

Psicosis agudas y crónicas con cenestopatías y/o síntomas hipocondríacos

Federico Rebok

*Médico especialista en Psiquiatría y Medicina Legal
Jefe del Servicio de Emergencia, Hospital «Dr. Braulio A. Moyano»
Equipo de evaluaciones interdisciplinarias, OSDE
Prof. Titular, Cátedra de Urgencias Psiquiátricas, USAL
E-mail: federicorebok@gmail.com*

Resumen

Tanto las cenestopatías (sensaciones corporales anormales) como los síntomas de la serie hipocondríaca pueden presentarse en trastornos psicóticos, tanto agudos como crónicos. En el presente artículo se describirán brevemente algunos cuadros psicóticos que pueden cursar con cenestopatías y/o síntomas hipocondríacos. Todas las descripciones serán ilustradas con ejemplos clínicos que faciliten la comprensión y delimitación de estos cuadros.

Palabras clave: Sensaciones corporales anormales - Cenestopatías - Delirios hipocondríacos - Psicosis agudas y crónicas.

ACUTE AND CHRONIC PSYCHOSES WITH CENESTOPATHIES AND / OR HYPOCHONDRIACAL SYMPTOMS

Abstract

Both cenestopathies (abnormal body sensations) and hypochondriac symptoms can occur in both acute and chronic psychotic disorders. The present article will briefly describe some psychotic pictures that may accompanied with cenestopathies and/or hypochondriac symptoms. All descriptions will be illustrated with clinical examples to facilitate the understanding and delimitation of these diseases.

Key words: Abnormal body sensations - Cenestopathies - Hypochondriac delusions - Acute and chronic psychoses.

Introducción

Con el término “alucinaciones cenestésicas” se hace mención a todas aquellas sensaciones corporales anormales que tienen un tinte extremadamente diverso: desde simples sensaciones de frío, calor, dolor, presión, tensión o electricidad generalmente referidas al interior del cuerpo, hasta experiencias más o menos graves referidas a los órganos o extremidades, por ejemplo la contracción, estiramiento, arrancamiento, etc. (1).

Las alucinaciones cenestésicas (sensibilidad interna) contradicen la clásica definición de Ball acerca de la alucinación como “percepción sin objeto”, ya que en las mismas existe una percepción aberrante pero con la presencia de un objeto, el cuerpo. Es por ello que diferentes autores han propuesto la denominación de “sensaciones corporales anormales” en su reemplazo (2).

Estas alucinaciones cenestésicas, pueden involucrar todo el cuerpo o solamente una parte del mismo y pueden presentarse tanto en las psicosis agudas como en las crónicas (ver Tabla 1).

Tabla 1. Alucinaciones cenestésicas (sensibilidad interna) y ejemplos clínicos

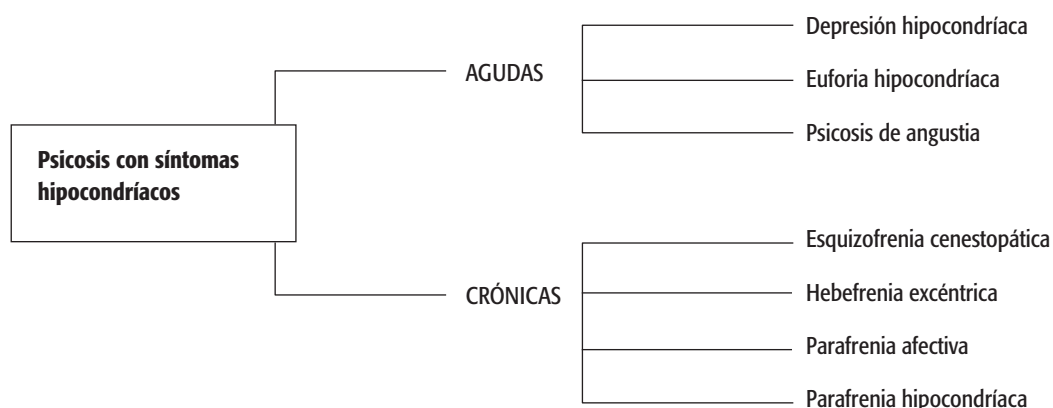
Alucinaciones cenestésicas		
Topografía	Ejemplos	Ejemplo(s) clínico(s)
Cenestopatías referidas a todo el cuerpo	Metamorfosis, vaciamiento, estiramiento, arrancamiento	Una paciente esquizofrénica veía, al mirarse en el espejo, cómo había perdido una talla, y sentía cómo las clavículas se cruzaban por el medio de su garganta, generándole una sensación de ahogo
Cenestopatías referidas sólo a una parte del cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones genitales o sexuales (masturbación, penetración, orgasmo, violación, erección, etc.) - Tracto digestivo: obstrucción, distensión. - Tórax: corazón podrido, pulmones de piedra. 	<p>Una paciente esquizofrénica sentía cómo el diablo la penetraba hasta llevarla al orgasmo</p> <p>Una paciente depresiva decía sentir un cáncer en el abdomen, que los médicos no podían diagnosticar, y que según ella era la consecuencia de un castigo divino por los “pecados” cometidos en su juventud</p> <p>Una paciente con psicosis de angustia paranoide refería tener un sapo en el estómago, producto de una brujería, a la vez que también afirmaba tener SIDA y sentir cómo la sangre le quemaba las venas</p>

Por su parte, se ha destacado, desde antaño, la presencia de sintomatología hipocondríaca en el campo de los delirios, tanto agudos como crónicos. En el presente artículo se describirán brevemente algunos cuadros psicóticos que pueden cursar con cenestopatías y/o síntomas de la serie hipocondríaca. Todas las descripciones serán ilustradas con ejemplos clínicos.¹

Clasificación

En la Figura 1 se enumeran los cuadros psicóticos que pueden presentar sintomatología de la serie hipocondríaca.

Figura 1. Trastornos psicóticos que cursan con sintomatología de la serie hipocondríaca



¹ Para los ejemplos clínicos se han modificado ciertos datos clínicos y sociodemográficos de manera que no modifiquen el esquema diagnóstico y a la vez no vuelven reconocibles a los pacientes en cuestión.

En realidad no todas estas formas de psicosis presentan la sintomatología hipocondríaca en primer plano. Tal vez ésta sea mayormente visualizable en la depresión hipocondría, la euforia hipocondríaca, la esquizofrenia cenestopática y la parafrenia hipocondríaca. En cambio, en la psicosis de angustia, en la hebefrenia excéntrica y en la parafrenia afectiva, la sintomatología corporal suele quedar relegada a un segundo plano.

Depresión hipocondríaca

Es una forma de depresión que toma base en lo corporal. Aparecen, por un lado, temores referidos al bienestar corporal, y por el otro, sensaciones corporales anormales para las cuales no se pueden encontrar correlato orgánico; son estas últimas las que le dan la característica a este cuadro, ya que las primeras pueden presentarse en otras formas de depresión. Las sensaciones anormales pueden referirse al interior o superficie del cuerpo. Sin embargo, la localización es imprecisa o difusa; el paciente señala zonas amplias, no circunscriptas. Son quejas habituales: dolor, picazón, ardor, quemazón, pinchazos, perforación, desgarro y muchísimas otras, en general, combinadas (y por ello, imprecisas en su descripción). Es por ello que los pacientes apelan al “como si”, para tratar de transmitir lo que no es empaticizable por la población general (ej. siento como si el cerebro se hubiera hecho gelatina) (3, 4).

Al mismo tiempo, puede aparecer una despersonalización que se traduce en un delirio de negación de órganos y de condenación eterna, con intentos de suicidio que pueden tomar características cruentas (ej. prenderse fuego) (3).

A diferencia de lo que ocurre con el paciente esquizofrénico, aquí las sensaciones corporales anormales no se acompañan de un síndrome de influencia externa; es decir, que aquí el paciente se siente enfermo (por ej. de cáncer, HIV, etc.) pero no “moleestado” desde afuera. En todo caso, se autoinculpan (3, 4).

El paciente se queja mucho de sus dolencias corporales, pero sin embargo no llegan a mostrar verdaderos cuadros de agitación (4).

Una paciente de 42 años de edad presentó un cuadro depresivo durante el cual afirmaba sentir un cáncer en el abdomen “que los médicos no podían diagnosticar”, y que según ella era la consecuencia de un castigo divino por los “pecados” cometidos en su juventud (abortos, que nunca consideró “pecados” ni antes ni después del episodio depresivo). Deseaba que el cáncer acabara rápidamente con ella para dar fin a su existencia y de esta manera alejar a su familia de la vergüenza. El cuadro resolvió en tres meses, con un esquema combinado de clorimipramina 300 mg/día y trifluoperazina 10 mg/día.

Euforia hipocondríaca

Al igual que en la depresión hipocondríaca, las sensaciones corporales anormales dominan el cuadro, pero aquí el estado de ánimo es de euforia: las quejas hipocondríacas que denotan un notable sufrimiento interno y que pueden ser caracterizadas como “insoportables” por los pacientes, se acompañan de un tono afectivo alegre, jovial, contagioso. Tal como plantea Leonhard, la forma en que estos pacientes expresan su sufrimiento hace acordar, en principio, a las expresiones más comunes: pinchazos, perforaciones, ardor. Pero cuando se les pide que sean más específicos en sus descripciones, aparecen las comparaciones más descabelladas, por ejemplo: “es como si me cortaran el cerebro”, “es como si me hubieran tensado las cuerdas vocales”, etc. A veces la queja tapa la euforia e incluso puede acompañarse de lágrimas, pero rápidamente ésta vuelve a aflorar bajo la forma de una expresión facial alegre; pueden explicar que son conscientes de la contradicción, pero que aún a pesar de todos los padecimientos pueden seguir alegres. Es difícil desviarlos de sus padecimientos, puesto que no muestran fuga de ideas (3, 4, 5).

Leonhard comenta el caso de una mujer que presentó dos episodios, uno a los 28 años y el otro a los 41. Se quejaba de sentir golpes en toda la espalda, dolores de cabeza y de tener herida la columna. Decía haber “muerto en vida”. Afirmaba tener una sensación extraña en la cabeza, tironeos violentos en los dedos, estiramientos de los ojos, contracciones en el cerebro, nudo en la cabeza, hendidura en el cráneo. Todas estas quejas las relataba con afecto alegre, a tal punto que la enferma se denominó a sí misma “una floreciente candidata a la muerte”. Fue notable, pues, el contraste entre las quejas hipocondríacas y el estado de ánimo alegre.

Psicosis de angustia

La angustia paranoide es el síntoma cardinal que caracteriza el cuadro. El paciente, angustiado, piensa que «vendrán a matarlo», que será asesinado o torturado, o que su familia se encuentra en peligro o correrá su misma suerte.

Dice Leonhard que el temor interno se fundamenta en los acontecimientos del entorno, los cuales se vuelven amenazantes. Si el cuadro progresa, pueden aparecer junto con las autorreferencias, ilusiones y alucinaciones que por lo general son de carácter auditivo: hablan de su ejecución o de su familia («vamos a buscarte»). Más raramente pueden aparecer alucinaciones olfativas y/o gustativas (que en realidad no pueden ser claramente distinguidas de las ideas de envenenamiento) (3, 4).

Muchas veces aparecen vivencias hipocondríacas e incluso ideas de influencia corporal, pero el síndrome

de influencia externo no es tan acusado como el de la «parafrenia afectiva». Por otro lado, las ideas hipocondríacas aparecen aquí en medio de una angustia abrumadora, hecho que las diferencia de aquellas que se presentan en la «depresión paranoide» (3, 4).

Pueden, asimismo, presentarse ideas de extrañamiento, inferioridad o autorreproches, e incluso ideas de pecado, que, a diferencia de las observadas en la depresión paranoide, se presentan en el contexto de un cuadro psicótico francamente polimorfo (3, 4).

En general, la psicosis de angustia-paranoide cursa con un componente motor de acinesia. Cuando se acompañan de formas motoras o confusas excitadas, entonces remedan un “estado mixto” de psicosis maníaco-depresiva (pero con el transcurso del cuadro sólo queda la psicosis de angustia).

Una paciente de 45 años de edad cursaba su segundo episodio cicloide, presentando un cuadro de intensa angustia, pues creía que padecía SIDA, a la vez que sentía como la sangre le quemaba las venas. “Se me rompen las células”, afirmaba. Al ser entrevistada en profundidad, admitió que creía que una vecina suya que la “envidiaba” le había hecho un trabajo de brujería, por el cual tenía un sapo en el estómago. El cuadro resolvió en menos de una semana, con risperidona 3 mg/día y lorazepam 5 mg/día.

Esquizofrenia cenestopática

Si bien Huber no la considera un trastorno de la esfera hipocondríaca, el cuadro se caracteriza por presentar durante todo su curso sensaciones corporales combinadas muy estrechamente con perturbaciones afectivas. Además, ocurren desórdenes neurovegetativos, motores y perceptivos. Los síntomas esquizofrénicos típicos son breves (episodios psicóticos floridos pero de muy corta duración), evolucionan en brotes, dejan defecto leve y son más frecuentes en el sexo masculino (a diferencia de las depresiones hipocondríacas, más frecuentes en la mujer) (5).

Esta forma de esquizofrenia tiene un inicio más tardío (en general, después de los 30 años), y su forma de comienzo suele ser insidiosa, manifestándose inicialmente como cansancio muscular y sensación de agotamiento. Junto con esta sintomatología corporal anormal, totalmente inespecífica, aparecen alteraciones de la timia, con angustia y preocupación, y a veces irritabilidad. Este estado muchas veces lleva a que el paciente abandone los estudios o el trabajo; se produce un déficit en el rendimiento. El humor delirante se hace presente, con sospechas y ocurrencias delirantes que tratan de explicar el estado en que se encuentra la persona (delirio aclaratorio): el paciente ha sido envenenado o le han practicado algún gualicho o brujería. Se produce una tendencia a la apatía y al aislamiento. El cuadro cursa con “crisis disestésicas”, verdaderos paroxismos de cenestopatías que se acompañan de un afecto vivaz

que puede llegar al extremo de la agitación ansiosa. Con el paso del tiempo, la afectividad puede tornarse indiferente e inadecuada, apática, pero el paciente aún así continúa cautivo de sus sensaciones. Pero al aparecer las crisis disestésicas el afecto aún puede volverse vivaz. En algunos casos, sin embargo, se avanza hacia un defecto hipocondríaco con afecto aplanado (6).

Entre los criterios generales, Huber destaca que: (i) una gran variedad de cenestopáticas pueden darse en el mismo paciente, en diferentes períodos de evolución de la enfermedad; (ii) la naturaleza de las cenestopáticas es rápidamente cambiante; (iii) se manifiestan frecuentemente bajo la forma de paroxismos y brotes; (iv) tienen dependencia de ritmos y estados fisiológicos o bien de influencias atmosféricas; (v) la novedad y la calidad subjetivamente diferente para el paciente, comparada con todas las sensaciones comunes normales; (vi) su carácter extraño, peculiar, en parte bizarro, la dificultad del paciente para describirlas y la dificultad del médico para empatizarlas; (vii) los pacientes carecen de nombres adecuados para expresar y verbalizar las cenestopáticas, motivo por el cual recurren a comparaciones, metáforas, imágenes y neologismos (el esfuerzo del paciente por explicar su padecimiento, hace que a veces pasen a segundo plano o pasen desapercibidas percepciones delirantes y otros síntomas psicóticos de primero y segundo orden); (viii) 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 (6).

Huber informa el caso de un paciente que enferma a los 23 años, cuando experimenta por primera vez una sensación extraña, como si tuviera un aro alrededor de la cabeza. A partir de allí, ya nunca más volvió a tener la experiencia de sentirse bien. Luego comenzó a presentar dolor en el hombro, “como un dolor de dientes común, pero diferente de alguna manera”; esos dolores se le extendieron por toda la espalda y un día desaparecieron por completo. Más adelante sintió tirones y empujones en los miembros, pero “no como un dolor reumático”, dolores torturantes de estómago, que aumentaron paroxísticamente y llevaron a una intervención quirúrgica, porque se sospechó un íleo. También sintió zonas calientes del cuerpo, del tamaño de una mano, y como un “fuego eléctrico parcial”, que duraba unos pocos minutos; sensación “como si tuviera la cabeza envuelta en un aliento caliente”. Pensó que alguien en su empresa lo quería perjudicar y abandonó el trabajo.

Los síntomas mejoraron con terapia electro-convulsiva, pero ya no volvió a trabajar y se fue a vivir con sus padres. Volvió a presentar las sensaciones corporales anormales, las cuales no mejoraban con analgésicos. Nuevamente se le realizó terapia electro-convulsiva y las cenestopáticas mejoraron, pero quedó débil y sin iniciativa. Los síntomas volvieron y realizó un intento de suicidio. Evolucionó apáticamente, aunque con crisis disestésicas, la última se le tornó insoportable y consumó el suicidio a los 37 años.

Hebefrenia excéntrica

Corresponde a una forma esquizofrénica de inicio juvenil en donde la timia puede caracterizarse como superficialmente triste o malhumorada. Es muy característico un inicio pseudodepresivo en este cuadro, en el que pueden aparecer intentos de suicidio. Sumado a este estado depresivo o angustioso superficial, aparecen manifestaciones pseudoobsesivas que rápidamente se convierten en manierismos y estereotipias. La actividad se torna uniformemente monótona, y puede aparecer la característica “queja machacona” (uniformidad y amaneramiento de la queja, que no cambia con las influencias externas), cuyo contenido puede ser muy diverso (desde la solicitud del alta o de cigarrillos, hasta las más diversas y difusas quejas hipocondríacas, que sólo al principio de la enfermedad pueden contener verdaderas alucinaciones cenestésicas). La negativa o la desatención de la queja no la extingue. El paciente repite una y otra vez las mismas palabras (3, 4).

Por su parte, el habla tiene una leve nota querulante: se quejan de familiares, de profesionales, de otros pacientes; a la vez que exaltan las características de la propia persona. Pero el lenguaje, que es monótono, no se acompaña de la consecuente vibración emocional. Es por ello que la queja no se transforma en irritación, tal lo que ocurre, por ejemplo, en la parafrenia afectiva. La querulancia parece, entonces, más una actividad amanerada que una actitud con sentido. El amaneramiento del lenguaje se detecta cuando el paciente acentúa determinadas sílabas en las frases, o adquiere un nuevo tono (por ejemplo, su discurso parece el de un extranjero) (3, 4).

Los pacientes también pueden presentar fenómenos de acumulación (acumulación apragmática) y estereotipias (ej. comer siempre lo mismo) (3, 4).

Estos pacientes desarrollan distimias irritables, que son infrecuentes y apenas interrumpen la monotonía del cuadro. Estos pacientes presentan un nivel menor de defecto que el que se presenta en la hebefrenia pueril (3, 4).

Una paciente enferma durante su adolescencia, cuando comienza a presentar fallas de concentración, con fracaso académico, marcada retracción social y fugas del hogar. Se queja de sentir una “sensación como de muerte en la cabeza”, “los brazos se me achican”, “las piernas casi ni las siento”, “la cabeza se me hunde”, “creo no tener pulmones”. Presentaba crisis durante las cuales se ponía irritable, arrojaba objetos por la ventana y se desorganizaba. Además, se ponía ambivalente con su madre, y llegando a agredirla. Ocasionalmente también escuchaba voces injuriantes y autorreferencias vagas.

Parafrenia afectiva

La parafrenia afectiva fue singularizada por Leonhard como una forma especial de esquizofrenia asistemática. Muchos de estos casos corresponden a las «paranoias» y

«parafrenias sistemáticas» de Kraepelin o a las «psicosis paranoides con ideas delirantes sistematizadas» de los autores franceses (3, 4, 7).

Se trata de una afección que manifiesta especial predilección por el sexo femenino. Tiene una marcada tendencia a comenzar más tardíamente que el resto de las esquizofrenias, presentándose no antes de los 25 años de edad, y generalmente entre los 30 y los 40. Esta demora en el florecimiento de la enfermedad se debería a la presencia, en estos pacientes, de personalidades de constitución pícnico-timopática más acentuada que en otros tipos de esquizofrenia, lo cual los haría apreciablemente más resistentes (3, 4).

La «parafrenia afectiva» se caracteriza por la presencia de una *psicosis de autorreferencia megalómana, irritable y hostil*. Como resulta lógico de todo lo que hemos expuesto hasta ahora, las evidencias clínicas de esta parafrenia se derivan de la exageración patológica de la diada desconfianza-arrogancia que mencionáramos al hablar de los psicópatas paranoides. Así tendremos, por un lado, la conformación de un *delirio de persecución (Verfolgungswahn)*, derivado de la amplificada e irreductible desconfianza del enfermo; y por otro, la irrupción de *ideas de grandeza (Grössenideen)*, nacidas de una arrogancia hipertrofiada en un Yo sobrevalorado. Se entiende al delirio de grandeza como contrapartida de las ideas de persecución y perjuicio: el enfermo supone ser un personaje significativo, pues sólo de esta manera logra una explicación (mórbida, claro está), de su persecución (3, 4).

Además de las falsificaciones de los recuerdos (*Erinnerungsfälschungen*) ya descritas por Wernicke y Kraepelin, suelen existir *alucinaciones polimorfas* en todos los campos sensoriales, aunque para Leonhard su ausencia no descarta el diagnóstico de la enfermedad, como luego veremos. Más importante resulta la presencia del característico afecto que le da el nombre a esta entidad. Mientras que en los demás grupos de esquizofrenias el afecto no se corresponde con el contenido del delirio (“persecuciones, acosos y apremios” de los más severos son tolerados con total indiferencia), en estos parafrénicos el afecto *grava* fuertemente las ideas delirantes, aún cuando éstas tomen un colorido fantástico. Esta particular forma de afecto había sido esbozado por Specht en su «afecto patológico» de la paranoia y por Störing en su «afecto delirante»; pero Leonhard es quien mejor define el concepto bajo el término de «afecto paranoide» arriba enunciado (3, 4).

De mirada suspicaz, porte paranoide y genio irascible, estos enfermos se muestran por demás altaneros y despreciativos, irónicos en sus chistes y difíciles en su trato. Sumamente desconfiados, han perdido el menor resquicio de serenidad, y se han transformado en individuos que practican el arte de la denuncia y que declaran ser espiados, por ejemplo, a través de micrófonos y cámaras con las que extraños y vecinos los persiguen y vulneran su intimidad. Ante la más mínima contradic-

ción a su discurso, se produce un incremento del afecto y rápidamente responden, irritados, con la amenaza. Se ve, pues, que su Yo Social (*Gemeinschafts-Ich*) se encuentra gravemente perturbado (3, 4).

Las formas iniciales de la parafrenia afectiva ya habían sido delineadas por Kleist en su «psicosis progresiva de referencia» (*Progressive Eigenbeziehungspsychose*). Este término da clara cuenta del comienzo insidioso de este proceso (aún sin cambios esquizofrénicos profundos), y pone de relieve el grado de confusión que puede generar esta entidad a la hora de realizar un certero diagnóstico precoz (3, 4).

Al igual que en la paranoia -con la que se encuentra íntimamente emparentada a través del comportamiento del afecto-, en la parafrenia afectiva también existe una relativa conservación de las funciones psíquicas, aunque con el transcurso de la enfermedad la sistematización inicial del delirio vaya diluyéndose. En su mayor parte, estos pacientes presentan una adecuada capacidad de trabajo, conservan su status cultural y mantienen sus rendimientos pragmáticos durante más tiempo que el resto de los esquizofrénicos (3, 4).

En la parafrenia afectiva es frecuente que aparezcan cenestopatías e ideas delirantes hipocondríacas pero que se encuentran al servicio de las ideas delirantes persecutorias. Es decir, que en este cuadro clínico el delirio no es primariamente hipocondríaco sino que la hipocondría y las cenestopatías «alimentan» al delirio persecutorio, generando aún más irritación y hostilidad en el paciente.

Una paciente de 32 años es llevada por sus familiares a la evaluación en una Guardia, por presentar ideas delirantes de perjuicio y de persecución objetivadas en su ex-esposo, con el que había vivido en otro país. Hace un año comienza a sentirse «observada» en la calle, sentía cómo hablaban de ella. Al principio no comprendía lo que estaba sucediendo; intuía que podía tener algún aparato en el cuerpo mediante el cual la controlaban, probablemente un chip. Así, sentía una «pesadez», propia de una «especie de energía» que siente en su cuerpo, como si fueran pinchazos o electricidad. Dice que su ex-esposo la trataba de «loca», que le había puesto cámaras y micrófonos, y que en definitiva la quería matar. Pero sus familiares que viven en Argentina también querían hacerle daño: le ofrecían comidas con gustos extraños, «veneno». Se muestra hostil de palabra con sus familiares. Quiere que la estudien, para corroborar que le han implantado un chip. Pero momentos después exige retirarse ya que ella «no tiene nada». La paciente mejoró con haloperidol, y luego fue rotada a risperidona.

Parafrenia hipocondríaca

El cuadro de la parafrenia hipocondríaca se caracteriza por la presencia de cenestopatías que el paciente describe como sensaciones extrañas en el cuerpo, habi-

tualmente -aunque no de forma exclusiva- en las vísceras internas. Dichas sensaciones no pueden ser entendidas por el entrevistador y presentan una cualidad torturante, pues son producidas por un aparato que actúa sobre el paciente, generalmente a la distancia. Aquí no interesa quién es el perseguidor, como en la parafrenia afectiva, y el mismo puede incluso cambiar de un momento a otro. A las cenestopatías acompañan alucinaciones auditivas que se tornan desagradables y también torturantes no por su contenido, sino más bien por su mera existencia. Los enfermos se sienten más torturados por las sensaciones que por las voces. El estado de ánimo suele ser abatido, depresivo, irritable y hasta quejoso. La afectividad y la personalidad del paciente suelen encontrarse relativamente bien conservadas (3, 4, 8).

Una paciente enferma a los 45 años, cuando tras un breve período de delirio erótico objetivado en un reconocido actor de teatro, comienza a presentar malestares en el cuerpo. Un día se miró en el espejo y notó que había disminuido “dos talles”. Comenzó a sentir “como si la cabeza se le hundiera en el cuerpo”. Las clavículas se le entrecruzaban por delante del cuello, asfixiándola. Sentía dolores en la espalda “como roldanas que se mueven”; también molestias en el abdomen, “como si una cajita musical se abriera adentro del estómago”. Además, dudaba de la existencia de sus intestinos: “debe haber un sistema de laberintos para que pueda defecar, pero no sé si tengo intestinos”. Tenía la sensación de que se le “despellejaba la encía y se le caían los dientes”.

Toda esta sintomatología era producida, al parecer, por un aparato que emitía rayos láser que le alteraban el cuerpo. Éste era manejado por «subversivos o por militares», no sabía bien, y cambiaba de opinión de una semana a la otra. De lo que estaba seguro es que el aparato se encontraba en uno de los edificios de la cuadra y que los rayos penetraban por su ventana y le producían vejaciones a su cuerpo.

Durante su internación, escuchó voces que la denigraban y planeaban su muerte, voces que atribuyó a un complot perpetrado por sus compañeras del servicio. La paciente mejoró con clozapina 300 mg/día.

Discusión

Tanto las sensaciones corporales anormales (“cenestopatías”) como los síntomas hipocondríacos pueden presentarse tanto en las psicosis agudas como en las psicosis crónicas. Además, pueden constituir el síntoma cardinal del cuadro, o aparecer en forma satélite a otra sintomatología más nuclear. Finalmente, la reacción del paciente a dicha sintomatología puede variar desde la resignación hasta la hostilidad. En la Tabla 2 se resumen los complejos sintomáticos que delimitan los diferentes cuadros clínicos. ■

Tabla 2. Delimitación de los cuadros psicóticos que cursan con cenestopatías y/o síntomas de la serie hipocondríaca

	Depresión hipocondríaca	Euforia hipocondríaca	Psicosis de angustia	Esquizofrenia cenestopática	Hebefrenia excéntrica	Parafrenia afectiva	Parafrenia hipocondríaca
Equivalente actual	Depresión mayor unipolar (con síntomas psicóticos hipocondríacos)	Trastorno bipolar (con síntomas psicóticos hipocondríacos)	Trastorno psicótico breve	Otra esquizofrenia (CIE-10)	Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica	Esquizofrenia paranoide	Esquizofrenia paranoide
Humor	Depresivo	Eufórico	Angustia (psicótica)	Crisis disestésicas que despiertan un afecto vivaz. Fondo hipotímico	Hipotimia con oscilaciones tímicas superficiales	Crisis catatímicas con hostilidad	Malhumorado irritable
Síntomas corporales	Congruentes con el estado de ánimo	Incongruentes con el estado de ánimo	Se derivan de la angustia paranoide	Sensaciones corporales anormales (síntoma cardinal)	Síntoma satélite al cuadro nuclear	Síntoma satélite al delirio persecutorio	Se derivan del síndrome de influencia externa
Síndrome de influencia externo	Ausente	Ausente	Presente y pasajero	Delirio aclaratorio	Puede o no estar presente. Genera distimias pasajeras	Presente, cualidad torturante	Presente, cualidad torturante

Referencias bibliográficas

1. Bräunig P, Krueger S, Rommel O, Börner I. Zönästhetische Schizophrenen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 2000; 151: 16-21.
2. Jaspers K. Psicopatología general. Buenos Aires, Editorial Beta, 1980.
3. Leonhard K, Beckmann H. Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology. 2nd rev. and enlarged ed. New York, Springer, 1999.
4. Solé-Sagarra J, Leonhard K. Manual de Psiquiatría. 1ª edición. Madrid, Ediciones Morata, 1953.
5. Derito MNC, Monchablon Espinoza A. Las Psicosis. Buenos Aires, Editorial Inter-Médica, 2011.
6. Huber G. La esquizofrenia cenestésica: un subtipo de esquizofrenia. *Alcmeon* 1996; 4 (16).
7. Astrup C. Esquizofrenia Paranoide Atípica. En Huber G. Esquizofrenia y Ciclotimia. Resultados y Problemas. Madrid: Ediciones Morata 1972; 135-146
8. Rebok F, Pérez Roldán ML, Daray FM. Acerca del delirio hipocondríaco en las parafrenias: una revisión historiográfica y clínica. *Vertex* 2009; 20 (85): 213-220.