



ESQUIZOFRENIA CENESTESICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Alba García Pérez, Jessica Roxanna Russo de León, Joaquín Gil Sánchez, Modesto Jesús Sánchez López, Marta Roca Carles, Elena Moral Zafra, María Dolores Ruiz Velasco, Víctor Pérez Plaza, Nadia López Imbernon, María Teresa Izquierdo Ros

Hospital General Universitario Reina Sofía

albagarciaperez@hotmail.es

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de un paciente diagnosticado de esquizofrenia que refiere síntomas cenestésicos y síntomas afectivos, lo que nos hace pensar en esquizofrenia cenestésica, descrita por primera vez por Huber en 1957 aunque este tipo de síntomas fueron descritos desde la época Kraepeliniana (en 1907) por Dupres y Camus como "les cénesthopathies", un síndrome especial.

ESQUIZOFRENIA CENESTESICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

En 1957, Huber empleó el término de esquizofrenia cenestésica para definir un subtipo de esquizofrenia caracterizado por el predominio de sensaciones corporales combinadas estrechamente con perturbaciones afectivas y alteraciones neurovegetativas siendo los síntomas esquizofrénicos típicos limitados o breves episodios psicóticos breves.

En las clasificaciones actuales, DSM IV o CIE10, las alucinaciones corporales en la esquizofrenia se integran en el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Los criterios generales y psicopatológicos de las sensaciones corporales son:

- a) Una gran variedad de cenestesias en el paciente total e individual;
- b) Su naturaleza rápidamente cambiante;
- c) Su ocurrencia, frecuentemente en paroxismos y fases;
- d) Su dependencia de ritmos y períodos fisiológicos e influencias atmosféricas;
- e) La novedad y la calidad subjetivamente diferente para el paciente, comparada con todas las sensaciones usuales;
- f) Su carácter extraño, peculiar, en parte bizarro; la dificultad del paciente para describirlas y de entenderlas por parte del investigador. Los pacientes carecen de medios adecuados para expresar y verbalizar las cenestesias; por eso usan comparaciones, imágenes y neologismos, que hace que los informes sobre las quejas aparezcan fácilmente como "vagos, difusos, imprecisos e indeterminables". La mayoría de las sensaciones tienen el carácter de movimiento y dinamismo; prevalecen las sensaciones errantes sobre y dentro del cuerpo, no fijas sino fluctuantes y cambiantes.

Algunos ejemplos de cenestesias serían: sensaciones de entumecimiento y rigidez, sensaciones de debilidad motora, sensaciones circunscriptas de dolor (perforación, corte, quemadura, sensaciones eléctricas, sensaciones térmicas de calor y frío, sensaciones de movimiento o presión dentro del cuerpo o en su periferia, sensaciones de peso o liviandad anormales y vacío, hundimiento, levitación y elevación, sensaciones kinestésicas (pseudomovimientos de los miembros), sensaciones vestibulares (perturbaciones cualitativamente extrañas de la orientación y equilibrio corporal), sensaciones provocadas por estímulos acústicos, emocionales y táctiles; estas últimas son hiperpatías y por lo tanto ya son un síntoma neurológico.

Se ha descrito un inicio crónico-insidioso y una prevalencia alrededor del 10%. Edad de inicio entre los 24-30 años, con diagnóstico sobre los 34-38 años. Los pródromos prepsicóticos suelen ser de larga data, siendo característicos los desórdenes de personalidad, neurosis y desórdenes somatomorfos.

Existe una disposición del sexo a favor de los hombres.

ESQUIZOFRENIA CENESTESICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Es necesario un diagnóstico diferencial para excluir desórdenes de la personalidad y neurosis. Sólo la consideración de todos los datos clínicos y el curso puede conducir al diagnóstico correcto.

Es importante la personalidad primaria, si siempre estuvo presente la tendencia a la auto-observación y a las sensaciones corporales, es decir, ya en la infancia respecto de un desorden asténico, hipocondríaco, abúlico y distónico de la personalidad o respecto de una debilidad, o que se hayan desarrollado gradualmente durante la vida del paciente.

El diagnóstico diferencial debe excluir también las enfermedades cerebrales orgánicas; debe considerar principalmente tumores, enfermedades vasculares, traumáticas e inflamatorias, esclerosis múltiple; los procesos cerebrales atróficos en la edad avanzada con o sin síntomas depresivos iniciales, estados de falla prematuros sobre la base de los déficits intelectuales y síndromes pseudopsicopáticos producidos por un daño cerebral temprano.

OBJETIVO

Revisión de la literatura publicada sobre la esquizofrenia cenestésica y presentación de un caso clínico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 50 años que acude a urgencias para valoración psiquiátrica, siendo ingresado en la planta de psiquiatría por ideación suicida.

Antecedentes personales: No AMC. No HTA, no DM, no DLP. En mayo 2015 estuvo ingresado en medicina interna por esofagitis hemorrágica. No otras enfermedades médico-quirúrgicos de interés. Niega tóxicos.

Antecedentes psiquiátricos: Atendido desde 1998 hasta 2004 en CSM. Estuvo en seguimiento de nuevo y deja de ir en 2014 por traslado de domicilio a otra comunidad, con seguimiento muy irregular. Pendiente de cita para re-acogida en Agosto 2015. Según último informe, T. Esquizotípico de la personalidad. Los déficits cognitivos objetivados señalarían el posible desarrollo de una Esquizofrenia Simple, que le limita para una actividad sociolaboral normal.

Tratamiento: Lansoprazol 30 mg 1-0-0, Paliperidona 6 mg 1 comprimido cada 24 horas 1-0-0, Clonazepam 0.5 mg cada 8 horas 1-1-1.

SB: Padres fallecidos, tiene un hermano tres años menor. Percibe pensión no contributiva. Vive con su hermano, la mujer y dos sobrinos de 14 y 12 años. Buena relación familiar.

ESQUIZOFRENIA CENESTESICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Enfermedad actual: El paciente refiere insomnio desde hace 5-6 días, refiere que "ya no aguanta más", que presenta ideas de muerte desde hace 15 días aproximadamente, que "se le junta todo y ya no pinta nada en esta vida", que tiene "un temblor" que cada vez le va a más y va de un miembro a otro; que necesita "dormir y descansar", lo que no puede hacer porque le molestan todos los sonidos, incluso los que provienen de los vecinos de casas alejadas a la suya.

Su hermano refiere que lo encuentra peor, que ya no sale a la calle como antes, que salía a pasear, que está más inactivo y con menos ilusión, que ha perdido el apetito y apenas come, que hace un par de semanas escribió una nota "de últimas voluntades" y que se lo dijo a sus sobrinos.

Exploración psicopatológica: Consciente y orientado en las tres esferas. Inquietud psicomotriz, presenta un temblor en extremidad superior derecha cuando se pone nervioso, aunque el paciente refiere que a veces "se mueve" a otras extremidades. Aspecto adecuado. Impresiona de escasos recursos cognitivos. Angustia durante su estancia en SU, con llanto, refiere que se encuentra muy mal y nos pide que le ayudemos. Falta de piezas dentarias. Lenguaje espontáneo, sin alteraciones en forma, curso o contenido del pensamiento, donde expresa su malestar con discurso lúcido y coherente, excesivamente correcto y reiterativo, centrado en su necesidad de tratamiento para poder descansar. Sonofobia e hipersensibilidad a las temperaturas, que ha motivado varios cambios de domicilio. Ánimo bajo, reactivo a situación actual. Sentimientos de apatía y anhedonia. Sentimientos de minusvalía. No se objetiva clínica psicótica en el momento actual. Niega alteraciones sensorio-perceptivas. Refiere insomnio de 5 días de evolución aproximadamente con pesadillas (dice tener pesadillas con sus familiares fallecidos). Refiere ideas de muerte que impresionan de reactivas a problemática por la alteración del sueño, de las que no realiza crítica en el momento actual, refiere que "ha dado un bajón muy grande, que se ve muy mal", pero que no ha llegado a realizar nada por su familia. No heteroagresividad en el momento actual. Juicio de realidad conservado.

Exploraciones complementarias: Analíticas, EEG, y RMN con resultados normales.

Evolución: El paciente se muestra al principio de su ingreso angustiado por su dificultad de sueño y por las alteraciones cenestésicas. Se inicia tratamiento con Mirtazapina y Paliperidona, manteniendo clonazepam 0,5 x 3 como ansiolítico y el paciente va transmitiendo su mejoría, sin necesitar BZD de rescate, descansando mejor y negando cualquier ideación autolítica. En las entrevistas se le va confrontando con sus vivencias, que él minimiza. Buena adaptación a las normas de la planta y buen nivel relacional, centrando su discurso en vivencias de malestar físico, como crisis de hipo y discreto temblor en mano derecha, que va disminuyendo con los días. Se realiza interconsulta con Neurología que descarta Parkinson, lo que parece tranquilizar al paciente, así mismo se realiza EEG y RMN, con registros dentro de la normalidad. El viernes 31, el paciente demanda alta. Al estar ingresado voluntariamente no mostrar angustia en los

ESQUIZOFRENIA CENESTESICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

últimos días y en ese momento, con crítica de sus vivencias depresivas, negando ideación autolítica y transmitiendo dificultades en la conciliación de sueño por ruido de la unidad y ronquidos del paciente de la cama vecina así como malestar al sentirse enclaustrado se decide un alta hospitalaria.

Juicio diagnóstico: Esquizofrenia simple.(F20.6), cenestésica.

DISCUSIÓN

El paciente cumple criterios de esquizofrenia cenestésica por sus síntomas físicos: temblor que no se explica por una dolencia física, cambiante, paroxístico, y la hipersensibilidad a los ruidos y temperaturas. También presenta alteraciones en la esfera afectiva, con clínica de `resiva importante.

Con el inicio del tratamiento antidepresivo (mirtazapina) y aumentando las dosis de antipsicótico (paliperidona), manteniendo los ansiolíticos, el paciente mejora significativamente de su clínica, especialmente se reduce la angustia y las alteraciones del estado de ánimo, persistiendo los síntomas residuales de esquizofrenia simple y síntomas cenestésicos leves.

CONCLUSIONES

Es una entidad a tener en cuenta, fundamentalmente a la hora de realizar el diagnóstico diferencial, aunque no modifica las pautas de tratamiento y seguimiento.

Así pues debemos pensar en esta patología ante pacientes que nos relatan de forma extraña, con gran dificultad, una serie de síntomas físicos o sensaciones corporales, junto a alteraciones del estado de ánimo, en personas previamente diagnosticadas de esquizofrenia o que presentan datos que nos hacen pensar en esta patología. Fundamentalmente debemos tener en mente la esquizofrenia cenestésica para realizar un buen diagnóstico diferencial con los síntomas que representan dolencias orgánicas verdaderas y las neurosis, simulaciones, etc.

BIBLIOGRAFÍA

Cabrejos C, Salirrosas Alegría C, Córdoba Flores R, et al. Cenestesias y esquizofrenia cenestopática. Rev Neuropsiatr 2001. 74 (4):305-310

Jenkins G, Röhricht F. From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: a historical and phenomenological review. Psychopathology. 2007;40(5):361-8.

Röhricht F, Gudi A, Lewis-Fernández R. Medically unexplained physical symptoms masking (cenesthopathic) schizophrenia: a case series. J Psychiatr Pract. 2010 Jul;16(4):258-64.