

Alucinaciones viscerales y cenestopáticas en el diagnóstico diferencial de síntomas médicamente inexplicados.

Visceral and cenesthopathic hallucinations in the differential diagnosis of unexplained medical symptoms.

Lizardo Cruzado¹, Rubén Córdova², Óscar Vizcarra³

RESUMEN

Los síntomas médicos inexplicados representan un porcentaje importante en la consulta médica y acarrear una sostenida inversión de recursos y sufrimiento personal. Una considerable proporción de estos pacientes suele adscribirse a la categoría diagnóstica de trastornos somatomorfos, aunque también cuadros de ansiedad y depresión pueden explicar un buen número de estos casos. Presentamos, desde la perspectiva psiquiátrica, una consideración semiológica pertinente sobre pacientes con síntomas somáticos peculiares y que pueden consultar en atención primaria y diferentes especialidades médicas; para tal fin, resumimos cinco casos de pacientes psicóticos con prominentes alucinaciones cenestésicas y somáticas; además reseñamos brevemente las características psicopatológicas de estos fenómenos alucinatorios.

PALABRAS CLAVE: Alucinaciones, síntomas, trastornos psicóticos, esquizofrenia, diagnóstico diferencial (**Fuente:** DeCS BIREME).

SUMMARY

Unexplained medical symptoms represent an important percentage of medical consultations and result in a significant investment of resources and personal suffering. A considerable proportion of these symptoms are attributed to the somatomorphic disorder categories, but may also be attributed to anxiety and depressive disorders. We present, from the psychiatric perspective, a semiological approach to patients with psychosomatic symptoms applicable to general practitioners and other medical specialties. To meet this objective, we collected information from five patients with psychosis affected by prominent visceral and cenesthopathic hallucinations and briefly summarized the psychopathologic features of these hallucinatory phenomena.

KEY WORDS: Somatic hallucinations, psychotic disorders, schizophrenia, differential diagnosis (**Source:** MeSH NLM).

¹ Médico Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Médico residente de Psiquiatría. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Médico residente de Psiquiatría. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

Síntomas médicamente inexplicados son aquellos que no pueden atribuirse a una enfermedad física identificable o que son desproporcionados respecto a ella (1). Los más frecuentes resultan de disturbios con importante componente psicosomático como el dolor torácico no cardíaco, el síndrome de hiperventilación, el colon irritable, dispepsias funcionales y síndromes dolorosos varios, además de los síntomas físicos presentes en cuadros ansiosos y depresivos pero a veces no debidamente filiados. La frecuencia de síntomas médicamente no explicados oscila entre 25 y 50% según diferentes muestras clínicas (1,2).

Se ha prestado poca atención a las alucinaciones somáticas y cenestésicas en el contexto de los síntomas médicamente inexplicados. De hecho, dentro de las psicosis suele brindarse mayor atención a las alucinaciones auditivas y visuales, consideradas las primeras casi patognomónicas de trastornos psiquiátricos primarios y, las segundas, como sugerentes de causa orgánica (3). Sin embargo, las denominadas vivencias de influencia somática fueron catalogadas por Kurt Schneider como criterios de primer rango para diagnosticar esquizofrenia –lo que da fe de su importancia- asimismo hasta en la tercera parte de los pacientes esquizofrénicos podemos encontrar alucinaciones somáticas (dado que la prevalencia de la esquizofrenia en la población adulta es 1%, dedúzcase la no desdeñable frecuencia de estos síntomas en la labor clínica) (4).

Las alucinaciones somáticas también aparecen en depresiones psicóticas y procesos cerebrales orgánicos como la epilepsia aunque estos cuadros son, en general, o menos frecuentes o más accesibles al diagnóstico clínico diferencial (5). Dentro de las alucinaciones somáticas un tipo especial, las cenestésicas, reclaman un lugar destacado por su peculiar naturaleza y valor heurístico (6).

No deja de ser irónica la consideración de estos fenómenos psicopatológicos dentro de los síntomas “médicamente inexplicados” cual si las explicaciones psiquiátricas o psicofisiológicas no fuesen necesariamente “médicas” (2). Perjudicada por la espuria dualidad mente-cuerpo y reflejo de la compleja interfase entre lo subjetivo y lo objetivo, la conciencia corporal –así nominada por Jaspers- patentiza el problema de que nuestro cuerpo es la única parte del mundo que es simultáneamente sentida por dentro y, en su superficie, percibida (7). A diferencia

de las alucinaciones visuales y auditivas, pues, en las alucinaciones provenientes del mismo organismo no existe un estímulo externo verificable lo que las hace exiguamente estudiadas y poco comprendidas (8).

Con la finalidad de contribuir al conocimiento de estos síntomas que muchas veces se presentan de primera intención en la consulta al médico no psiquiatra, presentamos cinco pacientes con prominentes alucinaciones somáticas o cenestésicas y cuyo diagnóstico resultó postergado por la desaplicación de la adecuada hipótesis psicopatológica.

Caso clínico 1

Mujer de 50 años de edad, quién hace quince empezó a presentar sensación de congestión nasal, refería que algo había entrado a su fosa nasal izquierda y tenía impulsos de cortarse la nariz para poder respirar mejor. Acudió a una posta médica donde no hallaron anomalías en el examen físico.

Poco tiempo después presentó sensación urente rectal irradiada a la espalda, que atribuía al hecho de cocinar cerca del fogón; para calmarlo se colocaba trapos mojados entre las nalgas, llegando a introducirse el polvo de ampollas de penicilina por el recto. Luego afirmó “*que sus tripas se habían torcido*”, que tenía cáncer en el recto y supuestamente no podía defecar. Fue llevada a dos hospitales donde descartaron tal patología.

Varios meses después, tras sufrir la pérdida de una pieza dental, se preocupó en demasía y mencionó que “*empujaba sus dientes con la mano para tapar el hueco*”, pero temía que se cayeran al hacer fuerza con los brazos. Cuando reemplazaron su diente aseguró que a través de la herida se habían introducido piedrecitas en su nariz y cerebro. Lloraba afirmando que era observada en la calle pues todos sabían lo que le pasaba, aunque negaba alucinaciones auditivas. Había descuidado sus quehaceres y su aliño personal.

Luego de cinco años fue llevada para atención psiquiátrica. Se le diagnosticó esquizofrenia indiferenciada y desde entonces ha recibido diversos tratamientos, incluyendo terapia electroconvulsiva. Su evolución ha sido discreta, con varios reingresos.

Caso clínico 2

Varón de 34 años con historia de 4 años de sensación constante de pesadez en la parte posterior

de la cabeza, como aturdimiento, sensación de vacío e incapacidad para pensar. Por momentos siente que su cabeza se hubiera agrandado y concomitantemente presenta astenia. En ocasiones ha experimentado un desasosegante vacío en el pecho que no filia como ansiedad o tristeza sino como “algo físico” y simultáneamente siente que sus venas “se hinchan”. Ha abandonado toda actividad y contacto social y permanece recluido, con eventuales ideas suicidas.

Por estas molestias acudió a médicos y curanderos sin hallar alivio. Al examen se le aprecia afectivamente aplanado, con discurso pobre, autístico, y marcado defecto cognitivo. Se le diagnosticó esquizofrenia indiferenciada e inició tratamiento con risperidona, con evolución discretamente favorable.

Caso clínico 3

Varón de 35 años. Empezó su enfermedad a los dieciséis años al contraer gonorrea tras coito con una prostituta. Su reacción fue de temor y preocupación; recibió varios tratamientos que juzgó insuficientes pues seguía sintiéndose enfermo. Progresivamente advirtió cambios no especificados en la sensibilidad del pene y notó una transformación de todo su ser: “era vacío por dentro, me sentía distinto al resto, extraño en mi cuerpo y en mi personalidad; ya no había ese fuego, esa vivacidad mía.”

Luego de un tiempo se convenció que tenía prostatitis crónica y acudió a varios urólogos sin mejoría alguna, incluso repetidas veces se practicó cultivos de líquido prostático, que fueron negativos. Se sentía observado y afirmaba que lo creían homosexual; asimismo se masturbaba repetidas veces al día para expulsar los “grumos” de su próstata. Aseveraba tener un “sensor” malogrado a la altura del sacro que impedía la adecuada comunicación con su cerebro, sentía sus hombros caídos, sus nalgas hundidas y además, entre epigastrio y ombligo “todo estaba descompuesto”.

El paciente fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide, ha presentado algunos síntomas depresivos pero nunca cumplió con criterios de depresión mayor ni trastorno esquizoafectivo. Hace seis años inició tratamiento antipsicótico pero ha sido muy irregular y defecionó.

Caso clínico 4

Mujer de 44 años, llegó a Lima desde una

provincia donde por diez años había sido sometida a procedimientos diagnósticos (sin hallazgos anormales) y varias terapias por molestias que describía como pirosis del esófago: “lo tengo lleno de llagas por una electricidad que se ha quedado ahí y sube y baja por mi vientre” -explicaba-. Refería que inició su molestia cuando su cuñada le dio un brebaje con vidrio molido “para matarla como a un perro”. Bajó doce kilos pues ingería sólo alimentos licuados y se recluyó abandonando sus actividades como docente. Su hostilidad hacia los parientes era manifiesta pues los creía conjurados contra ella; además incurrió en soliloquios y risas inmotivadas y reclamaba exámenes endoscópicos sin fin.

En la consulta psiquiátrica sorprendió su marcado desaliño, aplanamiento afectivo, pobreza y disgregación del discurso, delusiones paranoides y alucinaciones auditivas denigrantes, además de prominentes cenestopatías. Se le diagnosticó esquizofrenia paranoide e inició tratamiento antipsicótico pero por volver a su provincia no se pudo seguir su caso.

Caso clínico 5

Varón de 21 años quien desde hace dos años evidenció merma en su rendimiento académico y laboral, concomitantemente asomaron extravagancias en su pensamiento como la idea de patentar una peregrina receta para hacer panes sin harina e inventar inéditas formas de energía. Cuando sus proyectos fracasaban culpaba a sus familiares y devino mohíno e irritable; de ser un hijo amable se tornó agresivo física y verbalmente y abandonó toda actividad.

Hace varios meses acusó molestias difusas a nivel torácico que adjudicaba al esófago o la tráquea: ora se quejaba de no poder deglutir, ora de no poder respirar. Fue evaluado por varios médicos, sin encontrar anormalidad, siendo sus molestias consideradas como psicósomáticas.

Hace seis meses empezó a presionar continuamente su zona precordial y epigástrica pues sino, decía, experimentaba calambres o podía desmayarse. Fue evaluado por nuevos especialistas quienes diagnosticaron, entre otros, hígado graso y costocondritis.

Finalmente acudió a consulta psiquiátrica donde se verificaron delusiones somáticas: “se me hunden las costillas y por eso no puedo respirar” y delusiones

paranoides, pensamiento concreto, embotamiento e inversión de afectos, marcada hostilidad y cenestopatías múltiples. No hubo hallazgos físicos de importancia. Fue internado con diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

DISCUSIÓN

No existe una clasificación de consenso de las alucinaciones somáticas -llamadas también alucinaciones de las sensaciones corporales- dada la índole dispar de los fenómenos considerados (4). Sims divide a estas alucinaciones en tres grupos: superficiales (es decir, táctiles, incluyendo térmicas e hídricas), quinesísticas (relacionadas a los movimientos y posturas articulares y musculares), y las viscerales (referidas específicamente a la percepción de los órganos internos) (5). Las alucinaciones viscerales propiamente dichas se confunden con las alucinaciones cenestésicas o cenestopáticas.

El término cenestesia tiene una larga historia; fue acuñado en 1794 por J.C. Reil a partir de las raíces griegas *'koiné'* (común) y *'aesthesis'* (sensación) para designar aquellas sensaciones no dependientes de los órganos sensoriales (vista, oído, tacto, gusto y olfato) sino provenientes de la percepción interna del propio cuerpo (6). Cenestesia vendría a ser pues la experiencia global que sintetiza todas las sensaciones corporales simples y en la cual se fundamentaría la conciencia y la sensación de existencia de un yo (9); cenestopatía, se refiere al disturbio y aberración de la cenestesia, usualmente de naturaleza alucinatoria. Estos conceptos fructificaron en la psiquiatría europea continental más no así en la inglesa y norteamericana donde las cenestopatías fueron subsumidas en el concepto genérico de alucinaciones somáticas, viscerales o fenómenos de pasividad somática (4,6).

Se han descrito diferentes variedades de cenestopatía: sensaciones de entumecimiento, rigidez, debilidad motora, de electricidad o quemazón, de movimiento, tironeo, presión, de peso o liviandad anormales, hundimiento, elongación, y distorsiones de la imagen corporal. El paciente percibe estas alucinaciones en un estado de conciencia hiperreflexivo, con importante distanciamiento afectivo de modo tal que el propio cuerpo viene a ser percibido como una realidad externa, desvitalizada y, en suma, inexpresable (10).

G. Huber en 1957 postuló un subtipo de esquizofrenia (esquizofrenia cenestopática) caracterizado por el

predominio de estas experiencias extravagantes y cualitativamente anormales aunque admitió que las cenestopatías podían hallarse además en todos los subtipos de esquizofrenia (11). En la actualidad la esquizofrenia cenestopática es subsumida en el rubro de "otras esquizofrenias" (F20.8) en la CIE-10 pero en la clasificación norteamericana de enfermedades mentales (DSM-IV), de amplia influencia en nuestro medio, no aparece (10).

El valor heurístico de las alucinaciones viscerales radica en que desafían la concepción misma de los fenómenos alucinatorios: el dolor, el vértigo, la excitación sexual, por ejemplo, son sensaciones subjetivas inmanentes y donde arduamente podría dirimirse desde qué punto estamos ya ante una alucinación. Como señala Kripke, no se puede alucinar el dolor, para que una sensación sea percibida como dolorosa tiene efectivamente que doler. Esta frase ilustra la difícil delimitación entre alucinaciones somáticas y percepciones corporales reales pero debidas a condiciones médicas inexplicadas (4). En la práctica clínica una sencilla -pero no infalible- regla es la apuntada por Berríos: nos enfrentamos a una alucinación somática cuando el dato perceptivo no es explicable en términos fisiológicos y el paciente brinda sobre su vivencia una explicación delusional (4,5,8).

En cuanto al sustrato neurobiológico de las alucinaciones viscerales y cenestopáticas se ha descrito afectación diencefálica, límbica y del córtex parietal e insular (12,13). La resonancia magnética funcional ha demostrado la activación de la corteza somatotópica en pacientes con alucinaciones cenestésicas e incluso, con estimulación magnética transcranial a dichas áreas corticales, se ha reportado alivio de las respectivas alucinaciones (14). Cabe anotar que hoy en día la investigación neurobiológica abona la clásica concepción de cenestesia al describir en la corteza insular del hemisferio no dominante el sustrato para la evaluación subjetiva de cómo el individuo se siente. Inclusive este sistema, aferentizado por la vía espino-tálamo-cortical (lámina I) y no descrito en otros primates, informaría no sólo de la homeostasis visceral sino de la condición fisiológica del individuo y sería el primordio de la conciencia del yo (12).

Las alucinaciones somáticas no son patognomónicas de un único diagnóstico y no poseen valor pronóstico (5). Nuestros cinco casos, brevemente reseñados con enfoque semiológico, muestran presentaciones típicas de esquizofrenia con riqueza

de alucinaciones viscerales y cenestopáticas. Antes de su final evaluación por psiquiatría, todos los pacientes recibieron diagnósticos varios, múltiples exámenes y tratamientos infructuosos, situación que también ha llamado la atención en otras latitudes (15).

Como señala Blom, las cenestopatías hoy parecen ser escasamente detectadas y por tanto descuidadas en su afronte (4). Sin embargo, así como los trastornos psiquiátricos pueden ser sub-diagnosticados en la atención primaria –lo que es objeto de crítica por los profesionales de la salud mental-, lo opuesto sigue siendo un reto: que los psiquiatras velen activamente por las necesidades médicas básicas de sus pacientes pues usualmente los pacientes psicóticos sufren un retardo en el diagnóstico y tratamiento de sus males somáticos; así como estos pacientes pueden alucinar, no debe olvidarse que también pueden sufrir padecimientos distintos a su trastorno psiquiátrico primario (16).

Aunque en la viñeta 3 pareciera esbozarse un Síndrome de Cotard -delusiones sistematizadas de negación, *nihilistas* y de enormidad negativa, ligadas a convicciones hipocondríformes y de inexistencia personal, donde el paciente afirma que está muerto o putrefacto y que a veces se suscita en la depresión psicótica- (3), se puede descartar este síndrome pues en el síndrome de Cotard el énfasis va en lo delusional y no en lo alucinatorio, por añadidura ya V. Saavedra distinguió una variedad de pseudo-Cotard (17) que corresponde precisamente a la antes mencionada esquizofrenia cenestopática (18), y se han diferenciado las vivencias *tanáticas* propias de la esquizofrenia, distintas a las depresivas (19).

Aquí cabe anotar que, aparte de sospechar la presencia de trastornos mentales y conocer sus criterios diagnósticos – cúmplase el viejo adagio de que el médico encuentra lo que busca y busca lo que conoce - debe también ponderarse la expresión verbal idiosincrática de cada paciente ya que un lenguaje alambicado, proveniente de un contexto cultural disímil al del examinador, podría sugerir erróneamente la presencia de molestias somáticas extravagantes (20); además en nuestro medio la depresión enmascarada, con prominente presentación somática pero que no alcanza la desmesura semiológica de la cenestopatía ni el deterioro característico de la esquizofrenia, será un importante diagnóstico diferencial de trastornos con alucinaciones cenestopáticas y viscerales (2,21).

En conclusión, planteamos que las alucinaciones

viscerales y cenestopáticas figuren en el diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas somáticos inexplicados junto a otras patologías psiquiátricas que se presentan con síntomas predominantemente somáticos. En nuestro medio urge estudiar de modo sistemático la psicopatología de la cenestesia -como sensación no sólo visceral sino fisiológica del organismo todo (12)- así como su encuadre nosológico e implicancias diagnósticas y terapéuticas.

Agradecimiento:

A los revisores anónimos de nuestro artículo por sus valiosas sugerencias.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Correspondencia:

Lizardo Cruzado
Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado
– Hideyo Noguchi.
Av. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao. San Martín de Porres. Lima 31.
Correo electrónico: lizardo_cruzado@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbey SE. Trastorno de somatización y trastornos somatomorfos. En: Levenson JL. Tratado de medicina psicosomática. Barcelona: Ars Médica; 2006. p. 275-299.
2. Bombana JA. Síntomas somáticos inexplicados clínicamente: un campo impreciso entre a psiquiatría e a clínica médica. J Bras Psiquiatr. 2006; 55: 308-312.
3. Delgado H. Curso de Psiquiatría. 6ª ed. Lima: UPCH; 1993. p. 31-45.
4. Blom JD, Sommer IEC. Hallucinations of bodily sensations. En: Blom JD, Sommer IEC. Hallucinations. Research and practice. New York: Springer; 2012. p. 157-169.
5. Oyebode F. Sims' Symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology. Edinburgh: Saunders Elsevier; 2008. p. 95-120.
6. Jenkins G, Röhrlich F. From cenesthesias to cenesthopathic schizophrenia: a historical and phenomenological review. Psychopathology. 2007; 40: 361-368.
7. Jaspers K. Psicopatología general. México; Fondo de Cultura Económica: 2001. (Trad. de Saubidet RO y Santillán DA). p. 102.

8. Berrios GE. Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1982; 45: 285–293.
9. Stanghellini G. Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry*. 2009; 8: 56-59.
10. Somburg O, Steinberg H. Cenesthetic schizophrenia by Huber: 50 years of a concept. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2008; 76: 413-420.
11. Huber G. Cenesthopathic schizophrenia as conciseness type of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1971; 47: 349-362.
12. Craig AD. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Nat Rev Neurosci*. 2002; 3: 655-666.
13. Bär KJ, Gaser C, Nenadic I, Sauer H. Transient activation of a somatosensory area in painful hallucinations shown by fMRI. *Neuroreport*. 2002; 13: 805-8.
14. Jardri R, Pins D, Thomas P. A case of fMRI-guided rTMS treatment of coenesthetic hallucinations. *Am J Psychiatry*. 2008; 165: 1490-1491.
15. Röhrlich F, Gudi A, Lewis-Fernandez R. Medically unexplained physical symptoms masking (cenesthopathic) schizophrenia: a case series. *J Psychiatr Pract*. 2010; 16: 258-264.
16. Folsom D. Improving physical health care for patients with serious mental illness. En: Meyer JM, Nasrallah HA. *Medical illness and schizophrenia*. 2nd ed. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 3-16.
17. Saavedra V. El síndrome de Cotard. Consideraciones psicopatológicas y nosográficas. *Rev Neuropsiquiatr*. 1968; 31:145-74.
18. Saavedra A. Forma cenestopática de la esquizofrenia. *Rev Neuropsiquiatr*. 1966; 29: 320-351.
19. Rojas-Malpica C. Vivencias tanáticas en la esquizofrenia y los otros trastornos delirantes. *Rev Neuropsiquiatr*. 2003; 66: 43-51.
20. Martínez-Hernández A. Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22: 2269-2280.
21. Concha I. Depresión enmascarada. *Cuad Neurol*. 1997; 22:13-16.

Recibido: 19/05/11 Aceptado para publicación: 09/08/12
