

Respuesta a la terapia electroconvulsiva en un caso de erotomanía

M. Arrojo, M. Esteves, P. Ferreira y A. P. Palha

Departamento de Psiquiatría. Hospital de São João. Facultad de Medicina. Oporto (Portugal)

Response to electroconvulsive therapy in a case of erotomania

Resumen

La erotomanía secundaria se ha relacionado fundamentalmente con las psicosis funcionales (especialmente esquizofrenia) y trastorno bipolar. Tradicionalmente, la cronicidad y resistencia al tratamiento han sido consideradas características intrínsecas de la erotomanía, aunque se han descrito casos de erotomanía secundaria con respuesta a benzodiazepinas, litio, anticonvulsivos, antipsicóticos y terapia electroconvulsiva.

En este trabajo presentamos un caso clínico de erotomanía secundaria asociado a esquizofrenia con buena respuesta a terapia electroconvulsiva y neurolépticos.

Palabras clave: Erotomanía. De Clerambault. Psicosis.

Summary

Secondary erotomania has mainly been associated with functional psychosis (especially schizophrenia) and bipolar disorder. Traditionally, erotomania has been considered chronic and refractory to treatment, although cases of secondary erotomania with response to benzodiazepines, lithium, anticonvulsants, antipsychotic drugs and electroconvulsive therapy have been described.

In this paper, we present a clinical case of secondary erotomania related to paranoid schizophrenia with good response to electroconvulsive therapy and neuroleptics.

Key words: Erotomania. De Clerambault. Psychosis.

INTRODUCCIÓN

En 1921, Kraepelin¹ incluye a los delirios erotomaniacos en los delirios de grandeza, que junto a los delirios de persecución y los delirios celotípicos formarían parte del espectro de la paranoia, que define como «el desarrollo insidioso bajo la dependencia de causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de conmover y que se instaura con una completa conservación de la claridad y del orden en el pensamiento, la voluntad y la acción».

EROTOMANÍA: ASPECTOS GLOBALES

En su libro *Les psychoses passionelles* (1921) Gaetan Gatian de De Clerambault describió varios casos diferenciando dos formas de erotomanía: una pura, en la cual el delirio se desarrolla de forma súbita y no está inscrito en

un proceso psicótico global, y otra secundaria, de desarrollo insidioso y en la que el delirio está inscrito en un proceso psicótico global de curso desorganizado y deteriorante. Los casos puros se diferenciarían de los delirios paranoides de tipo erótico descritos primariamente por Kraepelin por su inicio súbito^{1,2}.

De Clerambault pensaba que la erotomanía podía aparecer como un síndrome sobrepuesto y transitorio; en ocasiones era un síndrome premonitorio y otras veces constituía una entidad autónoma.

Ellis y Mellsop³ a partir de los postulados de De Clerambault definieron los siguientes criterios diagnósticos de erotomanía pura: *a)* convicción delirante de estar en comunicación amorosa con otra persona; *b)* esa persona es de rango mucho más alto; *c)* esa persona ha sido la primera en enamorarse; *d)* esa persona es la primera en aproximarse; *e)* el comienzo es súbito; *f)* el objeto de amor permanece inalterable; *g)* el paciente tiene una explicación para el comportamiento paradójico de la persona; *h)* el curso es crónico; *i)* ausencia de alucinaciones.

En las clasificaciones actuales (CIE-10/DSM-IV) la erotomanía primaria se incluye dentro de los trastornos delirantes^{4,5}.

La erotomanía secundaria se ha relacionado fundamentalmente con las psicosis funcionales (especialmente esquizofrenia) y trastorno bipolar, aunque también se ha descrito en otras entidades como depresión mayor⁶, parafrenia⁷, debilidad mental⁸, demencia de tipo Alzhei-

Correspondencia:

Manuel Arrojo Romero
Departamento de Psiquiatría
Hospital São João
Alameda Professor Hernani Monteiro, s/n
4400 Porto (Portugal)
Correo electrónico: marrojo3@hotmail.com

mer⁹, psicosis histérica¹⁰, trastorno de personalidad límite¹⁰, trastorno afectivo orgánico¹¹, hemorragia subaracnoidea¹², abuso de amfetaminas y de alcohol¹³, uso de anovulatorios¹³, tratamiento con corticoides¹³, meningioma¹³, alcoholismo¹³, VIH¹⁴, etc.

Tradicionalmente, la cronicidad y resistencia al tratamiento han sido consideradas características intrínsecas de la erotomanía, aunque se han descrito casos de erotomanía secundaria con respuesta a benzodiacepinas¹⁵, litio¹⁶, anticonvulsivos¹⁷, terapia electroconvulsiva¹⁸, neurolépticos¹⁹ y antipsicóticos de segunda generación como la risperidona²⁰ o la olanzapina²¹.

Para algunos autores el pesimismo en relación al tratamiento y pronóstico de la erotomanía es equivocado y la respuesta terapéutica refleja la naturaleza y severidad del proceso subyacente²².

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 21 años que es internada en nuestro servicio por alteraciones de comportamiento. Desde hace 3 meses piensa que un profesor que conoció el año anterior en casa de su prima y con el que ha coincidido en escasas ocasiones se ha enamorado de ella. Dice haberse dado cuenta de esto súbitamente por las señales que él le hace y porque oye su voz susurrándole frases de amor. Asimismo piensa que en un determinado programa de televisión se refieren a ella y dan pistas sobre su relación y escucha voces que comentan sus actos. Añade que ese mismo día era el acordado para encontrarse con su profesor y explica que él no se dirigía directamente a ella «porque sabía que no iba a conseguir sus propósitos».

Nacida de parto a término y sin complicaciones, tuvo un desarrollo psicomotor normal en las diferentes fases etarias. Descrita como introvertida, nunca ha tenido relaciones sentimentales. Estudia segundo año de Filosofía. Se desconocen antecedentes psiquiátricos en su familia.

Recientemente la familia consultó a un psiquiatra que la medicó con flupentixol sin mejoría del cuadro, por lo que decidieron traerla al hospital. En la exploración psíquica se presenta vigil, poco colaboradora y orientada en tiempo y espacio, auto y alopsíquicamente. Su discurso carece de espontaneidad y se muestra perpleja y distante. Humor ansioso. Presenta ideación delirante de contenido erotomaniaco y autorreferencial, con actividad alucinatoria de tipo auditivo relacionada con la temática del delirio (oye la voz del profesor). Atención y concentración difíciles de captar, con agitación psicomotora. Ausencia total de introspección.

Se realizaron hemograma y bioquímica global, serología luética, serología de hepatitis B, C y VIH, estudio tiroideo, TC cerebral y EEG que no evidenciaron alteraciones. Se realizó diagnóstico de esquizofrenia paranoide y se pautó tratamiento con haloperidol (15 mg/día). Paralelamente se aplicaron seis sesiones de terapia electroconvulsiva, consiguiéndose la remisión casi completa de la sintomatología en algo menos de un mes. Actualmente (tras más

de 2 años de seguimiento en consultas) se mantiene estabilizada con tratamiento antipsicótico y psicoterapia dirigida a mejorar la introspección.

CONCLUSIONES

El caso presentado cumple varios de los postulados de erotomanía primaria de Ellis y Mellsop; la paciente tiene la convicción delirante de estar en comunicación con su profesor, que ha sido el primero en enamorarse; el comienzo ha sido súbito y encuentra una explicación para el comportamiento paradójico del mismo. Por el contrario, la existencia de alucinaciones auditivas, no siempre relacionadas con la temática delirante, así como la edad del paciente y su personalidad previa, sugieren el diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

Probablemente la erotomanía no constituye un indicador de mal pronóstico por sí sola y la respuesta al tratamiento está en función de la naturaleza y severidad de la patología subyacente. En el caso clínico expuesto, perteneciente a una paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, el tratamiento con terapia electroconvulsiva, neurolépticos y psicoterapia centrada en la introspección resultó eficaz como muestra la estabilidad clínica tras 2 años de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enoch MD, Trethowan WH. Uncommon psychiatric syndromes. Bristol, John Wright, 1979.
2. Segal JH. Erotomania revisited: from Kraepelin to DSM-III-R. *Am J Psychiatry* 1989;146(10):1261-6.
3. Ellis P, Mellsop G. De Clerambault's syndrome — a nosological entity? *Br J Psychiatry* 1985;146:90-3.
4. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 1992.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
6. Iruela LM, Marcos MA. De Clerambault's syndrome in unipolar depression. *Br J Psychiatry* 1988;153:417-8.
7. Teoh JI. De Clerambault's syndrome: a review of 4 cases. *Singapore Med J* 1972;13(5):227-34.
8. McGuire BE, Akuffo E, Choon GL. Somatic sexual hallucinations and erotomaniac delusions in a mentally handicapped woman. *J Intellect Disabil Res* 1994;Pt 1:79-83.
9. Drevets WC, Rubin EH. Erotomania and senile dementia of Alzheimer type. *Br J Psychiatry* 1987;151:400-2.
10. Meloy JR. Unrequited love and the wish to kill. Diagnosis and treatment of borderline erotomania. *Bull Menninger Clin* 1989;53(6):477-92.
11. Signer SF, Cummings JL. De Clerambault's syndrome in organic affective disorder. Two cases. *Br J Psychiatry* 1987;151:404-7.
12. Anderson CA, Camp J, Filley CM. Erotomania after aneurysmal subarachnoid hemorrhage: a case report and literature review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10(3):330-7.

13. Doust JW, Christie H. The pathology of love: some clinical variants of De Clerambault's syndrome. *Soc Sci Med* 1978; 12(2A):99-106.
14. Boast N, Coid J. Homosexual erotomania and HIV infection. *Br J Psychiatry* 1994;164(6):842-6.
15. Cocchi R, Passanisi S, Macci F. Does chlordesmethyldiazepam have a specific anti-erotic effect? Report on five observations. *Acta Psychiatr Belg* 1982;82(6):555-64.
16. Remington G, Book H. Case report of De Clerambault syndrome, bipolar affective disorder and response to lithium. *Am J Psychiatry* 1984;141:1285-7.
17. Signer SF, Swinson RP. Two cases of erotomania (De Clerambault's syndrome) in bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 1987;151:853-5.
18. Remington GJ, Jeffries JJ. Erotomaniac delusions and electroconvulsive therapy: a case series. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(7):306-8.
19. Kennedy N, McDonough M, Kelly B, Berrios GE. Erotomania revisited: clinical course and treatment. *Comprehensive Psychiatry* 2002;43(1):1-6.
20. Kelly BD, Kennedy N, Shanley D. Delusion and desire: erotomania revisited. *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(1): 74-5.
21. Alao AO, Armenta W, Yolles JC. De Clerambault syndrome successfully treated with olanzapine. *Ann Pharmacother* 2000;34(2):266.
22. Mullen PE, Pathé M. The pathological extensions of love. *Br J Psychiatry* 1994;165:614-23.