

Automutilación genital y de falanges en un paciente con esquizofrenia: reporte de un caso.

Self-mutilation of genitals and phalanges in a patient with schizophrenia: a case report.

Jeff Huarcaya-Victoria ^{1,2,a}, Mario Ledesma-Gastañadui ^{2,b}, Carmen Reinoso-Santa Cruz ^{2,b}

RESUMEN

La automutilación es una rara, pero a la vez dramática y devastadora complicación de diversos trastornos mentales, más frecuente en pacientes con psicosis que presentan delusiones de contenido religioso. Las variedades más reportadas de automutilaciones mayores, que ocurren súbitamente e implican considerable daño tisular son la ocular, genital y de extremidades. Se revisan algunos factores predisponentes, características clínicas y tratamiento, a raíz del caso de un paciente varón de 49 años con esquizofrenia crónica, de larga evolución que, previamente se había mutilado varias falanges de ambas manos y recientemente el pene y los testículos, siguiendo las órdenes de sus alucinaciones. El paciente fue tratado con clozapina y ácido valproico, mostrando mejoría conductual pero también persistencia de las alucinaciones auditivas que lo conminan a que se ampute el miembro inferior derecho.

PALABRAS CLAVE: Automutilación genital, esquizofrenia, trastornos psicóticos.

SUMMARY

Self-mutilation is a rare, yet dire and dramatic complication of various mental disorders, more frequently seen in psychotic patients with delusions of religious content. The most reported cases of major self-mutilation, which occurs suddenly and with considerable tissue damage affect the ocular, genital and limb areas. Some predisposing factors, clinical features and treatment approaches are reviewed a propos of the case of a 49-year-old male patient with chronic schizophrenia who had previously mutilated several phalanges in both hands and, recently, cut out his penis and testicles following orders from his hallucinations. The patient was treated with clozapine and valproic acid, showing behavioral improvement, but persistence of the imperative auditory hallucinations that compel him to amputate his right lower limb.

KEY WORDS: Genital self-mutilation, schizophrenia, psychotic disorders.

¹ Facultad de Medicina San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Lima, Perú.

^a Médico residente de Psiquiatría ; ^b Médico psiquiatra.

INTRODUCCIÓN

“Porque hay eunucos que nacieron así del vientre de su madre; y hay eunucos que fueron hechos eunucos por los hombres, y hay eunucos que a sí mismos se hicieron eunucos por causa del reino de los cielos. El que sea capaz de recibir esto, que lo reciba.”

Mateo 19:12

Un problema al que nos enfrentamos si queremos entender las conductas automutilatorias es el concerniente a la terminología: “autoagresión”, “suicidio focal”, “accidentes deliberados”, son algunos de los tantos nombres dados a esta conducta, sin embargo el término “automutilación” es el preferido por los investigadores (1). La automutilación es definida como el daño intencional hacia alguna parte del cuerpo hecho por la misma persona sin intención de matarse, por lo que se excluyen los intentos de suicidio que resultan en alguna mutilación (1). El primer intento de describir clínicamente este tipo de conductas lo realizó el psicoanalista Menninger (2), para quien las automutilaciones eran una forma de “suicidio localizado”. Este autor las clasificó en: a) automutilaciones neuróticas; b) religiosas; c) en pacientes psicóticos; d) en dolencias orgánicas y e) habituales y convencionales, por ejemplo cortarse las uñas, el cabello, afeitarse, etc. Favazza (3), en época más reciente, entiende a las automutilaciones como conductas impulsivas, y las clasifica en tres tipos básicos: a) mayores, que ocurren súbitamente e implican un gran daño tisular, por ejemplo, la autocastración o la enucleación; b) estereotípicas, como una forma de conducta rítmica desprovista de simbolismo, siendo común en los pacientes con discapacidad cognitiva, trastornos del espectro autista, síndrome de Lesch-Nyhan y c) superficiales y moderadas, como cortes en la piel, quemaduras y rascado, esta variedad se describe en la bibliografía dermatológica como excoriaciones psicógenas, dermatitis facticia, síndromes delusivos de parasitosis y, en psiquiatría, se describe usualmente como síntoma de trastornos de personalidad, específicamente el trastorno de personalidad emocionalmente inestable de tipo impulsivo (borderline). Las variedades más frecuentemente reportadas de automutilación son la ocular, genital y de extremidades (1). En general, puede afirmarse que las automutilaciones son un síntoma no específico de diversos trastornos mentales. Existen reportes de automutilaciones asociadas a intoxicación por drogas como cannabis (4), dietilamida de ácido lisérgico (5), metanfetaminas (6); síndrome de abstinencia en alcohólicos (7); en

personalidades anormales, frecuentemente en los tipos emocionalmente inestables (8); también como una forma de expresión de frustración internalizada que resulta en actos impulsivos automutilatorios (9,10); en trastornos depresivos unipolares (11) y trastornos bipolares (12).

Presentamos el caso de un paciente con esquizofrenia que se automutiló los genitales y falanges, con el propósito de examinar los factores predisponentes, las características clínicas y el tratamiento de estas formas de automutilación, a la vez que efectuamos una razonable revisión bibliográfica al respecto.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 49 años, soltero, con secundaria completa, actualmente desempleado. No tiene antecedentes psiquiátricos familiares. Fue abandonado por su padre antes de los 10 años, creció con su madre y hermanos. Actualmente vive solo con su madre.

A los 7 años de edad se mostró temeroso de ir a la escuela, con ansiedad la mayor parte del día, disminución del rendimiento académico y disminución de las actividades sociales, por lo que repitió un año escolar. La madre refirió que desde los 10 años el paciente comenzó a presentar soliloquios. A pesar de estas conductas, para la familia el paciente solo era “raro”, por lo que no buscaron atención médica. A los 17 años se volvió agresivo contra la madre y comenzó a presentar conductas inadecuadas, como desvestirse en la vía pública. El paciente refirió que esto lo hacía porque unas voces se lo ordenaban, además recibía otro tipo de órdenes, como que comiera o se bañase. Por estos motivos se decidió llevarlo a un hospital psiquiátrico, donde fue hospitalizado aproximadamente un mes, pero no se sabe el tratamiento psicofarmacológico que recibió. Se le diagnosticó de esquizofrenia paranoide, mejorando durante la hospitalización y posteriormente siendo controlado por consultorio externo. La madre nos refirió que durante los siguientes años el paciente nunca llegó a reintegrarse socialmente; permanecía casi todo el día en su habitación recostado en su cama sin algún tipo de iniciativa para realizar alguna actividad, saliendo esporádicamente para acompañar a su madre al mercado local. El paciente nos refirió que lo único que recordaba de aquellos años es que su cerebro estaba “paralizado” y que por eso no podía iniciar actividad alguna.

Desde los 29 años el paciente comenzó a manifestar impulsos irresistibles de automutilación; en un periodo de 8 meses comenzó a mutilarse las falanges de ambas manos (Figura 1), presentó alucinaciones auditivas peyorativas e imperativas, refirió que fueron órdenes de “Papá pitufo” y “Gárgamel”; y que si no cumplía dichas órdenes “las voces le harían daño”, por lo que comenzó a cortarse con un cuchillo la primera falange del primer dedo de la mano izquierda, luego las falanges distales de los dedos 2° y 5° de la mano derecha y finalmente la falange distal del 2° dedo de la mano izquierda. La madre nos refirió que durante estos 8 meses el paciente frecuentemente se escapaba

de su casa, para luego encontrarlo deambulando por la vía pública con la mano ensangrentada producto de la automutilación: le llamó la atención que el paciente no expresara sensación de dolor. En cada uno de estos episodios de automutilación, el paciente fue atendido en un hospital general; las mutilaciones fueron completas por lo que no requirieron de intervención quirúrgica secundaria.

A los 30 años se agravó el cuadro clínico; agregándose irritabilidad y agresividad; se tornó ansioso y con tendencia a la fuga, por lo que fue conducido a otro hospital psiquiátrico. Se continuó con el diagnóstico



Figura 1. Automutilaciones de algunas falanges de ambas manos.



Figura 2. Mutilación traumática de genitales externos provocado por el paciente durante episodio psicótico.

de esquizofrenia paranoide; en aquella hospitalización recibió olanzapina con clonazepam, la madre no recordó las dosis. Luego de estabilizarse psicopatológicamente continuó sus controles por consultorio externo.

A los 41 años comenzó a ser visto por el servicio de psiquiatría general de nuestro hospital. Por la severidad y refractariedad del cuadro psicótico se decidió instaurar el protocolo de clozapina, con dosis de hasta 400 mg/día aunque requirió luego terapia electroconvulsiva (TEC) para controlar los síntomas psicóticos. Durante la evolución del trastorno, el paciente requirió tres hospitalizaciones debido a descompensaciones psicóticas, con predominio de las conductas agresivas hacia la madre.

La madre refirió que, en agosto del 2014, el paciente se acercó a ella con el pantalón ensangrentado en la zona inguinal, aunque llamaba la atención que no se quejase de dolor. La madre se percató de que el paciente se había mutilado el pene y los testículos (Figura 2), motivo por el cual acudieron al servicio de emergencia de nuestro hospital. Se logró controlar el choque hipovolémico hemorrágico mediante hemostasia local y fluidoterapia, para luego pasar a sala de operaciones de urología, donde se le realizó un control y revisión de hemostasia, además de la creación de uretra perineal. Luego de permanecer 11 días en el servicio de urología se decidió la transferencia al servicio de psiquiatría general. Se evidenció conducta alucinatoria, el paciente refirió que fueron 4 voces las que le indicaron que se corte los genitales. Después de un mes de hospitalización se logró controlar parcialmente los síntomas psicóticos con clozapina 450 mg/día y quetiapina 50 mg/día. Durante sus controles por consulta externa se llegó a alcanzar una dosis de clozapina de 800 mg/día y valproato de sodio 1 g/día.

En mayo del 2016 el paciente volvió a ser hospitalizado en nuestro servicio por reagudización de síntomas psicóticos. Refirió que desde hace aproximadamente un mes una voz le estuvo hablando con más frecuencia, siendo en esta oportunidad la voz de una mujer joven, no identificada por el paciente, quien le ordenaba cortarse las piernas. Asimismo, comentó que está haciendo un gran esfuerzo para no obedecer las órdenes de matar a su madre y dañar a su hermano, pero que no sabe hasta cuándo lo soportará, ya que la voz tiene el poder de “hacerle sentir mal”. Refirió además tener deseos de cortarse la pierna derecha, ya que “la siente como si fuera un cordón”, “como si estuviera alargada y delgada, sin músculos, impidiendo que pueda moverla”. La madre comentó que desde hace

un mes presentó intensificación de soliloquios, con conducta inadecuada y agresiva, por lo que se decidió la hospitalización.

Al examen físico del paciente se evidenció la ausencia de algunas falanges de ambas manos, además de la herida operatoria producto de la automutilación de los genitales en adecuado estado. El resto del examen físico no fue contributivo. Debido a los severos síntomas cognitivos deficitarios, nuestro paciente nos dio mayoritariamente respuestas monosilábicas, siendo además muy pobre su capacidad de abstracción; por todo esto la entrevista clínica resultó muy difícil de realizar. En la evaluación mental se encontró a un paciente con ligero anublamiento de la conciencia; nula conciencia de trastorno mental, no era consciente además de la severidad de los actos automutilatorios, vivenciando estos de manera pasiva y sin cuestionarse el haberlos realizado; parálisis del yo; despersonalización; invalidación de lo acaecido; atención dirigida a su mundo autista; indiferencia anormal; frustración del objetivo; alucinaciones auditivas imperativas y peyorativas; alucinaciones cenestopáticas con alteraciones de la vivencia y esquema corporal; bloqueos del pensamiento; incremento de latencia pregunta / respuesta; alogia con pobreza del contenido del lenguaje; pensamiento esquizofrénico precategórico como concretismo de lo mental, disolución del significado de conceptos; delusiones de daño; sentimiento de extrañeza; pérdida de contacto afectivo con la realidad; pobre resonancia afectiva; insensibilidad a los rigores de la intemperie; propensión a la automutilación; nulo rendimiento social; abulia; empobrecimiento del registro motor, de la gracia y holgura en las actitudes; falta de espontaneidad con acciones distantes del ambiente.

Dentro de los exámenes de laboratorio no se encontraron hallazgos significativos, descartándose intercurencias médicas no psiquiátricas.

DISCUSIÓN

Uno de los primeros reportes de automutilación genital lo realizó Storch (13) en 1901, se trató de un joven de 27 años, quien aparentemente se mutiló los testículos por “*el dolor (psicológico) que estaba experimentando, y pensó que de esta manera obtendría alivio*”. Greilshheimer (14) encontró 53 casos de automutilación genital en varones desde 1901 hasta 1979, siendo solo 2 los casos de una completa amputación de los genitales con daño a otra parte del cuerpo. Más recientemente, Large (15) encontró que entre 1960 y 2008 se reportaron 189 casos de automutilaciones mayores, de los cuales

101 se debieron a un trastorno psicótico del espectro esquizofrénico con documentación de tratamiento; la frecuencia de amputación fue: 44,4% se amputaron el pene; 39,6% se enuclearon; 33,3% se automutilaron de forma completa los genitales y un 8,9% se amputaron un miembro. Nakaya (16) reportó que de 110 casos de automutilación genital, el 77% perteneció al grupo de psicóticos pero 23% no mostraron evidencia de psicosis, también encontró que los pacientes psicóticos estaban conformados por: esquizofrenia (44%), psicosis aguda (11%), depresión (6%), manía (3%), psicosis orgánica o tóxica (13%); dentro de los pacientes sin psicosis se encontraron trastornos de personalidad (14%) y transexuales (9%). Las automutilaciones genitales psicóticas están relacionadas con sentimientos de culpa respecto a problemas sexuales y a experiencias psicóticas de contenido religioso, estos contenidos fueron encontrados en el 34% de los pacientes con automutilación genital y psicosis del grupo de Nakaya (16); los fenómenos psicopatológicos en estos casos son variados: alucinaciones auditivas de la voz de Buda criticando el deseo sexual de los pacientes, alucinaciones auditivas imperativas de Satanás, alucinaciones visuales de Jesús, entre otros. A la ocurrencia de automutilación genital como consecuencia de delusiones o alucinaciones de contenido religioso se le conoce como “síndrome de Klingsor” –por un personaje de la ópera de Richard Wagner, *Parsifal*- (17,18). Estos pacientes interpretan, debido a su pensamiento precategórico, los pasajes bíblicos del Evangelio de Mateo (5:29-30 “*Por eso, si tu ojo derecho es ocasión de pecado para ti, sácatelo y tíralo lejos; porque es más provechoso para ti perder una parte de tu cuerpo y no seas arrojado entero al infierno.*”, de forma concreta (19). Las delusiones de contenido religioso no son los únicos fenómenos psicopatológicos que pudieran explicar las conductas automutilatorias, también se encuentran alucinaciones imperativas de remover un órgano, tal como ocurrió con nuestro paciente, alucinaciones visuales, trastornos del pensamiento, conductas indicativas de indiferencia hacia las injurias, agitación psicomotriz, abuso de sustancias y una miscelánea de delusiones (15). En cambio, la automutilación genital en pacientes no psicóticos se debe generalmente a perturbaciones en su identidad sexual. Dentro de este grupo encontramos a aquellos individuos varones que planean su propia operación de cambio de sexo. Las automutilaciones de los individuos no psicóticos son igualmente graves que las de aquellos con psicosis (14).

Debemos mencionar algunas consideraciones respecto a las alucinaciones cenestopáticas de nuestro paciente, ya que pareciera ser que, junto con las

alucinaciones auditivas imperativas, constituirían factor de riesgo para un eventual nuevo acto automutilatorio dirigido a su pierna derecha. Desde los trabajos de Bleuler se sabe que los pacientes con esquizofrenia frecuentemente presentan en todas sus fases un amplio repertorio de sensaciones corporales anormales (20). ¿La autocastración de nuestro paciente pudiera haberse debido a alucinaciones cenestopáticas genitales? Durante su última hospitalización nos negó que así haya sido, pero en la literatura existen casos de automutilación genital debido a alucinaciones viscerales (14). Cuando estas alucinaciones cenestopáticas dominan el cuadro clínico podemos hablar de una forma de esquizofrenia cenestopática. Esto no ocurrió en el caso que reportamos, donde los fenómenos delusivos y alucinatorios verbales fueron lo predominante.

Se sabe que existen algunos factores de riesgo para la conducta automutilatoria genital (16): a) presencia de psicosis, especialmente con delusiones de contenido religioso; b) trastornos de la personalidad; c) historia previa de automutilación; d) dependencia al alcohol; e) sentimientos de culpa con conflictos en su sexualidad; f) pérdida temprana del padre o severa privación emocional durante la niñez; g) alteración de la identidad sexual con deseos de ser mujer, rechazo de la masculinidad, travestismo, incapacidad para establecer un contacto heterosexual. En nuestro paciente encontramos algunos de estos factores de riesgo: a) antecedentes de automutilaciones de falanges a los 29 años durante el curso de diferentes episodios psicóticos; b) alucinaciones imperativas y delusiones, la literatura reporta que estas son responsables de no más del 7% de las mutilaciones (14); c) ausencia de la figura paterna: cuando las teorías psicoanalíticas tenían vigencia, muchos autores atribuían un rol importante al concepto de culpa en la psicodinámica de cualquier tipo de autoagresión, de tal forma que la experiencia de automutilación genital sería un acto de liberación y purificación de la culpa originada por impulsos incestuosos y fantasías de castración dirigidas hacia el padre (21).

¿Qué sucede con el órgano amputado? Este dato pudiera servirnos para conocer las motivaciones de la amputación: a) los pacientes psicóticos graves generalmente no muestran interés en las partes automutiladas, eliminándolas de inmediato, esto fue lo que sucedió con nuestro paciente; b) aquellos pacientes con delusiones de contenido religioso pueden quemar las partes amputadas como una forma de ritual, todo esto acompañado de intensa culpa y delusiones de pecado y condenación; c) los pacientes

no psicóticos son los que generalmente preservan el órgano amputado para luego buscar ayuda (22).

Otra característica de nuestro paciente, que también se encuentra en otros reportes (18, 23-27), fue la relativa falta de dolor del acto automutilatorio. Kraepelin observó que los pacientes con esquizofrenia eran menos sensibles al malestar general (28). Bleuler describió una forma de analgesia en estos pacientes, lo que permitía que se hieran voluntaria e involuntariamente (29). En efecto, en los reportes de casos de automutilación se encontró un comportamiento atípico de los pacientes con esquizofrenia frente al dolor, a esto le sumamos otros reportes de casos en este tipo de pacientes, con diversas condiciones médicas dolorosas (apendicitis, perforación intestinal, peritonitis y otras formas de abdomen agudo, fracturas, etc.) reportando poco o ningún tipo de dolor (30, 31). Esto puede traer consecuencias deletéreas para el paciente (32, 33). En un metaanálisis reciente sobre estudios experimentales que investigaban el dolor en pacientes con esquizofrenia se encontró: a) los pacientes con esquizofrenia tenían mayor tolerancia al dolor respecto a los controles; b) los resultados fueron similares en los pacientes que no usaban antipsicóticos; c) mientras más severos sean los síntomas se produce un incremento del umbral del dolor (34). ¿Es real la falta de dolor en estos pacientes? ¿En todo caso no sería una reducida expresión de dolor debido a las alteraciones afectivas, cognitivas y comportamentales? Existen hipótesis que tratan de clarificar estas cuestiones (30): a) psicopatológica: anomalías sensoriales, afectivas y factores socio-psicológicos, todo lo cual produciría una disminución de la reactividad comportamental al dolor (35); b) biológicas: alteración de opiáceos, elevación de β -endorfina en el líquido cefalorraquídeo, disfunción endógena de la neurotransmisión mediada por el receptor N-metil-D-aspartato (NMDA); superponiendo los resultados en investigaciones de conductas automutilatorias en pacientes con el síndrome de Lesch-Nyhan, se postula que el sistema dopaminérgico se encuentra alterado con una sensibilidad incrementada a los receptores de dopamina (36). Lo más plausible sería considerar la disminución de la sensibilidad al dolor como un endofenotipo de las esquizofrenias (37).

Queda claro que nos encontramos frente a un paciente de difícil manejo terapéutico porque luego de recibir varios antipsicóticos, incluida clozapina, repitió la conducta automutilatoria. Los reportes clínicos señalan que el tratamiento de los pacientes con conductas automutilatorias es muy difícil,

siendo las opciones terapéuticas: psicoterapia, terapia farmacológica, terapia electroconvulsiva y cirugía (1). Las investigaciones farmacológicas en este tipo de pacientes fueron realizadas generalmente en personas con discapacidad intelectual, por ejemplo, algunos reportes mencionan que clozapina podría reducir significativamente la agresión y las conductas automutilatorias en pacientes con discapacidad intelectual moderada a profunda (36, 37), sin embargo, debido a la rareza de este fenómeno, no existen ensayos clínicos aleatorizados que estudien la eficacia y los efectos adversos en este tipo de personas (38). Respecto a la población psicótica, se ha visto que los casos de automutilación son menores en las psicosis previamente tratadas, pudiendo explicarse esto en parte por: a) la medicación antipsicótica que mitiga sus síntomas, haciendo que no actúen de manera tan drástica como en un primer episodio psicótico; b) las delusiones extravagantes respecto a los órganos son menos comunes en pacientes tratados con antipsicóticos (15). La terapia electroconvulsiva (TEC) es considerada luego de la falla del tratamiento psicofarmacológico (1), así como en los pacientes con conductas automutilatorias persistentes. En la literatura encontramos que la efectividad de la TEC se observó en pacientes con discapacidad cognitiva severa (39, 40), trastornos del espectro autista (41), trastorno afectivo bipolar (42). Recientemente se reportó un caso similar al nuestro; se trató de un paciente de 32 años con esquizofrenia que se amputó el antebrazo izquierdo debido a sus alucinaciones auditivas imperativas, recibió varios antipsicóticos, pese a lo cual no se evidenció mejoría clínica, persistiendo las alucinaciones auditivas. Frente a la negativa de utilizar TEC; se le realizaron 20 sesiones de estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS) combinada con terapia cognitivo conductual, luego de lo cual se observó mejoría de tanto los síntomas positivos como negativos (43).

En conclusión, nuestro paciente ejemplifica la necesidad de conocer los factores de riesgo de conductas automutilatorias, así como el de un urgente y adecuado tratamiento de las alucinaciones auditivas imperativas y los síntomas psicóticos en general, con tal de prevenir futuras automutilaciones. Aun así, algunos de estos pacientes no muestran respuestas adecuadas al tratamiento psicofarmacológico, la rTMS podría representar una alternativa de tratamiento, siendo necesarias futuras investigaciones al respecto. Sea como fuese, de ocurrir el acto automutilatorio, se requiere de un manejo multidisciplinario en un hospital general, interviniendo los servicios de psiquiatría,

urología, cirugía plástica, rehabilitación, entre otros.

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tenerlos.

Correspondencia:

Jeff David Huarcaya Victoria
Departamento de Psiquiatría
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen -
ESSALUD
Av. Grau 800. Lima 1. Lima, Perú.
Teléfono: 324 2983 / 324 2980
Correo electrónico: jeffraptor20@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feldman M. The challenge of self-mutilation: A review. *Compr Psychiatry*. 1988; 29: 252-269.
2. Menninger K. El hombre contra sí mismo. Barcelona: Ediciones Península; 1972. p. 207-252.
3. Favazza A, Rosenthal R. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry*. 1999; 44(2): 134-140.
4. Khan M, Usmani M, Hanif S. A case of self-amputation of penis by cannabis induced psychosis. *J Forensic Leg Med*. 2012; 19: 355-357.
5. Blacha C, Schmid M, Gahr M, Freudemann R, Plener P, Finter F, et al. Self-inflicted testicular amputation in first lysergic acid diethylamide use. *J Addict Med*. 2013; 7(1): 83-84.
6. Anand J, Habrat B, Barwina M, Waldman W. Repeated self-mutilation of testicles in the context of methamphetamine use: A case report and brief review of literature. *J Forensic Leg Med*. 2015; 30: 1-3.
7. Charan S, Reddy C. Genital self mutilation in alcohol withdrawal state complicated with delirium. *Indian J Psychol Med*. 2011; 33(2): 188-190.
8. Aalouane R, Rammouz I, Hafidi H, Boujraf S. Genital self-mutilation in an attempt of suicide by a patient with a borderline personality. *J Neurosci Rural Pract*. 2013; 4(2): 199-203.
9. Rahmanian H, Petrou N, Sarfraz M. Self-amputation in two non-psychotic patients. *Iran J Psychiatry BehavSci*. 2015; 9(3): e231.
10. Nerli R, Ravish I, Amarked S, Manoranjan U, Prabha V, Koura A. Genital self-mutilation in nonpsychotic heterosexual males: Case report of two cases. *Indian J Psychiatry*. 2008; 50(4): 285-287.
11. Rao KN, Bharathi G, Chate S. Genital self-mutilation in depression: a case report. *Indian J Psychiatry*. 2002; 44(3): 297-300.
12. Green C, Knysz W, Tsuang M. A homeless person with bipolar disorder and a history of serious self-mutilation. *Am J Psychiatry*. 2000; 157 (9): 1392-1397.
13. Stroch D. Self-castration. *JAMA*. 1901; 36: 270.
14. Greilshheimer H, Groves J. Male Genital Self-mutilation. *Arch Gen Psychiatry*. 1979; 36: 441-446.
15. Large M, Babidge N, Andrews D, Storey P, Nielsens O. Major self-mutilation in the first episode of psychosis. *Schizophr Bull*. 2009; 35: 1012-1021.
16. Nakaya M. On background factors of male genital self-mutilation. *Psychopathology*. 1996; 29: 242-248.
17. Schweitzer I. Genital self-amputation and the Klingsor syndrome. *Aust N Z J Psychiatry*. 1990; 24: 566-569.
18. Bhargava S, Vohra S. Klingsor Syndrome: a case report. *Indian J Psychiatry*. 2001; 43(4): 349-350.
19. Scherwoske J, Caplan J, Benford D. Self-mutilation and biblical delusions: A review. *Psychosomatics*. 2012; 53: 327-333.
20. Cabrejos C, Salirrosas-Alegria C, Córdova-Flores R, Paima-Ríos R. Cenestesia y esquizofrenia cenestopática. *Rev Neuropsiquiatr*. 2011; 74(4): 305-310.
21. Martin T, Gattaz W. Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. *Psychopathology*. 1991; 24: 170-178.
22. Ozan E, Deveci E, Oral M, Yazici E, Kirpinar I. Male genital self-mutilation as a psychotic solution. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2010; 47(4): 297-303.
23. Oluwole L, Dada M, Obadeji A. Self-inflicted bilateral orchidectomy precipitated by erotic bizarre delusions: a case report. *Afr J Psychiatry*. 2013; 16(2): 89-91.
24. Cruzado L, Villafane-Alva R, Caballero-Atencio K, Cortez-Vergara C, Núñez-Moscoso P. Severe burns and amputation of both arms in the first psychotic episode of a schizophrenic patient. *Case Rep Psychiatry*. 2015. doi:10.1155/2015/405713
25. Cortez-Vergara C, Tirado-Hurtado B, Núñez-Moscoso P, Cruzado L. Automutilaciones en pacientes psicóticos: reporte de dos casos inusuales. *Rev Neuropsiquiatr*. 2012; 75(3): 101-105.
26. Potvin S, Stip E, Marchand S. Markedly reduced thermal pain perception in a schizoaffective patient with tardive dyskinesia. *Case Rep Psychiatry*. 2016. doi: 10.1155/2016/8702483.
27. Virit O, Savas H, Altindag A. Lack of pain in schizophrenia: a patient whose arm was burned and amputated. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30: 384-385.
28. Dworkin R. Pain insensitivity in schizophrenia: A neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull*. 1994; 20(2): 235-248.
29. Bleuler E. *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Calpe; 1924. p. 304.
30. Autié A, Montreuil M, Moulrier V, Braha S, Wojakiewicz A, Januel D. Douleur et schizophrénie: mythe et réalité. *L'Encéphale*. 2009; 35: 297-303.
31. Retamero C, Paglia C. When patients donor hurt:

- silent acute abdomen in a patient with schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012; 34(2): e9-e11.
32. Katz E, Kluger Y, Rabinovici R, Stein D, Gimmon Z. Acute surgical abdominal disease in chronic schizophrenic patients: a unique clinical problema. *Isr J MedSci*. 1990; 26(5): 275-277.
33. Bickerstaff L, Harris S, Leggett R, Cheah K. Pain insentivity in schizophrenic patients. A surgicaldilemma. *ArchSurg*. 1988; 123(1): 49-51.
34. Brendon S, Trevor T, Sarah A, Davy V, Fiona G, Christoph C. Decreased pain sensitivity among people with schizophrenia: a meta-analysis of experimental pain induction studies. *Pain*. 2015; 156(11): 2121-2131.
35. Bonnot O, Tordjman S. Schizophrénie et réactivité à la douleur. *Presse Med*. 2008; 37(11): 1561-1568.
36. Winchel R, Stanley M. Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. *Am J Psychiatry*. 1991; 148 (3): 306-317.
37. Cohen S, Underwood M. The use of clozapine in a mentally retarded and aggressive population. *J Clin Psychiatry*. 1994; 55(10): 440-444.
38. Ayub M, Saeed K, Mushi T, Naeem F. Clozapine for psychotic disorders in adults with intelectual disabilities. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 23(9). doi: 10.1002/14651858.CD010625.pub2.
39. Bates W, Smeltzer D. Electroconvulsive Treatment of Psychotic Self-Injurious Behavior in a Patient with Severe Mental Retardation. *Am J Psychiatry*. 1982; 139(10): 1355-1356.
40. Consoli A, Cohen J, Bodeau N, Guinchat V, Wachtel L, Cohen D. Electroconvulsive therapy in adolescents with intellectual disability and severe self-injurious behavior and aggression: a retrospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22(1): 55-62.
41. HaqA, Ghaziuddin N. Maintenance Electroconvulsive Therapy for Aggression and Self-Injurious Behavior in Two Adolescents With Autism and Catatonia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2014; 26(1): 64-72.
42. Arora M, Praharaj S, Prakash R. Electroconvulsive therapy for multiple major self-mutilations in bipolar psychotic depression. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008; 19(2).
43. Schulz T, Berger C, Krecklow B, Kurth J, Schwarzenboeck S, Foley P, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) in schizophrenia with treatment-refractory auditory hallucinations and major self-mutilation. *J Neural Trasnsm*. 2015; 122(1): S19-S23.

Recibido: 23/05/2016

Aceptado: 01/08/2016