

# Síndrome de Capgras

ALCOVERRO FORTUNY, O. y SIERRA ACÍN, A. C.

Servicios Asistenciales Torribera. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona.

## Capgras' Syndrome

### Resumen

Se describe un caso de Síndrome de Capgras en un adolescente de 16 años que fue ingresado por un trastorno psicótico. Se hace una revisión de la literatura publicada en los últimos años en relación a este tema. La mayoría de autores opinan que aunque se utiliza el término «Síndrome de Capgras», correspondería más a un síntoma que aparece tanto en enfermedades de base orgánica conocida como en trastornos funcionales. Se exponen algunas de las principales hipótesis etiopatogénicas de este síndrome (psicodinámicas, de desconexión, neuropsicológicas y orgánicas).

**Palabras clave:** Síndrome de Capgras. Adolescencia. Trastorno esquizofreniforme. Retraso mental.

### Summary

The authors report a case of Capgras' syndrome in a 16-years-old child, who had been hospitalized for psychotic disorder. A review of the literature is performed. Most authors state that Capgras' syndrome would represent a symptom of underlying medical or functional disorders, although the term «syndrome» is used. The main etiopathogenic hypotheses of this syndrome are put forward (psychodynamic, «disconnection», neuropsychological and medical).

**Key words:** Capgras' syndrome. Adolescence. Schizophreniform disorder. Mental retardation.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 16 años que ingresa en el hospital por presentar trastornos conductuales y heteroagresividad hacia los padres. Sin antecedentes psiquiátricos previos. Como antecedentes somáticos: a los tres días de vida cuadro de hidrocefalia comunicante congénita que requirió válvula de derivación ventrículo-atrial del LCR. En el EEG se detectaron «puntas de hipervoltaje en hemisferio derecho». Hemiplejía izquierda. Miopía. A los 11 años intervención quirúrgica por pie equino-varo severo izquierdo. Desde la infancia dificultades en la orientación espacial (le cuesta reconocer la separación izquierda-derecha, se pierde con facilidad, falta de habilidades para la escritura y el dibujo).

Como datos biográficos: hijo único. Retraso en el desarrollo psicomotor. Inicio de escolaridad a los cinco años, con problemas sobre todo en el área de la escritura y el cálculo. Círculo social muy restringido.

Siendo difícil de precisar el inicio, seis o siete meses antes del ingreso actual se acentúa su tendencia al aislamiento social. Los padres refieren que en ocasiones se queda ensimismado, ausente. Como posibles desencadenantes, ruptura de la amistad con su único amigo y el inicio del curso escolar que le provoca gran ansiedad. De una forma progresiva, empeora en el rendimiento acadé-

mico y aumentan los conflictos en la escuela («empuja y se pelea con los compañeros que no le hacen caso, se muestra más agresivo»). Aumentan sus dificultades en la orientación espacial, perdiéndose con facilidad en el colegio. Se inicia tratamiento psicoterapéutico, atribuyéndose las alteraciones conductuales al cambio puberal y desarrollo propio de la adolescencia.

En la semana previa al ingreso aparecen trastornos de conducta en forma de heteroagresividad hacia los padres. Se practica TAC craneal sin mostrar lesiones que justifiquen las alteraciones conductuales. Refieren una gran inquietud psicomotriz, grita por la ventana diciendo que los padres lo tienen prisionero, y los rechaza de una forma importante. Intentos de fuga del domicilio; quiere telefonar a la policía porque piensa que algunos de sus compañeros de clase han cambiado de nombre. Aparecen sonrisas inmotivadas y persisten los períodos de ensimismamiento de los cuales se recupera espontáneamente. Insomnio pertinaz. El día previo al ingreso presenta un episodio de enuresis. Ante esta clínica se decide su ingreso. La exploración psicopatológica en ese momento mostraba: orientado en tiempo y parcialmente en espacio. Reticente y desconfiado en la entrevista. Inquietud psicomotriz. Lenguaje acelerado con un discurso coherente y elevada ansiedad. Alucinaciones auditivas que repiten su nombre y el de sus compañeros. Soliloquios.

Ideación delirante centrada en la identidad de sus compañeros, los cuales piensa que han cambiado de nombre y apellidos (creía que sus compañeros actuales eran los del pasado pero con nombres diferentes). Duda de la identidad de sus padres, negando la paternidad de éstos. Conjuntamente con esta ideación delirante, de estructuración escasa, existe vivencia paranoide y de hostilidad hacia el entorno (profesores, psicólogos...). No se detecta trastorno de la afectividad. En la exploración psicométrica (WAIS) se aprecian déficits en el componente manipulativo mayores que en el verbal. Analítica general de sangre y orina sin datos destacables. Se inicia tratamiento con tioridazina 300 mg/día y 2 mg/día de biperideno. Progresivamente remite la ideación delirante haciendo crítica de todo el episodio. Se propone en el momento del alta, su asistencia al Hospital de Día.

## DISCUSIÓN

Al analizar el caso y siguiendo criterios del DSM-IV el diagnóstico que nos planteamos fue el de trastorno esquizofreniforme en un paciente con déficit intelectual leve. Además observamos la presencia de la creencia delirante de que sus padres y los compañeros de escuela eran unos impostores que habían suplantado a los auténticos. Estaríamos ante un caso de «Síndrome de Capgras» que formaría parte de los denominados «Síndromes de identificación errónea delirante» que comprenden identificaciones erróneas de la identidad física y/o psíquica de uno mismo o de los otros.

El primer caso va a ser descrito por Capgras y Reboul-Lachaux en 1923 (1). En el síndrome de Capgras el sujeto reconoce la topografía del objeto y sabe quién o qué supuestamente es, pero niega la realidad del mismo y lo identifica errónea y delirantemente con un impostor o doble. De una forma característica, reconoce la apariencia externa de la otra persona, pero niega su identidad. Generalmente el cuadro se limita a las personas más próximas (familiares), y piensan que esta persona ha sido raptada o asesinada, siendo suplantada por un impostor que generalmente está dotado de intenciones hostiles, persecutorias o de índole sexual hacia el paciente. Precisamente esta frecuente asociación del síndrome de identificación errónea delirante al componente paranoide hace que se diagnostiquen más los trastornos paranoides que los síndromes de identificación errónea (2).

Estos síndromes se han descrito en adultos pero también, aunque menos frecuentemente, pueden aparecer en adolescentes. Así en una revisión de la literatura publicada llevada a cabo por Chabrol y Bonnet (1995) (3), encontraron sólo 19 casos en adolescentes, siendo el trastorno esquizofrénico el diagnóstico acompañante más frecuente.

En la descripción del caso hemos visto que existe un déficit intelectual. Este déficit puede favorecer la aparición de trastornos psiquiátricos, entre ellos el Síndrome de Capgras. En niños o adolescentes con retraso mental o discapacidades en el aprendizaje existe una mayor vul-

nerabilidad a los trastornos mentales. Debido a la pérdida de habilidades y ante situaciones vitales adversas o generadoras de altos niveles de estrés aparecen actitudes totalmente disfuncionales (algunos autores hablan de «desintegración cognitiva») (4). Una manifestación frecuente ante el estrés psicológico es la pérdida de continencia de esfínteres (nuestro paciente presenta un episodio de enuresis el día previo al ingreso) y la presencia de trastornos psicóticos con alucinaciones o ideas delirantes, subestimándose en muchas ocasiones el cuadro afectivo (5).

Referente a las dificultades de orientación descritas, coinciden con algunos estudios (6) que han demostrado la tendencia de las lesiones en el hemisferio derecho a asociarse especialmente con deterioro de las tareas visuoespaciales.

Desde un punto de vista etiológico, han sido diversas las aproximaciones que se han realizado sobre este síndrome. Las psicodinámicas proponen la existencia de fenómenos de ambivalencia, proyección y escisión («splitting») como mecanismos implicados. Para otros autores (Todd, 1957) la existencia de un trastorno psicótico causaría una regresión hacia formas arcaicas de pensamiento (7). Este autor afirma que el concepto de doble y los dualismos son prominentes en la mitología y en la mayoría de religiones antiguas. Mediante la desintegración de la personalidad debido a la enfermedad (por ejemplo en la esquizofrenia) aparecerían estos fenómenos primitivos. Considera el fenómeno similar a la liberación de mecanismos neurológicos primitivos que tienen lugar en algunas enfermedades neurológicas como resultado de una desintegración del sistema nervioso central.

Desde el punto de vista neuropsicológico, los síndromes de identificación errónea delirante serían trastornos psiquiátricos en los que se da alguna alteración en el proceso normal de reconocimiento de la gente. Siguiendo a Bauer (8), existirían dos vías neurológicas para el reconocimiento facial, una principal (ventral) que corresponde al reconocimiento consciente, y otra dorsal, que se relacionaría con el significado emocional de la percepción. Los pacientes con Síndrome de Capgras tendrían intacta la ruta ventral o primaria del reconocimiento facial, pero presentarían una desconexión con otras áreas cerebrales, o un daño interno en la ruta dorsal o secundaria. Existiría una alteración en el juicio de la identidad o unicidad relacionado con disfunción hemisférica derecha (9).

Sin descartar totalmente las hipótesis anteriores, pensamos que el caso descrito se aproxima más a las aportaciones teóricas que sustentan una base orgánica de dicho síndrome. A veces los síndromes de identificación errónea delirante preceden el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer o la afectación del sistema nervioso central en el SIDA y pueden aparecer en otras enfermedades de base orgánica conocida (meningioma, encefalopatía hepática, diabetes mellitus, hipotiroidismo, AVC, migraña etc. (10-16), lo que apoyaría la hipótesis de la etiología orgánica del síndrome. Por otra parte, Christodoulou (1977) (9) en 5/8 pacientes con síndrome de Capgras o de Fregoli ha encontrado discrepancias de más de 10

puntos entre la representación verbal y manipulativa en el WAIS; discrepancia que también encontramos en el paciente descrito. Dentro de este apartado también tendría cabida la hipótesis que entiende estas entidades como síndromes de desconexión (Joseph, 1986), según la cual, causas orgánicas producen desconexión entre áreas del córtex cerebral derecho e izquierdo, que decodifican información sensorial aferente (7). El resultado de este fallo daría lugar a la falta de representación integrada del mundo exterior y a la formación de dos imágenes físicamente idénticas pero separadas, de las cuales sería consciente el paciente.

Como se ha descrito por otros autores, cuando se ha descartado la organicidad, es importante diagnosticar el trastorno mental subyacente (7), ya que al tratar el mismo, puede remitir el síndrome delirante de identificación errónea. Así, la medicación antipsicótica, antidepressiva, TEC y/o eutimizantes, junto al tratamiento psicoterapéutico han demostrado su efectividad (5).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Thompson TM, Silk KR, Hover GL. Misidentification of a city: Delimiting Criteria for Capgras Syndrome. *Am J Psychiatry* 1980;137:1270-2.
2. Silva JA, Leong GB, Miller AL. Delusional Misidentification Syndromes. Drug Treatment Options. *CNS Drugs* 1996;5:89-102.
3. Chabrol H, Bonnet D. Le Syndrome de Capgras à l'adolescence: une revue à propos d'un cas. *Encéphale* 1995;21:477-80.
4. Des Noyers Hurley A. Psychiatric Disorders in children and adolescent with mental retardation and developmental disabilities. *Curr Opin Pediatr* 1996;8:361-5.
5. Gillberg C, Persson E, Grufman M, Themner V. Psychiatric Disorders in Mildly and Severely Mentally Retarded Urban Children and Adolescents: Epidemiological Aspects. *Br J Psychiatry* 1996;149:68-74.
6. Rutter M. Secuelas psicológicas del daño cerebral en niños. En: Valls Blanco JM, Luque Luque R, eds. De los hallazgos en la investigación a la práctica clínica. Córdoba: Fundación Castilla Del Pino; 1996. p. 243-65.
7. Christodoulou GN. The Delusional Misidentification Syndromes. *Br J Psychiatry* 1991;159(Supl 14):65-9.
8. Ellis HD, Young AW. Accounting for delusional Misidentifications. *Br J Psychiatry* 1990;157:239-48.
9. Cutting J. Delusional Misidentification and the role of the right Hemisphere in the Appreciation of identity. *Br J Psychiatry* 1991;159(Supl 14):70-5.
10. Lipkin B. Capgras Syndrome Heraldng the Development of Dementia. *Br J Psychiatry* 1988;153:117-8.
11. Mendez M. Delusional Misidentification of Persons in Dementia. *Br J Psychiatry* 1992;160:414-6.
12. Bhatia MS. Capgras Syndrome in a Patient with Migraine. *Br J Psychiatry* 1990;157:917-8.
13. Lewis SW. Brain Imaging in a case of Capgras' Syndrome. *Br J Psychiatry* 1987;150:117-21.
14. Anderson DN. The Delusional of Inanimate Doubles. Implications for Understanding the Capgras Phenomenon. *Br J Psychiatry* 1988;153:694-9.
15. Fleminger S, Burns A. The Delusional Misidentification Syndromes in Patients with and without Evidence of organic Cerebral Disorder: A Structured Review of Case Reports. *Biol Psychiatry* 1993;33:22-32.

Correspondencia:  
 Óscar Alcoverro o Ana Cristina Sierra Acin  
 Servicios Asistenciales Torribera  
 Avenida Prat de la Riba, 171  
 08921 Santa Coloma de Gramenet  
 E-mail: Sierra aa@diba.es