

¿QUIÉN ES QUIÉN, EL BUENO O EL MALO?, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta García-Poggio Fernández-Renau, Manuel Gil Eliche Moreno, Arturo Marín Arévalo, Sandra Bravo Herrero, Verónica Lamela Chouciño, José Fernando Cruz Fourcade

Hospital Universitario de Móstoles

martagpoggio@gmail.com

Capgras. Síndrome. Psicosis. Doble. Alteraciones conducta.

RESUMEN

En el presente artículo se describe a una paciente de 49 años que ingresó en el hospital por alteraciones de conducta e ideación delirante consistente en pensar que su marido eran dos dobles, uno bueno y amable y el otro malo, sin saber claramente cómo diferenciarlos más que por su relación con ella sin completar un síndrome definido, pero de forma estructurada e irreductible a la argumentación. Además presentaba inquietud psicomotriz, con cierta taquipsiquia y un relato con características por momentos deliroides megalomaniacas.

Consideramos que la clínica podría ser compatible con un síndrome de Capgras en el contexto de una situación de estrés, acompañado de ligera hipertimia, que con el paso del tiempo y el diagnóstico diferencial sugiere formar parte de los rasgos caracteriales de la paciente.

El síndrome de Capgras se define por la creencia de que las personas del entorno han sido reemplazadas por dobles o impostores que imitan a otros. Aunque este trastorno se ha descrito frecuentemente en relación con síndromes psicóticos, incluyendo la esquizofrenia paranoide, hasta un tercio de los casos de síndrome de Capgras pueden aparecer en pacientes con lesiones orgánicas cerebrales o enfermedades neurodegenerativas. En clasificaciones antiguas o de corte más fenomenológico se asociaba a psicosis de tipo histeroide.

¿QUIÉN ES QUIÉN, EL BUENO O EL MALO?, A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Capgras se define por la creencia de que las personas del entorno han sido reemplazadas por dobles o impostores que imitan a otros. Joseph Capgras lo definió por primera vez en 1923, y lo llamó "l'illusion des sosies" (la ilusión de los sosias). Capgras y Reboul-Lachaux describieron el caso de una mujer que, entre otros síntomas psicóticos, desarrolló un delirio en el que su marido, hijos y vecinos habían sido sustituidos por dobles (1, 2, 3).

Aunque este trastorno se ha descrito frecuentemente en relación con síndromes psicóticos, incluyendo la esquizofrenia paranoide, hasta un tercio de los casos de síndrome de Capgras pueden aparecer en pacientes con lesiones orgánicas cerebrales o enfermedades neurodegenerativas, lo que sugiere que el síndrome puede tener un origen orgánico (4, 5). En clasificaciones antiguas o de corte más fenomenológico se asociaba a psicosis de tipo histeroide.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 49 años, casada y con una hija de 15 años, que ingresó en la Unidad de Hospitalización Breve del servicio de Psiquiatría por alteraciones de conducta e ideación delirante de una semana de evolución. Como antecedentes psiquiátricos, había acudido en dos ocasiones al Centro de Salud Mental para valoración, sin objetivarse historia de bajo estado de ánimo, delirios o alucinaciones. A pesar de ello, estaba en tratamiento con Escitalopram 10mg 1-0-0 y Lorazepam 1mg 1-0-1 que le había pautado su Médico de Atención Primaria unos días antes de su visita a Urgencias. En su familia no había antecedentes psiquiátricos de interés.

En Urgencias se solicitó valoración a Medicina Interna para descartar patología orgánica. Se realizó TC craneal, en el que llama la atención la visualización de amígdalas cerebelosas en el corte más caudal del estudio, siendo un hallazgo inespecífico, que podría corresponderse con una ectopia amigdalар. Sugieren valorar según sospecha clínica la posibilidad de Chiari I. El resto del estudio se presentó sin alteraciones.

Durante la entrevista se observó que la paciente presentaba inquietud psicomotriz, con cierta taquipsiquia, hipertimia e insomnio. Además presentaba una ideación delirante consistente en pensar que su marido eran dos dobles, uno bueno y amable y el otro malo. En este discurso se objetivó también un relato con características por momentos deliroides megalomaniacas. El marido negaba que la paciente presentase gastos innecesarios ni conductas sexuales anómalas en este último tiempo.

Así mismo, el marido refería que por momentos la paciente estaba más tranquila, incluso con ánimo bajo y angustiada, y tras unas horas se volvía a mostrar inquieta, estando hiperactiva e hiperalerta. Como desencadenante del cuadro refieren una situación de estrés familiar ocurrido hacía una semana.

¿QUIÉN ES QUIÉN, EL BUENO O EL MALO?, A PROPÓSITO DE UN CASO

Al inicio de su ingreso la paciente duda de la identidad de su marido, intentando cerciorarse si es el bueno o el malo. En la exploración inicial presenta un cuadro de características delirantes, bien estructurado en la narrativa, en la que relata que su marido son dos hologramas y asegurando que la posibilidad de producir estos hologramas es real. No distingue a su marido por ningún rasgo físico, diferenciándolos entre el bueno y el malo. El contacto afectivo cotransferencial es de ligera hipertimia, que con el paso del tiempo sugiere formar parte de los rasgos caracteriales de la paciente.

Mejora con Paliperidona oral 6mg al día, que se inició cambiando Olanzapina. A medida que avanza el ingreso va dudando de la existencia de copias de su marido, hasta realizar finalmente crítica del episodio que sufrió. Presenta los días previos al alta sensación de cansancio que se corresponden con marcha enlentecida y rigidez en rueda dentada, por lo que se asocia Biperideno.

DISCUSIÓN

El síndrome de Capgras se incluye dentro de los síndromes de falsa identificación. La idea delirante de este síndrome es que una persona familiar ha sido reemplazada por un impostor. Se han descrito variantes del síndrome de Capgras en los que la idea delirante consiste en que los perseguidores o personas familiares pueden asumir la apariencia de extraños (fenómeno de Frégoli) o, casos muy raros, en los que la idea delirante se basa en que las personas familiares pueden transformarse en otras personas a voluntad (intermetamorfosis). Estos trastornos no sólo son raros, sino que también pueden asociarse a esquizofrenia, demencia, epilepsia y otros trastornos orgánicos. Los casos descritos se han dado predominantemente en mujeres, se han asociado a rasgos paranoides y han incluido sentimientos de despersonalización o desrealización. La idea delirante puede ser de breve duración, recurrente o persistente. Ciertamente, las ideas delirantes de Frégoli y de intermetamorfosis tienen un contenido extraño y son raras, aunque la idea delirante del síndrome de Capgras es un posible candidato al trastorno delirante. Todavía no se ha encontrado una explicación al papel de la alucinación o la alteración perceptiva en este trastorno. Se han descritos casos tras lesiones cerebrales súbitas (6).

En cuanto a su prevalencia, hay estudios que demuestran que el síndrome de Capgras es el más frecuente de todos los síndromes de falsa identificación, presentándose en más de un 4% de los pacientes con psicosis, sobre todo en psicosis agudas de inicio rápido (7,8).

La fisiopatología en el síndrome de Capgras no está universalmente entendida, y no se ha encontrado una lesión específica que justifique todos los casos. Este síndrome se asocia frecuentemente con lesiones en hemisferio derecho o lesiones bilaterales en los lóbulos frontal o temporal, afectando el sistema límbico, paralímbico y las vías visuales (9).

¿QUIÉN ES QUIÉN, EL BUENO O EL MALO?, A PROPÓSITO DE UN CASO

En su conjunto, las teorías que explican el síndrome de Capgras incluyen una desconexión (lesiones destructivas, funcionales o degenerativas) entre la corteza occipito-temporal, donde tiene lugar el reconocimiento facial, y los circuitos límbicos asociados a las emociones. Bajo este paradigma, puede ocurrir un reconocimiento facial o una sensación de familiaridad, pero esto se produce en ausencia de contexto emocional, que es el que marca la identidad y provee de los rasgos específicos de las personas cercanas al paciente (10). Además, la interrupción entre los circuitos frontal-temporal o frontal-límbico puede resultar en una desconexión entre las vías cognitivas responsables de reconocer una cara conocida y en otros procesos como identificar dicha cara con una persona conocida y con su historia emocional (11).

Sin embargo, estos mecanismos neurobiológicos sólo explican la ausencia de significado emocional al ver una cara familiar; no arrojan ninguna luz sobre la formación y la interpretación de la idea delirante de que los seres queridos han sido sustituidos por dobles. El reconocimiento de una cara familiar resulta tanto del reconocimiento consciente de la cara como de las emociones mediadas por el sistema límbico que acompañan al reconocimiento consciente, que es el responsable de la sensación de familiaridad (10). Los pacientes con síndrome de Capgras presentan esta ausencia de familiaridad con sus seres queridos, que lo explican con la idea delirante. Algunos estudios plantean la hipótesis de una desconexión de los hemisferios cerebrales, en la que cada hemisferio procesa información visual del rostro de forma independiente, y el síndrome de Capgras aparece cuando hay un fallo en la integración de estos dos procesos (12).

Por tanto, parece que este delirio es un proceso complejo que no se limita solamente a un problema de procesamiento facial, sino que es debido a una disfunción que se basa en procesos cognitivos implicados en la interpretación de percepciones anómalas y en la formación de creencias (13).

Investigaciones recientes apoyan el uso de terapia cognitivo conductual para potenciar la acción de los fármacos antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas delirantes (14), ayudando al paciente a rechazar sus creencias.

CONCLUSIONES

Con toda esta información, con la historia clínica y la evolución de nuestra paciente, consideramos que el cuadro clínico podría ser compatible con un síndrome de Capgras en el contexto de una situación familiar de estrés. Se realizaron exámenes físicos y complementarios, no hallándose alteraciones significativas que pudieran explicar la sintomatología delirante. Con respecto a las pruebas de imagen, aún hallándose algunas alteraciones, estas son inespecíficas.

¿QUIÉN ES QUIÉN, EL BUENO O EL MALO?, A PROPÓSITO DE UN CASO

Además, se sabe que el curso y el pronóstico de los pacientes con síndrome de Capgras se relacionan muy de cerca con el tratamiento eficaz de este delirio, por lo que se realizó un tratamiento con antipsicóticos, que resultó efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capgras J, Reboul-Lachaux J. Société clinique de médecine mentale. Compte rendu de la séance du 10 Janvier 1923. L'illusion des "sosies" dans un délire systématisé chronique. *Ann Med Psychol (Paris)* 1923;13:186.
2. Islam, Lucrezia, Sylvie Piacentini, Paola Soliveri, Silvio Scarone, and Orsola Gambini. "Capgras Delusion for Animals and Inanimate Objects in Parkinson's Disease: A Case Report." *BMC Psychiatry* 15 (April 8, 2015). doi:10.1186/s12888-015-0460-7.
3. Sinkman, Arthur. "The Syndrome of Capgras." *Psychiatry* 71, no. 4 (2008): 371-78. doi:10.1521/psyc.2008.71.4.371.
4. Davidson GM. The syndrome of capgras. *Psychiatr Q.* 1941;15:513-21. doi: 10.1007/BF01562142.
5. Josephs KA. Capgras syndrome and its relationship to neurodegenerative disease. *Arch Neurol.*2007;64:1762-6. doi: 10.1001/archneur.64.12.1762
6. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. Sinopsis de psiquiatría. 10ª edición. Madrid: Panamericana. Williams & Wilkins, 2009. 510 p. ISBN: 8496921182.
7. Salvatore P, Bhuvaneshwar C, Tohen M, Khalsa HM, Maggini C, Baldessarini RJ. Capgras' syndrome in first-episode psychotic disorders. *Psychopathology.* January 1, 2014; 47 (4); 261-9.
8. Kirov G, Jones P, Lewis SW. Prevalence of delusional misidentification syndromes. *Psychopath.* 1994;27:148-9.
9. Kyrtsov, Christina Rose, Mark C. Stahl, Paul Eslinger, Thyagarajan Subramanian, and Elisabeth B. Lucassen. "Capgras Syndrome in a Patient with Parkinson's Disease after Bilateral Subthalamic Nucleus Deep Brain Stimulation: A Case Report." *Case Reports in Neurology* 7, no. 2 (May 21, 2015): 127-33. doi:10.1159/000431081.
10. Hirstein W, Ramachandran VS. Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neural representation of the identity and familiarity of persons. *Proc Biol Sci.* 1997;264:437-444.
11. Fiacconi CM, Barkley V, Finger EC, et al. Nature and extent of person recognition impairments associated with Capgras syndrome in Lewy body dementia. *Front Hum Neurosci.* 2014;8:726.
12. Ellis HD, Young AW, Quayle AH, De Pauw KW. Reduced autonomic responses to faces in Capgras delusion. *Proc Biol Sci.* 1997;264:1085-92. doi: 10.1098/rspb.1997.0150.

¿QUIÉN ES QUIÉN, EL BUENO O EL MALO?, A PROPÓSITO DE UN CASO

13. Dietl T, Herr A, Brunner H, Friess E. Capgras Syndrome: out of sight, out of mind? Acta Psychiatr Scand. 2003;108:460-2.
14. Perona-Garcelá S, Cuevas-Yust C y Martínez-López M J. Guía de tratamientos eficaces en delirios y alucinaciones. En Pérez M, Fernández JR, Fernández C, y Amigo I, editors. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Vol. I, Adultos. Madrid: Pirámide, 2003.