la denominación de «neurosis cardíaca», debiendo en todo caso reservarse para este grupo de enfermos de neurosis en los que destaca, como producto de la misma, algún trastorno cardíaco (alteraciones del latido cardíaco en cuanto a frecuencia, ritmo, viveza o intensidad y labilidad). Nos interesa describir brevemente la sintomatología de este gran grupo de enfermos afectos en general de neurosis de ansiedad y con síntomas pseudocardiacos.

Es interesante hacer observar la gran semejanza en su sintomatología que presentan todos estos enfermos. La mayoría de estos pacientes de psiconeurosis que acuden al cardiólogo, ya por sí mis-

mos o guiados por su médico de cabecera, por presentar trastornos que ellos atribuyen al corazón, aquejan un conjunto de síntomas tan similares en todos ellos que pueden incluirse en un verdadero síndrome bien recortado.

La frecuencia de este síndrome es extraordinaria. En un consultorio dispensarial hemos visto durante los últimos cinco años y medio 889 casos entre un total de 4.526 enfermos. O sea que casi una quinta parte de los enfermos presuntos cardiopatas presentaban este síndrome. En esta cifra no están incluidos los enfermos que, además de este síndrome, tienen alguna lesión cardíaca.

Puede deducirse la importancia que tiene el recalcar estas cuestiones, del hecho de que la mayoría de estos 889 enfermos habían sido diagnosticados de cardiopatía y otros, los menos, de «neurosis cardíaca». La casi totalidad de los enfermos con este síndrome son mujeres.

Los síntomas fundamentales y casi constantes son los siguientes:

1.º *Disnea suspirosa*. — Constituye, podríamos decir, el síntoma central y el motivo más frecuente

por el que el médico de cabecera desea la opinión del cardiólogo. En general el diagnóstico se hace fácilmente, pero en algunas ocasiones, especialmente en las formas accesionales nocturnas, requieren un interrogatorio detallado para no confundirlas con una disnea cardíaca. Manifiestan que *no pueden respirar*, que les falta aire, que tienen la sensación de que el aire no les entra bien y no quedan satisfechas de su respiración. En reposo también la aquejan, incluso estando sentadas. Sin embargo, suele intensificarse algo al esfuerzo. Es muy frecuente el que nos manifiesten que no pueden llevar peso, por ejemplo, el cesto de la compra. Es muy típico el dato de que noten «cansancio, ahogo» al hablar, incluso en reposo. Si se les pregunta si tienen necesidad de suspirar, en general contestan afirmativamente, y en algún caso en que lo niegan, al poco del interrogatorio se les ve hacer un suspiro hondo. Suelen dormir con una almohada, aunque frecuentemente notan «ahogo» en decúbito lateral izquierdo. En ocasiones no les basta hacer un suspiro hondo, sino que precisan de varios, hasta llegar a uno que les deje satisfechas, para volver a los pocos momentos a repetir el ciclo. A veces se intensifica la disnea suspirosa en locales cerrados. Si sufren alguna contrariedad, aumenta el trastorno. En ocasiones esta disnea suspirosa es muy intensa,

sin dejar pausa de tranquilidad. En estos casos, especialmente si ocurre de noche, no debe confundirse con la disnea cardíaca. Hemos tenido ocasión de observar a radioscopia algún enfermo en plena crisis de disnea suspirosa y lo más llamativo ha sido la escasa movilidad diafragmática.

2.º *Algias en hemitorax izquierdo.* — Las aquejan en forma de pinchazos en región precordial y también en la espalda. Sin relación con los esfuerzos. En general no de gran intensidad. Casi siempre son fáciles de distinguir del dolor anginoso. En algunas ocasiones, sin embargo, adquieren carácter opresivo, pero casi siempre con un interrogatorio minucioso se hallan diferencias con el angor, que permiten hacer el diagnóstico.

3.º *Dolor provocado a la presión encima del cuarto cartilago costal izquierdo, a un través de dedo del borde izquierdo del esternón.* — El dolor provocado en este punto constituye un signo casi constante de las neurosis de ansiedad que acuden al cardiólogo, y es verdaderamente curioso el que no se haya parado atención en él, ni haya sido tan siquiera mencionado hasta ahora, a pesar de que en ocasiones es de gran intensidad. Al presionar ligeramente en este punto se les despierta un dolor en general bastante intenso y en algunos casos muy pronuncia-

do. En estos últimos, la enferma rehuye un nuevo intento. No sabemos a qué se debe este dolor provocado, pero desde luego no depende de la formación osteocartilaginosa, sino de las partes blandas, pues se obtiene igualmente pellizcando la piel y tejido subcutáneo en el mismo punto. La presión sobre el 3.º y 5.º cartílagos costales izquierdos, también a un través de dedo del borde esternal, es a veces algo dolorosa, pero siempre mucho menos que sobre el 4.º. Los enfermos distinguen al instante esta diferencia de intensidad. Se encuentra con más constancia e intensidad en las enfermas con pániculo adiposo regular o abundante que en las muy delgadas. En los contados casos que no lo hemos encontrado ha coincidido con mujeres delgadas.

Es de mucho interés la observación de que en los casos en que aquejan dolores torácicos, precordiales, que a veces recuerdan algo el dolor anginoso, al presionar sobre este punto, la enferma nota el mismo dolor que aqueja espontáneamente, y, en general, más acentuado aún, a pesar de que este dolor espontáneo lo localiza más o menos alejado del punto que se presiona. En muchos casos de diagnóstico algo dudoso, hemos podido reproducir fácilmente el dolor por la presión en este punto.

4.º *Insomnio. Pesadillas nocturnas. Intranquilidad nocturna.* —

Constituyen síntomas constantes.

5.º *Tristeza. Llanto.* — Constituyen igualmente síntomas constantes. Aquejan, en general una profunda tristeza que unas veces atribuyen a sus molestias, otras a las verdaderas causas desencadenantes del síndrome. Otras veces no saben reconocer la causa de su tristeza y de su llanto. Con frecuencia se ponen a llorar cuando se les habla sobre este particular.

6.º *Angustia.* — La definen de forma diversa. Aquejan sensación de ansiedad, de sobresalto, de nerviosismo. Sin que puedan referirla a ningún hecho concreto, como una angustia flotante. Varía mucho en la forma e intensidad de unos a otros enfermos.

Estos son los síntomas más constantes. Hay otros dos muy frecuentes, que son:

1.º *Vértigos.* — No es un vértigo sistemático, sino simplemente un trastorno más difuso de las representaciones espaciales. Aqueja sensaciones de inestabilidad. Corrientemente el enfermo lo califica de «mareo de cabeza». Tienen frecuentemente la sensación de tenerse que apoyar en algún sitio.

2.º *Ataques.* — Son muy frecuentes. Entre nuestros 889 casos se han presentado de un modo seguro en 250. Creemos, sin embargo, que esta cifra debe ser superior, ya que en los primeros casos

aún no nos habíamos dado cuenta de la frecuencia de estos ataques y de la necesidad de interrogar sobre ellos para descubrirlos.

La forma más típica y frecuente de ataque se desarrolla de la manera siguiente: La enferma nota sensación de mareo y de que va a perder el conocimiento. Se tiende en la cama, ya por sí o llevada por sus familiares. Tiene entonces sensación de adinamia absoluta y de pérdida de conocimiento. Pero en realidad no es así, ya que oye lo que se dice a su alrededor, pero muy amortiguadamente, como voces pequeñas y lejanas. No responde a nada, porque no puede. Manifiesta en el interrogatorio que durante el ataque no ve nada. Pero permanece casi todo el tiempo con los ojos cerrados. Este dato nos lo dan los familiares. Hay, en general, un discreto cambio de coloración en el sentido de palidez. La enferma está quieta, sin convulsiones. Este estado dura lo más fre-

cuentemente diez minutos, aunque puede durar mucho más. Al recuperarse aparecen uno o más de los siguientes síntomas: escalofríos, temblores y llanto. Estos dos últimos los más frecuentes. Es excepcional la ausencia, cuando menos de uno de estos síntomas.

En cuanto a las causas desencadenantes del síndrome las hemos hallado en más de la mitad de los enfermos. Las más frecuentes han sido: desaveniencias conyugales, muchas veces con malos tratos. Convivencia y desaveniencias con otros allegados. Enfermedad o muerte de los hijos. El factor económico, post guerra, tenemos la impresión de que también ha influido, y es muy posible que la enorme proporción de casos con este síndrome hallados entre nuestros enfermos durante estos años, constituya un fenómeno pasajero en relación con este factor y habida cuenta del tipo de enfermos que acuden al dispensario.