



SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Jonay Francisco Herrera Rodríguez, Mateo Gallego Restrepo, Ylenia del Carmen León Carrilo

Adrián Triviño Solà, Francisco Acoidán Rodríguez Batista, Javier Sánchez González

jherrerarodriguez5@gmail.com

Ganser, nosología

RESUMEN

El Síndrome del Sinsentido o de Ganser fue detallado por Sigbert J. Ganser en 1987 como un cuadro caracterizado por un deterioro de la comunicación con respuestas aproximadas a preguntas simples (síntoma más característico), embotamiento de la conciencia, cambios neurológicos histéricos y alteraciones sensorio-perceptivas. El comienzo y la remisión eran muy abruptos, con amnesia y perplejidad posterior. Durante años se usó para describir a los prisioneros que parecían estar tratando de escapar de los enjuiciamientos.

La nosología del Síndrome de Ganser ha ido evolucionando a lo largo de la historia, enfrentándose la etiopatogenia histérica con la psicosis, la simulación o malingering, el trastorno facticio, el trastorno depresivo, la disociación y/o la presencia de patología orgánica. Resulta de gran importancia para el diagnóstico diferencial la realización de un minucioso estudio psiquiátrico, psicológico y neurológico.

Presentamos el caso de un varón de 20 años sin antecedentes personales psiquiátricos previos, con una situación socioeconómica muy comprometida, que fue atendido en urgencias hospitalarias por presentar alteración del comportamiento consistente en puerilismo histérico, síntomas conversivos, discurso incoherente por momentos, pseudoalucinaciones

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

auditivas y visuales, destacando que durante las distintas valoraciones psiquiátricas realizadas por diferentes facultativos en un periodo de sólo 2 días, las impresiones diagnósticas fueron muy variadas: episodio depresivo, sospecha de simulación y trastorno psicótico a filiar. Finalmente, tras un estudio más profundo realizado durante su ingreso en la Unidad de Internamiento Breve el cuadro se orientó más hacia un posible Síndrome de Ganser.

DESARROLLO

El Síndrome del Sin sentido o de Ganser fue detallado por Sigbert J. Ganser en 1987 como un cuadro caracterizado por un deterioro de la comunicación con respuestas aproximadas a preguntas simples (síntoma más característico), embotamiento de la conciencia, cambios neurológicos histéricos y alteraciones sensorio-perceptivas. El comienzo y la remisión eran muy abruptos, con amnesia y perplejidad posterior. Durante años se usó para describir a los prisioneros que parecían estar tratando de escapar de los enjuiciamientos.

La nosología del Síndrome de Ganser ha ido evolucionando a lo largo de la historia, enfrentándose la etiopatogenia histérica con la psicosis, la simulación o malingering, el trastorno facticio, el trastorno depresivo, la disociación y/o la presencia de patología orgánica. Resulta de gran importancia para el diagnóstico diferencial la realización de un minucioso estudio psiquiátrico, psicológico y neurológico.

Presentamos el caso de un varón de 16 años sin antecedentes personales psiquiátricos previos, con una situación socioeconómica precaria, que fue atendido en urgencias hospitalarias por presentar alteraciones en el comportamiento consistentes en puerilismo histérico, síntomas conversivos, discurso incoherente con pararrespuestas, pseudoalucinaciones auditivas y visuales, destacando que durante las distintas valoraciones psiquiátricas realizadas por diferentes facultativos en un estrecho periodo de tiempo las impresiones diagnósticas fueron muy variadas: episodio depresivo, sospecha de simulación, trastorno psicótico y episodio disociativo.

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Existen escasos artículos, investigaciones y teorías que respalden el difícil diagnóstico del Síndrome de Ganser. Se precisan más estudios sobre esta patología, para esclarecer la etiología del síndrome, investigar sobre su tratamiento y sobre su pronóstico.

INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica diaria, en ocasiones nos encontramos casos caracterizados por su atipicidad con respecto a la psicopatología que normalmente exploramos. Algunas veces estos casos han sido descritos, de una manera más o menos precisa, años atrás por psiquiatras o neurólogos, siendo objeto de debate y cambios de manera continuada.

Un ejemplo de ello, lo encontramos en el Síndrome de Ganser. El síndrome de Ganser fue descrito por primera vez en 1897 por el alemán Sigbert J. Ganser y se caracterizaba por respuestas aproximadas a preguntas simples, alteraciones sensoperceptivas de tipo auditivo y/o visual, alteración del nivel de consciencia y síntomas somato conversivos (1). Ganser lo explica como una reacción disociativa histérica resultado de un inconsciente esfuerzo por escapar de una situación intolerable. Los pacientes estaban pendientes de condena o sometidos a otros factores de sobrecarga ambiental que actuaban como precipitantes, motivo por el cual clásicamente han ocupado su espacio en libros de texto forense (2).

SIGBERT J. GANSER: BIOGRAFÍA

Sigbert Josef Maria Ganser nació en 1853 en Dresden (Alemania). En la época, se hizo un lugar entre los neuropsiquiatras de Múnich, entre los que destacaban Jung, Bleuler o Alzheimer. Se formó como psiquiatra en Wurzburg y luego completó su tesis en Múnich bajo la tutela de Johan Von Gudden. Ganser fue profesor y jefe del departamento de psiquiatría (lunáticos en la época) del Hospital General de Dresden en 1886 y posteriormente trabajó con Kraepelin.

Sería en 1897 cuando Ganser publicó su trabajo *Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand*, un peculiar estado histérico, basado en sus experiencias en la prisión de Halle (3).

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

EVOLUCIÓN HISTÓRICA Y CLASIFICACIÓN

Ya de forma previa a Ganser, algunos autores hacían ciertas referencias como Guazzo en 1608 “a veces comienzan como si fueran estúpidos, ciegos, lisiados, sordos, mudos, lunáticos y casi incapaces de moverse”; en 1855 Snell y Moeli describieron casos en los que determinados prisioneros a la espera de juicio podían desarrollar una especie de estado confusional transitorio.

Tras la publicación de Ganser, Westphal en 1903 vendría a denominar con el término Vorbeireden a estas características pararrpuestas (4).

A inicios del siglo XX, había dos corrientes de pensamiento: una que engloba al síndrome de Ganser dentro de las psiconeurosis o como pseudodemencia histérica y otra dentro de las psicosis (5).

Withlock en 1967 indicó que no solo ocurría en prisiones. Señaló la importancia de Vorbeireden como hecho diagnóstico central, pero agregó que por sí solo no era suficiente. Contempló este síndrome más como una condición de psicosis que como histeria. El propio Withlock en 1983, Scott y Lishman en 1987, consideran que la mayoría de los casos se presentan de forma incompleta, siendo muy extraño el cuadro completo.

Con Cocores en 1984, Frinsein y Hattrtsley en 1988 surge la disociación como nueva explicación global, sugiriendo que el Síndrome de Ganser es el resultado de la acción de un mecanismo disociativo.

Estas diferentes posiciones acerca de la nosotaxia del síndrome han tenido sus repercusiones en las grandes clasificaciones internacionales. En el DSM-II fue inicialmente clasificado como un Trastorno adaptativo, en el DSM-III se incluyó entre los trastornos facticios y en el DSM-IV TR y la CIE-10 lo sitúan entre los trastornos disociativos. Finalmente, en el actual DSM-V no es recogido (6, 7).

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 16 años que es atendido en urgencias hospitalarias tras ser derivado del centro de salud por manifestar ideación autolítica y fenómenos auditivos comandatorios. Sin antecedentes personales psiquiátricos filiados hasta el momento, en la familia un tío con esquizofrenia y madre con episodios depresivos. El paciente manifestaba clínica depresiva de 2-3 meses de evolución que relacionaba directamente con acúmulo de situaciones personales adversas. La madre explicaba episodios de agresividad ante mínimos estímulos que fueron empeorando progresivamente, señalando a su vez dificultades sociales y relacionales en el seno familiar. Finalmente, el paciente es ingresado.

De fondo, aparece un problema de inestabilidad y pérdida de referentes (padre mayor con múltiples patologías y supuestamente maltratador de la madre, pero con el que el paciente se siente identificado y obligado). Al paciente le gustaría vivir con su madre que convive con su pareja (sin agua y sin luz) por lo que se ve obligado a vivir con su abuela y un tío con esquizofrenia; la abuela parece no entender la situación del paciente y pretende que deje de estudiar y se ponga a trabajar por dificultades económicas. En este cúmulo de dificultades aparece la crisis que se presenta inicialmente como depresiva y posteriormente como psicótica siendo el diagnóstico al alta de Trastorno psicótico agudo transitorio.

Tras ello, el paciente se va a vivir con su madre, pero las dificultades para la contención ambulatoria son notables precisando atención en urgencias hospitalarias hasta en 6 ocasiones en un periodo de un mes. No obstante, en dichas visitas a urgencias las características del cuadro difieren y consistían en alteraciones bruscas del comportamiento con presencia de puerilismo histérico, síntomas conversivos, discurso incoherente por momentos con pararrespuestas, pseudoalucinaciones auditivas y visuales, que en ese momento impresionaban de episodios disociativos (se llegó a plantear también la simulación) pero que de forma longitudinal, con el seguimiento posterior se ha orientado más como un cuadro de características ganserianas.

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

PATOGÉNESIS

La etiología del síndrome de Ganser siempre ha sido considerado en el mundo de la psiquiatría como un dilema, enigma o un misterio. Muchos autores consideran al Síndrome de Ganser como una condición intermedia, en algún lugar entre la histeria, la psicosis, la disociación y la simulación, cuyas manifestaciones derivan de mecanismos inconscientes o de una consciencia confusa (8-10).

Sigal et al (11), concluyen que el síndrome de Ganser es una entidad polimórfica en un continuo entre la disociación y los trastornos psicóticos, en la que también intervienen desajustes a nivel orgánico y la presencia de una personalidad premórbida.

Mendis y Hodgson (12) aportan que el síndrome generalmente ocurre en situaciones donde el individuo es sometido a un gran estrés y tiene una vulnerabilidad premórbida en la cual se encuentra disminuida su capacidad para hacer frente a tales situaciones.

Whitlock (13) también presta atención a la importancia de una historia previa de lesión significativa en la cabeza ya sea en forma de traumatismo craneoencefálico (TCE) o un daño cerebral, los cuales podrían predisponer a un estado disociativo o a una reacción histérica que conduce a un Síndrome de Ganser. Sigal et al (11) encontraron evidencias de organicidad en 7 de sus 15 pacientes, en 6 de ellos un TCE con pérdida de consciencia y 1 con un ictus en hemisferio derecho y hemiparesia izquierda.

En lo que parece ser el único mecanismo neurobiológico propuesto hasta la fecha, Ouyang et al (14) sugieren la implicación glutamatérgica. Situaciones de estrés inducen una liberación de glutamato a nivel cortical y límbico, que a su vez interfiere con las funciones del lóbulo frontal y podría estar asociado con estados disociativos. En pacientes con el Síndrome de Ganser, el estrés y daño cerebral preexistente o concomitante, especialmente en lóbulos frontales, podría entonces conducir a una transmisión hiperglutamatérgica y explicar las manifestaciones disociativas.

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia es desconocida. En una revisión de casos de la literatura inglesa publicada en 2012 por Mendis y Hodgson (12), encontraron sólo 94 casos publicados entre 1905 y 2006. Analizando esta muestra, encontraron que el 78% eran varones con edades comprendidas entre los 8 y los 66 años (edad media 31.6 años). En su documentación, las respuestas aproximadas se encontraban en el 88% de los casos, la alteración del nivel de consciencia en 85%, síntomas somato conversivos en 44%, alucinaciones en el 29% y sólo en el 12% de los casos se presentaban las 4 manifestaciones principales. En el 87% de los informes se indica la existencia de alguna clase de vulnerabilidad premórbida donde se incluye enfermedad mental previa, historia de disociación, síntomas físicos sin explicación, historia criminal y una lesión cerebral reciente o lejana.

Los estudios parecen confirmar la rareza de este síndrome y también sugieren que permanece estable a lo largo del tiempo y de las culturas. El contexto del Síndrome de Ganser suele ser una situación muy difícil, dolorosa o subjetivamente intolerable, incluyendo investigación o arresto por un delito, deudas personales o reclamos de compensación, litigios, estrés doméstico o en medio laboral, accidentes... (6).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Aunque la mayoría de los autores siempre se han centrado en la presencia de las respuestas aproximadas, Enoch y Trethowan (15) han tenido una gran influencia destacando las 4 características fundamentales del síndrome de Ganser:

1. Respuestas aproximadas
2. Alteración de la consciencia (indiferencia, apatía, aturdimiento, déficit atencional)
3. Manifestaciones somato conversivas (motores o sensoriales, cubre el rango de síntomas pseudoneurológicos que se dan en los estados histéricos. La ataxia y alteración del equilibrio son comunes; dificultad para mover los miembros, flacidez o rigidez pudiendo confundirse en ocasiones con cuadros catatónicos)

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

- Alteraciones sensorceptivas (visuales o auditivas, su contenido se relaciona con la situación vital y podría sugerir una reejecución de episodios cargados emocionalmente (pseudoalucinaciones))

Entre otros síntomas descritos destacan la pérdida de memoria, pérdida de identidad, regresión, fugas, desorientación temporoespacial y rápida recuperación con amnesia del episodio.

RESPUESTAS APROXIMADAS

Desafortunadamente, oficialmente no hay aceptado ningún criterio patognomónico para el diagnóstico del Síndrome de Ganser (16), ni siquiera las respuestas aproximadas consideradas muy a menudo como una condición sine qua non o incluso suficiente para el diagnóstico del síndrome, aunque cierto es que es algo bastante ambiguo (8).

Llama la atención que existe una relación entendible entre la respuesta correcta y la respuesta dada. Por ejemplo, a la pregunta ¿cuántas patas tiene un caballo? El paciente con Ganser responde 3 o 5, pero no rojo o junio (6).

Anderson y Mallinson (17) las definen como la falsa respuesta de un paciente a la pregunta del examinador donde la respuesta, aunque errónea, nunca se equivoca demasiado y tiene una relación obvia con la pregunta realizada, lo que indica claramente que la pregunta ha sido entendida.

Enoch y Ball (15) no sólo prestan atención a las respuestas, sino también en la manera en la que son dadas. Los pacientes pueden parecer que proporcionan respuestas aproximadas y absurdas con gran confianza, aunque también pueden dar respuestas correctas a las preguntas más triviales sólo tras mucha deliberación, esfuerzo y en ocasiones muestran cierta perplejidad.

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

SIMULACIÓN

Aunque los casos de Síndrome de Ganser frecuentemente surgen en contextos donde una enfermedad mental podría facilitar algunas ganancias secundarias, esto no es siempre el caso. Enoch y Ball (15) destacaron que la simulación pura es, al contrario de la creencia popular, bastante rara en la práctica, añadiendo que es extremadamente difícil hacerlo con éxito y según algunos autores podría ser indicativo de un trastorno mental subyacente.

Ganser había comentado que sus pacientes al inicio dan la impresión de un típico engaño. En lugar de descartar el comportamiento del paciente como una simulación, añadió que en los pacientes con Ganser debe parecer que intentan simular mostrando deliberadamente su ignorancia a hechos simples y de una manera bastante torpe e ingenua, dar respuestas aproximadas. En palabras del propio Ganser: “Puedo decir que nunca tuve la impresión de que los pacientes estuvieran intentando engañarme. Nunca hicieron un comentario absurdo de manera espontánea, sólo cuando se les hacía alguna pregunta aparecían tales respuestas y a menudo ellos se mostraban molestos cuando se les repetía la misma cuestión. Parecían estar totalmente convencidos que todo lo que habían dicho era lo correcto” (18).

Parece claro que la simulación de una enfermedad mental no es tarea fácil, es muy variable en su presentación, es difícil de sostener y cualitativa y cuantitativamente diferente de los trastornos mentales actuales (6).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico del Síndrome de Ganser es por exclusión. Antes es necesario descartar un amplio número de alternativas más frecuentes. Por un lado, tenemos los trastornos facticios. Se debería tener mucho cuidado a la hora de diferenciar las respuestas aproximadas de trastornos del lenguaje como las encontradas en las afasias (parafasias, perseveración, anomia, ecolalia, fallos en la comprensión) así como trastornos de la memoria y de la conducta (confabulación, ensoñación, acalculia...).

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

También se debería descartar la presencia de demencia, ictus, tumores cerebrales, traumatismos con daño cerebral y la epilepsia (ya que estados ictales y postictales se pueden presentar con alteración de la consciencia, alteraciones sensoperceptivas y comportamientos extraños; además de estar caracterizados por un inicio y final abrupto (3, 6).

La presentación llamativa, las alteraciones sensoperceptivas y las respuestas aproximadas pueden sugerir una enfermedad psicótica, siendo el Síndrome de Ganser descrito por algunos autores como un pródromo de la esquizofrenia (3).

TRATAMIENTO, MANEJO Y PRONÓSTICO

Lo más frecuente es una resolución espontánea y una recuperación bastante rápida, a veces después de unas cuantas horas o días. Se han documentado casos en los que es posible una recaída, sobre todo cuando el paciente debe afrontar de nuevo una situación de estrés considerable (6). La hospitalización y una relación terapéutica empática son recomendadas en todos los casos, aunque sólo sea como una manera de alejar al paciente de la situación actual intolerable (3, 6-7).

Entre las opciones de tratamiento se incluye psicoterapia (sobre todo psicodinámica), antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos e incluso ciclos cortos de terapia electroconvulsiva (6, 8). También se recomiendan test de drogas para pacientes con estados disociativos y que presentan síntomas de Ganser. Terapia de seguimiento después de la recuperación está recomendada en todos los casos (6).

En casos donde se sospeche simulación, se deberían tratar de una manera apropiada, con una observación encubierta pero no intrusiva, documentación cuidadosa y evaluaciones repetidas, entrevistas con los familiares o testigos y una progresiva y prudente confrontación (6).

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

CONCLUSIONES

Desde 1897, cuando el Síndrome de Ganser fue descrito, el entendimiento de esta afección ha sido lenta y escasa. La mayoría de los artículos publicados sobre este síndrome son comunicaciones de casos que aportan nula o escasa información relevante o clarificadora.

Con lo que se conoce del síndrome de Ganser, se sugiere que existe una mezcla compleja entre factores cognitivos, afectivos, orgánicos y psicosociales, que conduce a individuos aparentemente acorralados en una situación sin salida, a un estado transitorio de disociación que les permite o facilita el uso de un tipo peculiar de exhibición del comportamiento que involucra respuestas aproximadas y regresión.

En la dificultad histórica para el encuadre nosológico del síndrome probablemente ha intervenido las diferencias entre autores para la conceptualización de la psicosis histérica, lo cual ha dependido en exceso de la subjetividad de cada clínico. No obstante, se debe resaltar la importancia de las descripciones clásicas en psicopatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ganser SJM. A peculiar hysterical state. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1898, translation by Schorer CE. *Br J Criminol* 1965; **5**: 120–26.
2. Espliego-Felipe A, Sánchez-Lequerica A, Ramos-Gorostiza P. Sobre el lugar del síndrome de Ganser en la nosotaxia: una muestra de la dificultad en la práctica psicopatológica. *Psiquiatr Biol*. 2005;12(6):246-51.
3. Dwyer J, Reid S. Ganser's syndrome. *Lancet*. 2004 jul 31-Aug 6;364(9432):471-3.
4. Westphal A. Ueber hysterische Dämmerzustände und das Symptom des "Vorbeiredens". *Neurologisches Centralblatt*. 1903; 7-16 y 64-72.
5. Arieti S, Bemporad JR. Rare, unclassifiable and collective psychiatric syndromes. En: *American handbook of psychiatry*. Vol. III. 2nd ed. 1974.
6. Dieguez S. Ganser Syndrome. *Front Neurol Neurosci*. 2018; 42:1-22.

SÍNDROME DEL SIN SENTIDO O DE GANSER: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

7. Jiménez Gómez B, Quintero J. Ganser syndrome: review and case report. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012 May-Jun;40(3):161-4.
8. Goldin S, McDonald JE: The Ganser state. *J Ment Sci* 1955; 101: 267–280.
9. Heron EA, Kritchevsky M, Delis DC: Neuropsychological presentation of Ganser symptoms. *J Clin Exp Neuropsychol* 1991; 13: 652–666.
10. Peszke MA, Levin GA: The Ganser syndrome: a diagnostic and etiological enigma. *Conn Med* 1987; 51: 79–83.
11. Sigal M, Altmark D, Alfici S, Gelkopf M: Ganser syndrome: a review of 15 cases. *Compr Psychiatry* 1992; 33: 134–138.
12. Mendis S, Hodgson R: Ganser syndrome: examining the aetiological debate through a systematic case report review. *Eur J Psychiat* 2012; 2: 96–106.
13. Whitlock FA: The Ganser syndrome. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 19–29.
14. Ouyang D, Duggal HS, Jacob NJ: Neurobiological basis of Ganser syndrome. *Indian J Psychiatry* 2003; 45: 255–256.
15. Enoch D, Ball H: Ganser's Syndrome; in *Uncommon Psychiatric Syndromes*, ed 4. London, Arnold, 2001, pp 74–94.
16. Tsoi WF: The Ganser syndrome in Singapore: a report on ten cases. *Br J Psychiatry* 1973; 123: 567–572.
17. Anderson EW, Mallinson WP: Psychogenic episodes in the course of major psychoses. *J Ment Sci* 1941; 87: 383–396.
18. Schorer C: The Ganser syndrome. *Br J Criminology* 1965; 5: 120–126.