

Cenestesia y esquizofrenia cenestopática.

Cenesthesias and cenesthopathic schizophrenia.

Cynthia M. Cabrejos¹, Christopher H. Salirrosas-Alegría¹, Rubén O. Córdova-Flores¹, Renzo Y. Paima-Ríos¹.

RESUMEN

Presentamos tres casos clínicos de pacientes con diferentes síntomas cenestésicos. En dos de ellos los síntomas cenestésicos son los principales, y en el tercer caso, los síntomas cenestésicos acompañan a los síntomas paranoides. Este tipo de síntomas descritos desde Kraepelin, hace más de cuarenta años, sigue teniendo vigencia y mayor importancia, pues se relaciona a un peor curso y pronóstico si lo comparamos con la esquizofrenia paranoide dentro de la cual se incluye en la clasificación actual.

PALABRAS CLAVE: esquizofrenia cenestopática, síntomas cenestésicos, cenestesia.

SUMMARY

We present three cases of patients with different cenesthopathic symptoms. In two cases the symptoms are primarily cenesthopathic, and in the third case, the cenesthopathic symptoms were accompanying paranoid symptoms. Such symptoms described since Kraepelin, over forty years ago, are still relevant and more important, as they relate to a worse course and prognosis when compared with paranoid schizophrenia within which is included in the current classification.

KEY WORDS: cenesthopathic schizophrenia, cenesthesisic symptoms, cenesthesias.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con esquizofrenia con frecuencia presentan una gama de diferentes sensaciones corporales anormales en la fase prodrómica, aguda y crónica de su enfermedad, a veces, estas sensaciones fenomenológicas dominan el cuadro clínico. La interrogante de si un subgrupo particular de pacientes con esquizofrenia, según síntomas predominantes, curso y pronóstico pueden ser identificados, ha sido discutido en la literatura desde Bleuler (1) quien describió por primera vez a las esquizofrenias en 1911. El concepto de esquizofrenia cenestopática aparece definido en el CIE-10 (2), no habiendo sido identificado en las ediciones anteriores. No se reconoce como una entidad diagnóstica específica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (3), ni en ninguna edición anterior.

Caso 1

V es un paciente de 37 años, soltero, católico, con secundaria completa y desocupado. Su enfermedad data desde hace 4 años en que progresivamente presentó una dificultad para deglutir alimentos y comía cada vez menos y más lentamente, sus molestias continuaron por meses y el paciente dejó su trabajo y se aisló al no tolerar sus molestias. Hace 3 años había adelgazado de manera marcada y la familia lo llevó a un hospital general. Le realizaron endoscopia, ecografía abdominal, radiografía de tórax y exámenes de sangre sin encontrar ninguna anormalidad.

Cuando se le informó los resultados al paciente él refirió: “El doctor no sabe nada, no es su cuerpo, es mi cuerpo y no sabe lo que siento”. Continuaba el dolor al pasar los alimentos y la sensación de la

¹ Médico residente de Psiquiatría, Facultad de Medicina Alberto Hurtado; Universidad Peruana Cayetano Heredia. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Lima, Perú.

reducción del estómago, hasta percibir la ausencia de capacidad gástrica: “siento mi estómago con las paredes pegadas e incapaz de que ingresen alimentos”. Refiere además eructos antes de dormir, estas sensaciones progresivamente lo hacían sentirse incapaz de alimentarse puesto que incluía la sensación de parálisis y entumecimiento de la motilidad natural de la faringe y laringe para lograr deglutir siquiera su propia saliva, la cual escupía, por temor a que se quedara en la garganta o que pasara a su tracto respiratorio. Presentaba además lo que describía como “sensación de regurgitación”. Todas estas sensaciones lo sumergían en sentimientos de desesperanza, pensaba que era horrible lo que sentía y que estaba sufriendo mucho, lloraba, no quería salir, y decidió que mejor era morir. Hace 2 años, el paciente tomó “veneno”, la familia lo encontró “babeando en el piso” y lo llevó al hospital donde fue internado por neumonía aspirativa; recibió tratamiento, pero mantenía la dificultad para comer. Luego del alta hospitalaria persistió sin ingerir alimentos, había adelgazado marcadamente y refería sentirse muy mal, intentaba explicar sus síntomas diciendo que “a lo mejor me han hecho brujería” por lo que fue hospitalizado 15 días después en un servicio psiquiátrico, donde recibió haloperidol por vía parenteral, hasta 15 mg/día y luego sulpirida hasta 600 mg por vía oral, con lo que mejoró y salió de alta 2 meses después. Al alta, el paciente comía y había subido de peso, las molestias digestivas habían desaparecido casi por completo. El paciente continuó con su medicación, pero de manera irregular y acudió a 2 citas para control por consultorio externo. Luego empezó a negarse a tomar la medicación y los síntomas empezaron a reaparecer de manera progresiva.

Hace 1 año presentó nuevamente la exacerbación progresiva de estos síntomas y la consecuente marcada disminución de peso. Debido a este nuevo episodio, hace 6 meses, el paciente fue llevado por sus familiares a la emergencia de un hospital general donde nuevamente se negó a ingerir sólidos o líquidos asegurando que tenía marcado dolor al deglutir (“siento que la comida se me queda en la garganta”). Se verificó una marcada disminución de peso (15 kg aproximadamente en el último año) por lo que fue hospitalizado.

Durante la hospitalización el paciente se mantuvo parco y aislado, por momentos impresionaba suspicacia y respondía preguntas con monosílabos. Luego de algunos exámenes que confirmaban la permeabilidad de su esófago, se le colocó una sonda nasogástrica para alimentarlo debido a que refería no

poder pasar los alimentos, ni su propia saliva, pero el paciente se la retiró hasta en 2 oportunidades: “me la he quitado porque no puedo respirar con eso en mi nariz”. Refería no tener una explicación para el mal que padecía y haber pensado que preferiría morir.

En su evolución el paciente recibió haloperidol parenteral hasta 15 mg al día y fue dado de alta luego de 1 semana, debido a que empezó a comer. Hace 5 meses comía normalmente y había subido 5 kg de peso. A pesar de la mejoría de los síntomas, el paciente permanecía con sintomatología cenestésica de mayor o menor grado aunque se alimentaba adecuadamente.

Caso 2

Presentamos el caso de una paciente de 38 años de edad, soltera, con secundaria completa, católica y desocupada, cuya enfermedad empezó hace 16 años, con irritabilidad, desconfianza, miedo, alucinaciones auditivas insultantes, amenazantes y comandatorias, alucinaciones visuales, delusiones de referencia y de daño. Inició tratamiento con haloperidol 20 mg al día vía oral, con pobre cumplimiento. Luego de 6 meses, se indicó decanoato de flufenazina 25 mg IM cada 30 días y biperideno 2 mg VO. La respuesta fue favorable, manteniendo los controles regulares cada tres meses. Luego de un año dejó el tratamiento, debido a síntomas extrapiramidales por lo que se decidió iniciar sulpiride hasta 600 mg al día, con irregular cumplimiento, por temor a ser envenenada.

Hace 12 años, los episodios de agitación psicomotriz eran frecuentes visitando la emergencia psiquiátrica en varias oportunidades debido a la poca adherencia farmacológica. Posteriormente Le indicaron trifluoperazina hasta 30 mg/día.

Hace 8 años, se agregaron alucinaciones funcionales y delusiones nihilistas que desencadenaron un episodio depresivo con intento suicida (ingesta de raticida), siendo atendida en un hospital general. Al alta le indicaron trifluoperazina, fluoxetina 20mg/día y biperideno.

Hace 6 años, refería que durante la hospitalización anterior “habían metido algo a su cuerpo y lo habían vuelto a cerrar”. Mientras caminaba o hacía alguna actividad física sentía “algo abierto” en sus genitales, una sensación de bulto persistente “como si hubiera algo que se mueve, me late”, exploraba sus genitales digitalmente “para saber que había dentro”, sin encontrar “el bulto”, sin embargo afirmaba que

“lo seguía sintiendo”. Los controles médicos y el tratamiento farmacológico tenían pobres resultados.

Hace 1 año, se planteó iniciar tratamiento con clozapina, pero la paciente se negó a realizarse los exámenes sanguíneos (temía perder sangre y no recuperarla), los síntomas permanecían activos y con varios episodios de agresividad hacia los familiares. Pronto, la negativa a toma la medicación fue absoluta, entonces fue hospitalizada y se inició clozapina, recibiendo al momento 300 mg, con respuesta parcial.

Caso 3

M es una paciente de 45 años, soltera, natural de Ancash, procedente de Lima, de religión católica, con grado de instrucción superior técnica y ocupación ama de casa.

Trece años previos a su evaluación actual presentó cambios en su comportamiento, inquietud psicomotriz, actitud pensativa, aumento en la frecuencia del cambio de su vestimenta, dificultad creciente para llevar a cabo sus tareas cotidianas, insomnio de conciliación y cefalalgia.

La paciente relaciona estos acontecimientos a que el espíritu de SD quebró su cráneo: “rompió mi memoria, ingresó y abrió mi mente, lo sentí adentro y me dolió la cabeza muy fuerte”, otro espíritu R abrió su cabeza “R ingresó por mi memoria y se quedó allí como una grabadora”.

La paciente refiere que el espíritu SD ingresó y se retiró criticándola, mientras que el espíritu R permaneció en su mente causándole sufrimiento y malestar, se sentía “al límite de sus fuerzas” debido a las voces de los espíritus que eran intensas, dialogantes, perturbadoras y repetitivas.

Hace doce años, experimentó la adición de otros espíritus dialogantes, un espíritu C que ingresó y permaneció a nivel de la mama izquierda y un espíritu D que permanecía escondido a nivel del corazón; además estaba hiperalerta al caminar por la calle, y con temor a que la sigan, por lo que fue reduciendo de forma progresiva sus salidas dificultando sus actividades académicas y cotidianas. Los meses siguientes, el espíritu R abandonó su cuerpo para localizarse en la tierra, “R bajó desde mi cabeza hasta mi pie, salió hacia la tierra, allí entendí que R es pozo y que ahora vive en la tierra”.

Se agregaron delusiones de daño, de referencia y de persecución. Además, presentó enajenación del pensamiento y pseudopercepciones visuales. Fue llevada a brujos y curanderos, sin mejoría alguna. Luego inició tratamiento, recibiendo decanoato de flufenazina y haloperidol en gotas.

Continuó con seguimientos en consulta externa mostrando leve mejoría (disminuyeron las delusiones de daño, mejoró su sueño). Dada la presencia de acatisia, se suspendió haloperidol y decanoato de flufenazina, indicándole sulpiride 200 mg con evolución estacionaria, por lo que se le aumentó la dosis del sulpiride a 400 mg. Refería la participación de los espíritus en los objetos “las almas se meten en el televisor, en la radio, en la refrigeradora haciendo ruido y bulla”.

Hace once años, la paciente se quejaba de que cuatro espíritus adicionales la perseguían, denominándolos: CH, M, E y MM haciendo un total de siete voces dialogantes.

Hace nueve años, reanudó el seguimiento psiquiátrico suspendido por 2 años, le indicaron palmitato de pipotiazina 25 mg IM cada 21 días, haloperidol 20 mg/día VO, biperideno 6 mg/día VO y diazepam 30 mg/día VO. Presentaba lenguaje incoherente “E mi cuñada, grita como gato dentro de la llanta del carro cuando se mueve, por qué llora le digo, adentro de mí me hace problema, entra en los huesos, se pega y me duele y afuera como gente buena”.

Hace cinco años se agregan alucinaciones hápticas: “los espíritus me manosean, me jalonean, me tocan la bata, siento que me tocan mi cuerpo”.

Hace tres años continuaba sintomática: “veo noticias y los espíritus repiten lo que hablan en la televisión y en la radio”, “siento ronchas, picazón por todo mi cuerpo, como una abeja que pica, así siento que las almas hacen con mi cuerpo”.

Hace dos años reinició las consultas psiquiátricas recibiendo tratamiento con decanoato de flufenazina 25 mg IM. Continuaba con mal cumplimiento de la medicación. Refería sentir dolor en las costillas, en las piernas y en los brazos.

Hace cuatro meses, refiere dolor de huesos en zona de la cadera, la cintura y la espalda “el hueso me duele como fractura y dislocan”. Además, refiere que “el espíritu D salió de su escondite y se metió al

muslo derecho provocándome dolor, luego regresó a su lugar”.

El día de la entrevista la paciente refirió que los espíritus la persiguieron, que caminaron por el piso junto a ella, sosteniendo que en el momento de la entrevista las almas estaban en silencio y que al salir en dirección a su casa seguramente volverían a seguirla.

DISCUSIÓN

La esquizofrenia cenestésica o cenestopática, fue descrita por primera vez por Gerd Huber (4) en 1957 en su trabajo “Die coenaesthetische Schizophrenie”, como un cuadro caracterizado por trastornos repetidos de sensaciones corporales íntimamente asociados con alteraciones afectivas, vegetativas, síntomas motores y sensoriales. Los síntomas cambian rápidamente su naturaleza y ocurren paroxismos, haciendo hincapié en la calidad subjetiva diferente de las sensaciones corporales, de carácter extraño y singular. Los pacientes no tienen medios adecuados para expresar y verbalizar las cenestesias, utilizando comparaciones, imágenes y neologismos. Si bien afirmó que la esquizofrenia cenestésica representaba una entidad psicopatológica distinta, también reconoció que las perturbaciones cenestésicas ocurrían en otros subtipos de esquizofrenia. Esta descripción se basa originariamente en 50 pacientes investigados por primera vez antes de la era de la psicofarmacología (5).

El término “cenestesia” corresponde a los términos alemanes “gemeingefühl” o “leibgefühl” y significa que los síntomas primarios no son una actitud defectuosa constitucional o neurótica, o una delusión hipocondríaca, sino extrañas sensaciones corporales cualitativamente anormales. Este tipo de síntomas fueron descritos desde la época Kraepeliniana (en 1907) por Dupres y Camus - sin ningún conocimiento de la *dementia praecox* de Kraepelin o la esquizofrenia de Bleuler - como “les cénesthopathies” un síndrome especial (6).

Actualmente se incluye mayormente dentro de la esquizofrenia paranoide, subtipo que describe las alteraciones sensorio-perceptivas. En las clasificaciones diagnósticas, sólo el CIE 10 la incluye mencionándola entre “otras esquizofrenias” (2,3,7).

Es así que la “esquizofrenia cenestésica” supone aquella que se caracteriza durante todo su

curso por sensaciones corporales combinadas muy estrechamente con perturbaciones afectivas. Otros síntomas que ocurren con frecuencia son ciertos desórdenes centro-vegetativos, motores y perceptivos (8,9,12). Huber (10) sugirió que el sistema límbico, y las áreas diencefálicas y parietales del cerebro podrían tener importancia etiológica en la génesis de cenestesias. Esto fue basado en la observación de los fenómenos cenestésicos definibles somáticamente en enfermedades cerebrales como resultado del daño en estas áreas. Se consideró que existía una estrecha correlación entre la fenomenología cenestésica y el polo somático del tálamo (5, 11).

También señaló que algunos pacientes mostraron una atrofia central del cerebro identificada por neuroencefalografía, tomografía computarizada y resonancia magnética. Bar et al. (12) realizaron un estudio funcional de resonancia magnética, investigando las rápidas fluctuaciones dolorosas somatosensoriales alucinatorias de un paciente con “cenestesias”. Ellos encontraron una activación significativamente mayor de un área en la corteza parietal medial, en comparación con grupo control (5).

La historia natural es de inicio mayormente crónico-insidioso, con una prevalencia que ha disminuido en los estudios desde Huber (18%) hasta la actualidad en que se establece por debajo de 10% (8), tiene una edad de inicio promedio mayor al de la esquizofrenia en general –entre 24 y 30 años–, la edad en que se realiza mayormente el diagnóstico fluctúa entre los 34 y los 38 años (8,12), los pródromos prepresicóticos si bien no son característicos suelen ser de larga data, entre 8 y 15 años (8,12), siendo caracterizados principalmente por desórdenes de la personalidad, neurosis y desórdenes somatomorfos (8,9,12).

Su curso de largo pródromo y constante malestar, suele acercar a los pacientes a las ideas e intentos suicidas (12) y a constantes visitas a los hospitales (8,9,13,14). Huber (4) caracterizó el curso de la esquizofrenia cenestésica como una enfermedad crónica, insidiosa, progresiva, con pocas remisiones, manteniendo en la mayoría de los casos síntomas residuales en grado variable. Basov (15) encontró que los casos con esquizofrenia cenestésica desarrollaban cambios negativos más profundos, dando lugar a discapacidades severas. Bräunig et al. (8), confirmaron un curso crónico con dominancia de síntomas negativos y deterioro de la personalidad. Muchos de estos pacientes cuyas vidas transcurren en fluctuaciones constantes de “sensaciones viscerales raras”, presentan

“crisis disestésicas” que les causan desesperanza, temor y angustia, que suponen los mayores riesgos debido a la ideación suicida (8,9,13,14). Clínicamente, sobre la base de estudios de casos, estos pacientes son relativamente resistentes al tratamiento (5).

Saavedra (16) presentó una casuística de 18 pacientes donde describe dos subgrupos: Casos en los que las alteraciones cenestopáticas se presentan solas y casos en los que las alteraciones cenestopáticas, sin bien dominan el cuadro al punto de focalizar en ellas toda la actividad del paciente, se asocian con otros síntomas: pensamiento precategorial, delusiones diversas y pseudopercepciones de otros sentidos. En uno y otro subgrupo, los desordenes cenestopáticos eran locales o generales; los primeros se asentaban de preferencia en la región anal, perineal, glútea, abdominal y facial; los segundos eran periféricos (músculos, huesos y piel) o internos (vísceras, tórax y cráneo).

Los 3 casos presentan manifestaciones de tipo cenestésico, sea como síntoma principal o secundario, y en la evolución se evidencia la dificultad para lograr una mejoría franca y permanente de dichos síntomas. Asimismo se hace evidente la dificultad de lograr una conciencia de enfermedad que permita el tratamiento regular y los pacientes continúan con síntomas de manera permanente o tienen crisis a repetición.

En los casos presentados, los exámenes de laboratorio y de imágenes no explican las sensaciones que presentan y que afectan la funcionalidad en sus capacidades biológicas más básicas que abarcan desde comer hasta caminar.

El primer caso transcurre con una historia natural característica de *esquizofrenia cenestopática* en la que el paciente tiene una personalidad previa más bien con tendencias hipocondriacas y se presentan crisis disestésicas intensas que llevan al paciente hasta el intento de suicidio.

El segundo caso tiene una presentación inicial con síntomas paranoides de larga data, varios años después presentó los síntomas cenestésicos, que persistieron hasta la actualidad. Se describe además, problemas afectivos que llevaron a la paciente al intento de suicidio.

En el tercer caso, la presentación es parecida al primero, con síntomas cenestésicos desde el inicio de la enfermedad, que además, se mezclan con síntomas paranoides y varias pseudopercepciones. Sin embargo,

los síntomas cenestésicos tienen predominancia clínica.

En relación al tratamiento, encontramos respuesta parcial de estos síntomas a los antipsicóticos clásicos y atípicos, hallazgo compatible con las descripciones publicadas. En general se puede apreciar que el deterioro funcional está presente. Sin embargo, se observa que cuando ocurre respuesta farmacológica y los síntomas disminuyen en intensidad, recuperan su funcionalidad en algún grado menor. En los tres casos se evidencia la cronicidad del cuadro clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. (originally published in 1911). New York: International Universities Press; 1952.
2. World Health Organization. Tenth revision of the international Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Chapter V. (F10 - F19): Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
4. Huber G. Die coenästhetische Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiatr. 1957; 25: 491–520.
5. Jenkins G, Röhrich F. From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: A historical and phenomenological review. Psychopathology. 2007;40:361–368.
6. Dupre E, Camus P. Les cenestopathies. L'encephale II. 1907; 2: 616–631.
7. Huber G. Pneumencephalographische Bilder bei endogenen Psychosen. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer; 1957.
8. Bräunig P, Krueger S, Rommel O, Börner I. Coenaesthetic schizophrenia. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2000; 151:16–21.
9. Klages W. Zur Differentialdiagnose der körpermaßempfindungen. Dtsch Med Wochenschr. 1962; 87(4): 193-198.
10. Huber G. ‘Cenesthetic schizophrenia’ – a subtype of schizophrenic disease. Neurol Psychiatry Brain Res. 1992; 1: 54–60.
11. Schuettler R, Auerbach P. Disturbances of cenesthesia in schizophrenia as a source of diagnostic error (in German). Psycho. 1977; 3: 111–117.
12. Bär KJ, Gaser C, Nenadic I, Sauer H. Transient activation of a somatosensory area in painful hallucinations shown by fMRI. Neuroreport. 2002; 13: 805–808.
13. Weitbrecht HJ. Manual de Psiquiatría. Madrid: Ed Gredos; 1969.

14. Delgado H. Curso de Psiquiatría. Sexta Edición. Fondo Editorial. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.
15. Basov AM. Clinical independence of cenestopathic schizophrenia. Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova. 1980;80(4):586-92.
16. Saavedra A. Forma cenestopática de esquizofrenia. Revista de Neuropsiquiatría. 1966; 29(4):320-51.