

El síntoma en el cuerpo. Psicosis monosintomática e hipocondría: a propósito de dos casos

Irene Sánchez-Rivero¹
Beatriz Rodríguez-Salgado^{1,2}
Jerónimo Saiz-Ruiz¹

¹Servicio de Psiquiatría, IRYCIS, CIBERSAM, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

²Centro de Salud Mental de San Blas, Madrid

Correspondencia:
Irene Sánchez Rivero
Servicio de Psiquiatría
Hospital Ramón y Cajal
Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100
28034 Madrid.

Correo electrónico: irene.sanchez.rivero@gmail.com

Estimado Editor

Introducción

Los síntomas corporales de naturaleza psicótica constituyen un cajón de sastre en la nosología actual, generan dudas diagnósticas y controversias, de modo que terminan encuadrados en entidades de diversa naturaleza, como el trastorno de ideas delirantes, la dismorfofobia delirante o la esquizofrenia^{1,2}. En este contexto, presentamos dos casos clínicos aparentemente dispares con un denominador común: el cuerpo como síntoma. Un breve repaso histórico nos lleva a considerar la hipocondría como un trastorno con entidad propia e independiente de su gravedad y nos ayuda a fundamentar la diferencia entre la duda, incluso sin introspección, y la certeza delirante.

Casos clínicos

Mujer de 56 años, casada, con tres hijos, trabaja como administrativa. Hace diez años, desde su menopausia, presenta ideas obsesivas acerca de sufrir una enfermedad, autoobservación continua de signos físicos banales y consultas a especialistas. Realiza conductas evitativas en relación a la higiene personal, tales como ducharse a oscuras para no ver su cuerpo. La vivencia de absurdidad de estas ideas es primero parcial y luego desaparece, siempre con escasa resistencia. El cuadro supone una gran interferencia funcional, con apenas relaciones sociales y cese de prácticamente todas sus actividades. Se desarrolla en el contexto de una personalidad previa tímida, miedosa y dependiente, así como de fallecimientos en su entorno.

Varón de 53 años, casado, con dos hijos, trabajó como arquitecto hasta ser despedido. Sometido a tiroidectomía por carcinoma tiroideo tras un proceso diagnóstico difícil en el que precisó buscar segundas opiniones. Personalidad previa analítica y meticulosa. En consulta se ponen de manifiesto vivencias corporales angustiosas. El cuadro comienza

con sensación de asimetría facial, paresia y parestesias en hemicuerpo ipsilateral. Convencido de sufrir una enfermedad degenerativa, es imposible reducir tal creencia a pesar de la normalidad de las sucesivas pruebas y de las consultas a especialistas. Los síntomas evolucionan a vómitos, vértigo, algias generalizadas, astenia, macroglosia, pérdida de turgencia cutánea, anhidrosis y alteración del ritmo intestinal. Muestra diferentes partes de su cuerpo y aporta fotos previas al inicio del cuadro para dar veracidad a los síntomas, que no se objetivan. Busca con insistencia la confirmación de los síntomas en sus allegados.

Discusión

La primera descripción de hipocondría se atribuye al discípulo de Hipócrates Diocles de Caristo. A partir de entonces, múltiples autores debatirán durante siglos si es somática o mental su etiopatogenia. Boissier de Sauvages de la Croix abre por primera vez el debate entre hipocondría simple y delirante. Cotard, en 1880, calificó el síndrome con su epónimo como *delirio hipocondriaco*, entendiéndolo como la acentuación de la hipocondría^{3,4}.

El término *Psicosis monosintomática hipocondriaca* fue acuñado por Munro y Riding en 1975⁵. En la escuela francesa, el *delirio hipocondriaco* se relaciona estrechamente con el concepto de *delirio crónico*. Morel postuló que el desarrollo natural del delirio sigue una sucesión de temáticas, de forma que el temor hipocondriaco constituye la primera fase, que deriva en un delirio de persecución y culmina en una megalomanía. El paciente, a partir de ver comprometidas primero su salud y posteriormente su vida, asume ser alguien importante⁶. En contraposición a la idea de sucesión de temas delirantes, Bleuler considera que esta lógica corresponde a un pensamiento sano, no a uno paranoide, y además postula la existencia de la *hebefrenia hipocondriaca*^{7,8}. Gèrente, siguiendo a Cotard, subraya la *hiperalgesia psíquica*, y la autoobservación patológica de los hipocondriacos; también separa nuevamente la hipocondría simple de la delirante^{3,6}.

Desde que Dupré y Camus crearan el término *cénesthopatías* en 1907, diversos autores han abordado las sensaciones corporales alucinatorias⁹. En la psicopatología de la escuela alemana, prepondera el papel atribuido a las alteraciones sensoperceptivas sobre aquél de los delirios hipocondriacos. Schneider incluye las sensaciones corporales alucinatorias como síntomas de primer rango de la esquizofrenia¹⁰ y Kraepelin integra los síntomas delirantes hipocondriacos, las alucinaciones cenestésicas y las ideas de influencia corporal en la *Parafrenia Fantástica*¹¹. Con el concepto de *Parafrenia Hipocondriaca* de Leonhard, adquiere la consideración de entidad nosológica diferenciada, caracterizada por cenestopatías^{6,12}.

En la tercera edición revisada de la clasificación DSM, el concepto de *trastorno delirante* sustituye al *trastorno pa-*

ranoide de su predecesora DSM-III, estableciéndose, entre otros cambios, la introducción del subtipo somático¹³. Bajo la nomenclatura de *trastorno delirante crónico*, el subtipo somático se reafirmaría en la sucesora DSM-IV¹⁴. Por el contrario, en la CIE-10 no se especifican subtipos, aunque los síntomas somáticos son aceptados como temática delirante¹. En la actual DSM-5 se mantiene invariable dicho subtipo, cuyas temáticas más frecuentes son las creencias de deformidad, desprender un olor desagradable, estar infestado por organismos diversos, y el no funcionamiento de los órganos¹⁵; sin embargo, otros autores aseguran que la hipocondriasis constituye la temática delirante más característica¹⁶. La conceptualización del subtipo es compleja y a veces resulta arduo distinguirlo de trastornos somatomorfos^{16,17}.

Respecto a la hipocondría, fue separada de los trastornos psicóticos ya en la DSM-II al incluirse en las *neurosis*¹⁸. En posteriores ediciones de la clasificación americana –así como en la actual CIE-10– se mantendría en la misma línea, conservando su identidad nosológica dentro del grupo de los trastornos somatomorfos^{1,13,14}, hasta finalmente ser eliminada en la DSM-5¹⁵.

Actualmente esta entidad y el resto de trastornos somatomorfos son englobados en el *Trastorno de síntomas somáticos (TSS)* de la DSM-5, definido por la existencia de síntomas somáticos no explicados médicamente, que asocian gran repercusión funcional, excesivas creencias, pensamientos, y/o comportamientos relativos a la salud. Dentro del grupo de *TSS y relacionados*, el *Trastorno de ansiedad por enfermedad* incluye los casos de hipocondría en los que no existen síntomas somáticos que provoquen la preocupación desproporcionada por sufrir o adquirir una enfermedad, o si los hay son muy leves^{15,19,20}. En cualquier caso debe realizarse el diagnóstico diferencial con un trastorno delirante¹⁵.

Para López Ibor, la *corporalidad* es la experiencia vivida, el cuerpo como realidad fenomenológica²¹. En esta línea, creemos que los síntomas somáticos sin explicación orgánica pueden ser el inicio o el fin de una sucesión psicopatológica²²: pueden constituir la denominada *somatización*, como culminación de un relato de estrés²³, o pueden adquirir una cualidad interpretativa ulterior que fundamente un trastorno hipocondriaco, obsesivo o incluso delirante^{2,24,25}. Las quejas somáticas están presentes también como fenómenos alucinatorios no nucleares en ciertos trastornos psicóticos, lo que exige un diagnóstico diferencial. No obstante, en la hipocondría grave una sensación inespecífica genera unos temores excesivos, sin atisbo de crítica, que remedan un trastorno delirante¹⁷. Más nos parece esto una duda repetitiva, con conductas de comprobación para la salud que nacen de una interpretación exagerada de alguna sensación corporal¹⁹, que un trastorno somatomorfo tal y como está clasificada en la CIE-10¹ y la DSM-IV¹⁴, dejando en segundo plano el ámbito cognitivo de duda y miedo¹⁹, para nosotros fundamental. Esta situación, ilustrada con el primero de los

casos clínicos, nos hace considerar si la hipocondría debe clasificarse como un trastorno somatomorfo, pues cuando adquiere gravedad en términos de interferencia, falta de crítica o resistencia, pasa a perder su denominación propia y llamarse trastorno delirante^{1,15}. Si, como algunos autores aconsejan, se hubiera incluido en la clasificación DSM-5 dentro de los trastornos obsesivos y trastornos relacionados^{18,26,27}, podría utilizarse la especificación *con ideas delirantes*, haciéndose hincapié en los aspectos cognitivos de la enfermedad más que en las sensaciones corporales. De esta manera, existiría la posibilidad de que la gravedad de la enfermedad transitara entre la neurosis y la psicosis, sin que por ello viera alterada su naturaleza, idea latente en el hecho de que los trastornos obsesivos (y relacionados) hayan sido separados en la DSM-5, tal y como algunos autores han defendido^{26,28,29}.

Por su parte, el segundo caso representa una típica psicosis monosintomática de tipo hipocondriaco, en la que el enfermo se encuentra convencido de que padece una enfermedad grave en base a multitud de sensaciones corporales, algunas de las cuales podrían parecer incluso cenestopatías. A pesar de las conductas repetitivas en búsqueda de la aquiescencia, lo esencial del cuadro es la certeza delirante con la que se manejan diferentes síntomas, muchos de ellos verdaderamente presentes, aunque inespecíficos, para concluir que padece una enfermedad degenerativa que ni los médicos ni las pruebas complementarias detectan.

Estos casos nos parecen ilustrativos de una diferencia fenomenológica en los trastornos mentales referidos al cuerpo que no es captada en las clasificaciones actuales: la certeza delirante y la duda sin introspección en la temática hipocondriaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades. 2ª ed. Ginebra: OMS, 1992.
2. Loréa N, Van Wijnendaele R. *Peur d'une dysmorphophobie corporelle et psychose. Cas cliniques et discussion. L'Encéphale.* 2012;38(1):37-41.
3. Cotard J. *Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. Annales médico-psychologiques.* 1880(4):168-74.
4. Wintrebert, D. Hipocondría, entre creencia y certitud. *Vertex Rev Arg de Psiquiat.* 2009;20(85):221-7.
5. Riding J, Munro A. Pimozide in the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 1975;52(1):23-30.
6. Rebok F, Pérez Roldán ML, Daray F. *Acerca del delirio hipocondriaco en las Parafrenias: una revisión historiográfica y clínica. Vertex Rev Arg de Psiquiat.* 2009;20(85):213-20.
7. Bleuler E. *Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia.* Madrid: Triacastela, 2008.
8. Bleuler E. *La Demencia Precoz.* Buenos Aires: Lumen, 1993.
9. Graux J, Lemoine M, Gaillard P, Camus V. *Les cénesthopathies: un trouble des émotions d'arrière plan. Regards croisés des sciences cognitives et de la phénoménologie. L'Encéphale.*

Cartas al editor

- 2011;37(5):361-70.
10. Schneider K. *Psicopatología Clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.
 11. Kraepelin E. *La Demencia Precoz, 2ª parte. Parafrenias*. Buenos Aires: Editorial Polemos, 1996.
 12. Leonhard K. *Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferenciada*. Buenos Aires: Editorial Polemos, 1999.
 13. American Psychiatric Association. *DSM-III-R: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 3ª ed, revisada. Barcelona: Masson, 1988.
 14. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4ª ed, traducida. Barcelona: Masson, 2002.
 15. American Psychiatric Association. *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: APA, 2013.
 16. De Portugal E, Cervilla J. *Trastorno Delirante*. Madrid: Aula Médica, 2004.
 17. Simon AE, Borgwardt S, Lang UE, Roth B. Cenesthopathy in adolescence: An appraisal of diagnostic overlaps along the anxiety-hypochondriasis-psychosis spectrum. *Compr Psychiat*. 2014;55:1122-9.
 18. Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO, eds. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*. 5th ed. American Psychiatric Publishing inc.: Washington DC, 2008.
 19. Sirri L, Fava G. Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *Int Rev Psychiatr*. 2013;25(1):19-30.
 20. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, et al. Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013;75(3):223-8.
 21. López Ibor JJ, López-Ibor Aliño JJ. *El cuerpo y la corporalidad*. Madrid: Editorial Gredos, 1974.
 22. Sharpe M. Somatic symptoms beyond medically unexplained. *Brit J Psychiat*. 2013;203:320-1.
 23. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5): 847-55.
 24. López-Ibor JJ, Ortiz T, López-Ibor MI. Percepción, vivencia e identidad corporales. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(Supl 3):3-118.
 25. De León J, Saiz-Ruiz J, Chinchilla A, Morales P. Why do some psychiatric patients somatize? *Acta Psychiatr Scand*. 1987;76(2):203-9.
 26. Hollander E, Benzaquen SD. El Trastorno de Espectro Obsesivo-Compulsivo. In: den Boer JA, Westenberg HGM, eds. *Trastornos del Espectro Obsesivo Compulsivo*. Amsterdam: Syn-thesis Publishers, 1997; p. 35-48.
 27. Noyes R, Stuart SP, Watson DB. A Reconceptualization of the Somatoform Disorders. *Psychosomatics*. 2008;49(1):14-22.
 28. Sims A. *Síntomas mentales*. Madrid: Triacastela, 2008.
 29. Vallejo J. Relación de los Trastornos Obsesivos con otras Patologías Psíquicas. Reflexiones en torno a ubicación nosológica y la clasificación de los trastornos obsesivos. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE, eds. *Estados Obsesivos*, 2 ed. Barcelona: Masson, 1995; p. 71-90.