

Parafrenia tardía. A propósito de una experiencia clínica

Serván Rendón-Luna, B.; Reyes Molón, L.; Fernández Aurrecoechea, J.; Rodríguez Toledo, S.; Fernández García-Andrade, R.; Yáñez Sáez, R.M^a

Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos

Resumen: la parafrenia es un delirio crónico, que puede o no acompañarse de alucinaciones, de aparición normalmente tardía y cuyo curso, a diferencia de lo que sucede en la esquizofrenia, aunque crónico no suele conllevar el defecto característico de ésta. La aparición por encima de los 60 años se considera como tardía. **Situación aso Clínica:** presentamos el caso de una mujer de 69 años con megalomanía, delirios místico-religiosos, presencias demoníacas y alucinaciones cenestésicas visuales. **Discusión:** destacamos aspectos relevantes de la clínica parafrénica y descartamos entidades como la demencia o síndrome de Charles Bonnet en el caso expuesto. **Conclusiones:** nos encontramos ante un caso de parafrenia tardía.

Palabras clave: parafrenia, megalomanía, místico-religioso, psicosis tardía.

Abstract: Paraphrenia is a chronic delusion, which may or may not be accompanied by hallucinations, usually with a late onset, and whose chronic course, unlike what it usually happens in schizophrenia, is not typically associated to the schizophrenic defect. When it appears in over 60 years old people, we talk about late paraphrenia. **Case report:** We present the case of a 69 years old woman who showed megalomania, mystic-religious delusions, demonic presence and kinesthetic and visual hallucinations. **Discussion:** Highlighting relevant aspects of paraphrenic symptoms and excluding entities such as dementia or Charles Bonnet syndrome. **Conclusion:** A late paraphrenia case is shown. **Key words:** paraphrenia, megalomania, mystic-religious, late psychosis.

Introducción

El belga Guislain fue el primero en utilizar "Parafrenia" para designar determinadas formas de "locura"¹ considerándola como una "anomalía de la voluntad impulsiva". Kahlbaum empleó el término como una subforma de la hebefrenia en los jóvenes y una forma de demencia de las personas mayores. Kraepelin fue el primero en emplearlo para designar un grupo de pacientes que presentaban un estado intermedio entre la paranoia y la demencia precoz, no considerándola exclusiva de la edad senil². Kolle propuso en 1931 reservar el diagnóstico de parafrenia para la esquizofrenia que aparece en la vejez o en la mediana edad³. En 1950 el británico Martin

Roth propuso parafrenia tardía como «un término puramente descriptivo, sin implicaciones diagnósticas ni etiológicas»⁴, «pacientes con un sistema bien organizado de delirios paranoides con o sin alucinaciones, con una personalidad y respuesta afectiva adecuadas». Es un síndrome cercano al descrito por Kraepelin, de aparición por encima de los 60 años, principalmente en mujeres, a menudo afectas de déficits sensoriales y con rasgos de personalidad previa paranoide o esquizoide y en ocasiones antecedentes familiares de esquizofrenia, en el que aparecen delirios paranoides prominentes y alucinaciones, con buen estado cognitivo, personalidad bien preservada y sin síntomas afectivos relevantes⁵. Howard et al en el año 2000 publica las conclusiones de la

primera Conferencia Internacional sobre Esquizofrenia y Psicosis Tardías, donde se acuña el término de psicosis de tipo esquizofrénico de inicio muy tardío (PTEIMT) o parafrenia tardía para designar aquellos cuadros psicóticos que aparecen a partir de 60 años y presentan delirios y alucinaciones, en ausencia de trastornos afectivos y demencias primarias⁶. Sin embargo, este cuadro no se contempla por los autores norteamericanos en ningún DSM ni en la actual CIE-10.

Antecedentes personales

- Crisis de glaucoma agudo de ángulo estrecho bilateral intervenido quirúrgicamente con resultado de visión terminal. Hernia discal intervenida quirúrgicamente.
- A los 63 años contacta por primera vez con Psiquiatría. En estos seis años ha precisado tres ingresos psiquiátricos y ha recibido diversos diagnósticos: “Estado disociativo (trance y posesión)”, “Trastorno psicótico agudo polimorfo” y “Demencia fronto-temporal”. Ha seguido distintos tratamientos (litio, neurolépticos y benzodiacepinas) con dudoso cumplimiento. A lo largo del seguimiento nunca ha estado asintomático, objetivándose semiología psicótica y afectiva.
- Sin antecedentes familiares de interés.

Enfermedad actual

Presentamos el caso de un varón de 69 años que ingresa en Psiquiatría para estudio diagnóstico.

Nació en una isla Caribeña en el seno de una familia humilde. Desde su infancia destacó por su inteligencia, llegando a ser “número uno” del país en sus estudios, obteniendo la licenciatura de Medicina, realizando varios máster y especializándose en distintas ramas. Ha escrito libros, conoce cinco idiomas, y ha trabajado como profesor en importantes universidades. Manifiesta que a lo largo de su vida laboral ha sido envidiado, y que incluso algunos compañeros

intentaban sabotear su trabajo. Su familia (está casado y tiene un hijo) confirma parcialmente estos logros, alegando que a veces exagera sus capacidades. Consideran que es desconfiado y con una vida social restringida.

La familia acude al hospital porque en los últimos dos meses lo ven encamado aunque inquieto, irritable, insomne, descuidado y con comportamientos muy extraños. El paciente, indiferente, sostiene que desde hace ocho meses ve al demonio, “a veces no lo veo pero me acompaña siempre y duerme debajo de mi cama”, “tiene partes invisibles (la parte espiritual) y visibles (sus patitas como las de una gallina)”, “nos tira bombas mercuriales para producirnos nefrosis, lo noto porque me entran ganas de orinar”. Nos muestra dibujos que él mismo realiza de temática místico-religiosa. Teme por su integridad y la de su familia, y por ello en invierno duermen con las ventanas abiertas “para evitar que nos gaseen”, y en ocasiones les pide que abandonen el domicilio porque “hay culebras y arañas en las paredes”. Justifica el no levantarse de la cama porque “siente como el demonio le chupa la médula ósea”. Se objetivan episodios de agitación y angustia psicótica con rigidez y movimientos paroxísticos autolimitados, “el demonio está aquí y me quiere matar, nos están grabando, van a por nosotros”. Repite, “gracias a Dios estamos vivos, él nos protege”. Mantiene un buen nivel de conciencia y orientación, y no se evidencia alteración afectiva primaria.

Inicialmente se presenta muy suspicaz, “aquí me están envenenando con cicuta”, semimutista y negativista. Se instaura tratamiento con Aripiprazol 20 mg/d, Quetiapina 150 mg/d y Pregabalina 125 mg/d. Progresivamente se normalizan los ritmos biológicos y se muestra más colaborador, aunque altanero. Nos muestra libros que ha escrito, evidenciándose un lenguaje deshilvanado, que versan sobre cuerpos celestiales y métodos milagrosos que él mismo ha creado para curar enfermedades como el sida o el cáncer sin necesidad de fármacos. Al final de su internamiento

persiste la ideación delirante de perjuicio, las alucinaciones visuales y cenestésicas y la sensación de presencia del demonio pero ya no le genera angustia. Sin conciencia de enfermedad.

Pruebas complementarias

- Analítica de sangre y de orina dentro de la normalidad.
- Serología negativa para VHB, VHC, VIH y sífilis.
- Resonancia Magnética cerebral: atrofia cerebral de predominio supratentorial con dilatación ventricular proporcional
- SPECT cerebral: distribución homogénea y simétrica del radiotrazador en la corteza cerebral y núcleos de la base simétricos.
- Estudio neuropsicológico: posible deterioro cognitivo leve con mejoría respecto a la evaluación previa, realizada dos años antes y que parecía congruente con un deterioro cognitivo de perfil temporal.

Discusión

Cabaleiro Goas definió, dentro de los delirios procesales, el delirio parafrénico como “delirio primario, procesal, bien sistematizado, fundamentalmente imaginativo, expresándose con imágenes sensoriales, con carácter irreductible, incomprensible genéticamente, surge después del tercer decenio de la vida, evolucionando crónicamente sin provocar –salvo la forma fantástica– un deterioro grave de la personalidad la cual vive en un mundo bipolar (real y fantástico)”⁶. Es un cuadro de gran riqueza fenomenológica en el que, por definición, todos los pacientes presentan actividad delusoria de muy variado contenido aunque la temática preponderante es mágico-fantástica⁷, pudiendo presentar ideas de perjuicio en el inicio que suele quedar superada por la grandiosidad⁸. No obstante, son extraordinariamente frecuentes la persecución, la referencia y las falsas identificaciones, siendo característico

de estos cuadros el delirio de paramentos (hasta en el 70%)⁶. Las alucinaciones se presentan en el 80% de los casos, son vívidas y aparecen en modalidades no auditivas con más frecuencia que en la esquizofrenia convencional, adoptando un papel revelador (visiones⁹, presagios) y suelen tener escasa relación con la temática delirante. Los síntomas negativos más nucleares aparecen en menos del 10% de los casos y suelen ser leves¹⁰. El afecto es normalmente expansivo en lo que a su delirio se refiere, hallándose conservado o ligeramente aplanado fuera de él. No son infrecuentes los síntomas depresivos reactivos, el aislamiento social y la disminución del interés por el entorno.

En el caso que nos ocupa, se descartó (junto con Neurología) el diagnóstico de demencia frontotemporal así como el síndrome de Charles Bonnet, causa frecuente de alucinaciones visuales bien elaboradas en personas invidentes o parcialmente invidentes, ya que no se trata de una alucinosis y el cortejo sintomático es sugerente de enfermedad mental primaria. Tras lo expuesto previamente, concluimos que nuestro paciente presenta una Parafrenia tardía.

Conclusiones

El estudio de las psicosis seniles ha estado tradicionalmente lleno de controversias. Ya Kraepelin consideraba la psicosis tardía como “la cuestión más oscura de la Psiquiatría”. Entidades como la Parafrenia han sido relegadas en la Psiquiatría actual, no apareciendo en los sistemas de clasificación estandarizados. No obstante, se trata de un trastorno con rasgos diferenciales propios dentro del espectro psicótico, por lo que parece incorrecto prescindir del diagnóstico.

Bibliografía

1. Huertas R: Elaborando doctrina: teoría y retórica en la obra de Jose María Esquerdo (1842-1912). *Frenia*, 2003; III (2): 81-110.
2. Jackuelyn H, Jeste V: Late-Onset Schizophrenia: An Overview. *Schizophrenia Bulletin*, 1988; 14(1):39-55.

Parafrenia tardía. A propósito de una experiencia clínica

3. Mondragón Lasagabaster, J: Psicólogo de la Xunta de Galicia. Volumen II. Ebook: MAD; 2006. p 607
4. Claudia Derito M, Martínez Rodríguez G, Monchablon Espinoza A: Las Psicosis Cicloides: Psicosis Bipolares no Maníaco-Depresivas. Rev Arg Clin Neuro-psiquiat, 2005; 47 (12): 271 a 299.
5. Ebert Stiftung, F: Hacia una vejez nueva. Madrid: Fundación Friedrich Ebert Stiftung; 1988. p 184.
6. Cabaleiro Goas, M. "Temas psiquiátricos. Algunas cuestiones psicopatológicas generales." Madrid: Paz Montalvo; 1966. p 1013-109.
7. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Tratado de psiquiatría. 8ª ed., Barcelona: Masson; 1978.
8. Berrios GE. The insanities of the third age: a conceptual history of paraphrenia. J Nutr Health Aging 2003; 7(6):394-9.
9. Sarró S. En defensa de la parafrenia. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2005; 32 (1): 24-29.
10. Howard R, Rabins PV, Castle DJ, editors Late-Onset Schizophrenia. Petersfield: Wrightson Biomedical; 1999. p 217-32.