



## **SÍNDROME DE SANCHÍS BANÚS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Alba García Pérez, Jessica Roxanna Russo de León, Nadia López Imbernón, María Dolores Ruiz Velasco, Víctor Pérez Plaza, Joaquín Gil Sánchez, Modesto Jesús Sánchez López, Marta Roca Carles, Elena Moral Zafra, Fabián Pavez Reyes

Hospital General Universitario Reina Sofía

[albagarciaperez@hotmail.es](mailto:albagarciaperez@hotmail.es)

### **RESUMEN**

En 1915, Kraepelin describe el "delirio paranoide de los sordos y duros de oído". En 1924, el psiquiatra español Sanchís Banús describe la reacción paranoide de los ciegos. Se describe el caso de una paciente diagnosticada de reacción paranoide tras ser operada de cataratas en ambos ojos con posterior desprendimiento de retina y cirugía de colesteatoma en ambos oídos, lo que supuso una pérdida importante de audición y visión.

# SÍNDROME DE SANCHÍS BANÚS. A PROPÓSITO DE UN CASO

## INTRODUCCIÓN

En 1915, Kraepelin define el "delirio paranoide de los sordos y duros de oído", como «la exteriorización de un delirio de persecución, vago, con alucinaciones particularmente indeterminadas y humor ansioso intenso, lo que según su apariencia toma sus raíces en sentimientos de inseguridad que derivan de la imposibilidad de relaciones intelectuales con el mundo exterior».

Años más tarde, concretamente en 1924, el psiquiatra José Sanchís Banús, describe una nueva entidad, a la que denomina «reacción paranoide de los ciegos» tras encontrar dos casos en su servicio afectados de ceguera adquirida que, bajo presiones ambientales, desarrollan ideas delirantes de persecución y celotípicas. Sanchís Banús insiste en la importancia de la psicogenia y personalidad previa en la génesis del trastorno.

Se define como una reacción paranoide que se produce en situaciones de privación sensorial, y que asienta sobre una base disposicional o caracterial en sujetos con rasgos de inseguridad.

La incorporación del Síndrome de Sanchís Banús (SSB) a la nosografía psiquiátrica se produce en 1928 por parte de Kehrer (Tratado de las Enfermedades Mentales de Bumke)

Pero será Román Alberca, en 1957, quien delimitará este síndrome tras un riguroso estudio. Alberca diferencia tres formas:

- a) La psicosis es coetánea con la ceguera con o sin conflicto añadido
- b) Un conflicto ambiental desencadena la psicosis en un antiguo ciego
- c) La psicosis estalla tardíamente sin concurrencia de un nuevo conflicto.

Los casos a) y b) corresponderían, según Alberca, a "reacciones paranoides", en que el peso de los factores externos es mayor que la predisposición a la paranoia del individuo, y serían de mejor pronóstico que los casos c), correspondientes a "psicosis de situación", de peor pronóstico.

Posteriormente, Barcia y Alberto Vidal hipotetizan acerca de su relación con la depresión.

## OBJETIVO

Revisión de la literatura publicada sobre el síndrome de Sanchís Banús y presentación de un caso clínico.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 58 años traída a urgencias por su hermana por alteraciones de conducta en domicilio y verbalización de "ideas raras".

## **SÍNDROME DE SANCHÍS BANÚS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Antecedentes personales: Cirugía de colesteatoma de ambos oídos en 2007, con hipoacusia secundaria grave. Recientemente ha sido operada de cataratas en ambos ojos, complicándose posteriormente con desprendimiento de retina en ambos ojos, por lo que precisó inmovilización en decúbito prono las semanas previas a consultar; agudeza visual disminuida, presentando casi 20 dioptrías de miopía en cada ojo. No tiene otras enfermedades ni cirugías de interés.

Antecedentes psiquiátricos: Es el primer contacto con salud mental.

La describen como una persona reservada, tímida, sin apenas actividades de ocio fuera del domicilio. Ha centrado las relaciones sociales en su pareja.

Situación basal: Casada, sin hijos. Varios meses de baja desde que comienzan las operaciones de cataratas y las posteriores complicaciones.

Enfermedad actual: La paciente acudió a urgencias por ansiedad, donde relató una serie de ideas de perjuicio y celotípicas centradas en su pareja y su asistenta, a la que despidió la semana previa. La paciente refiere que se ha ido dando cuenta poco a poco de que la vecina de abajo, molesta por las gotas de agua que caen desde su piso al de la vecina al regar, ha comenzado a llevar a su casa prostitutas para que por la noche, cuando su marido y ella se van a dormir, suban a estar con su marido. También comenta que su asistenta (que trabaja también para la hermana), tiene una relación con su marido y que entre los dos la quieren matar para quedarse su dinero.

Exploración psicopatológica: Consciente y orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora. Aspecto adecuado. No se quita las gafas de sol durante la entrevista. Discurso lúcido, espontáneo, centrado en las ideas de perjuicio. Angustia ante estas ideas. No alteraciones mayores del estado de ánimo. No alteraciones sensoperceptivas ni en forma/curso del pensamiento. En contenido ideas de perjuicio y celotípicas antes descritas, de mecanismo interpretativo. No ideas auto o heteroagresivas. Juicio de realidad distorsionado.

Exploraciones complementarias: Se realizaron EEG y RMN con resultados normales.

Evolución: En los primeros días la paciente muestra un discurso acelerado, con prolijidad y discreto descarrilamiento. Están activas las interpretaciones y no hay crítica alguna. Se inicia tratamiento con olanzapina 15 mg, con buena tolerancia y mejor ajuste en su discurso y discreta crítica. Se añade risperidona con mala tolerancia y se decide Paliperidona hasta 9 mg asociada a Olanzapina, con la idea de comenzar a pautar Xeplion de manera ambulatoria. Su discurso está más centrado y su nivel de funcionamiento es normal, manteniendo cierta ambigüedad en los temas más centrales, pero con facilidad para retirar su atención de ellos y encapsularlos. Procedemos a alta en Psiquiatría.

Juicio diagnóstico: Reacción paranoide, sin síntomas de Esquizofrenia

## **SÍNDROME DE SANCHÍS BANÚS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Tratamiento a seguir: Paliperidona 6 mg 1 - 0 - 0 (Suspender al poner Xeplion 75), Olanzapina 10 mg / noche, Lormetazepam 2 mg, si insomnio, Lorazepam 1 mg, si ansiedad

### **DISCUSIÓN**

Nos impresiona que la sintomatología presentada por la paciente puede estar relacionada con su desaferentización sensitiva (hipoacusia y disminución de la agudeza visual), en una personalidad previa con rasgos esquizoides.

Se correspondería a un caso tipo a) de los descritos por Barcia, consecuentemente, de buen pronóstico.

### **CONCLUSIONES**

Consideramos que es una entidad a tener en cuenta ya que, a pesar de no modificar el tratamiento, no debemos pasar por alto el desencadenante de la reacción paranoide, para trabajar sobre este, intentando minimizar la desaferentización y así mejorar la psicopatología del paciente.

Vidal realizó un estudio en enfermos con ceguera adquirida, encontrando una prevalencia de ideas delirantes en el 3,5% del total, señalando que la patología depresiva es mucho más frecuente. De los delirios, los más frecuentes son el persecutorio (33.33%) y celotípico (25%)

Son factores de buen pronóstico son la aparición aguda, individualización de factores desencadenantes, inicio antes de los 30 años, sexo femenino, duración inferior a los 6 meses antes de la hospitalización.

Si aplicamos estos conceptos a las reacciones paranoides de los ciegos (Grupo A y B) tendrían peor pronóstico que las de los sujetos videntes, no solo por la aparición en edades más tardías, sino por la irreversibilidad de una condición favorecedora como es la ceguera. A su vez, los pacientes del Grupo C - psicosis de situación - tienen pronóstico más desfavorable que los grupos A y B por su potencialidad a organizarse como desarrollos delirantes paranoides, dada la persistencia y durabilidad del factor de aislamiento. Sin embargo, para una evaluación adecuada del pronóstico, nunca deberá obviarse el grado de afectación y compromiso de la personalidad de base.

## **SÍNDROME DE SANCHÍS BANÚS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **BIBLIOGRAFÍA**

Carrión Expósito L, Bancalero Romero C, Hans Chacón A, et al. Delirio paranoide de los ciegos. *Psiquiatr Biol* 2012; 19(3):95-98.

Pérez Salmón C. El síndrome de Sanchis Banús. Una contribución española a la nosología psiquiátrica del siglo XX. *Revista de la historia de la psicología* 2002; 23(3-4):307-312