



## Nota clínica

## Delirio paranoide de los ciegos (síndrome de Sanchís-Banús)

Laura Carrión-Expósito, Concepción Bancalero-Romero, Adela Hans-Chacón,  
José Manuel González-Moreno, Antonio Baena-Baldomero y Sergio Ruiz-Doblado\*

Servicio de Psiquiatría, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Palabras clave:

Delirio paranoide  
Psicosis  
Nosología  
Historia de la psiquiatría  
Ceguera

## RESUMEN

En 1915, Kraepelin describe el «delirio paranoide de los sordos y duros de oído» como un cuadro de reacción paranoide que se produce en situaciones de privación sensorial, y que asienta sobre una base disposicional o caracterial en sujetos con rasgos de inseguridad. En 1924, el psiquiatra español Sanchís Banús, profundizando en la nosología kraepeliniana, describe una nueva entidad similar que aparece en los ciegos. Se trata de 2 pacientes con ceguera adquirida que, bajo presiones ambientales, desarrollaron ideas delirantes de persecución (uno) y celotípicas (otro), con intentos suicidas en ambos casos y sin antecedentes psicopatológicos previos. El síndrome de Sanchís-Banús (SSB) se incorporará, a partir de aquí, como una entidad nosológica con personalidad propia en los tratados alemanes clásicos (p. ej., Bumke) y en los textos españoles fenomenológicos de referencia (Alonso-Fernández; Barcia, Ruiz-Ogara y López-Ibor Aliño; Barcia). No obstante, resulta llamativa la muy escasa bibliografía existente sobre el SSB en las bases de datos de raíz anglosajona, de forma similar a lo que sucede con el original «delirio paranoide de los sordos» de Kraepelin. Se presenta un caso de «delirio paranoide de los ciegos» o SSB, muy similar en su presentación a los pacientes originales descritos por el psiquiatra español, revisándose la ubicación nosológica del SSB y sus características clínicas y evolutivo-pronósticas a la luz de la bibliografía actual.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Paranoid delusion of the blind (Sanchís-Banús syndrome)

## ABSTRACT

In 1915, the «paranoid delusion of the deaf» was described by Kraepelin as a paranoid reaction which appeared in sensory impairment situations. This clinical presentation was based, following Kraepelin, on both the characterial disposition of the person and insecurity personality traits. In 1924, the Spanish psychiatrist Sanchís-Banús, looking further into Kraepelinian nosology, described a similar clinical presentation of paranoid reaction in blind people. Sanchís-Banús focused on two patients who became blind and who, due to environmental stress developed paranoid and jealousy delusional ideas. The patients did not have psychiatric backgrounds, and suicidal attempts were made in both cases. The so-called «Sanchís-Banús syndrome» (SBS) was mentioned in later classical German texts of Psychiatry (e.g., Bumke), and also in phenomenological Spanish books of that period (e.g., Alonso-Fernández; Barcia, Ruiz-Ogara & López-Ibor; Barcia). However, we must emphasize that there are references either SBS or the Kraepelinian «delusion of the deaf» in English language databases. We present a case-report of «paranoid delusion of the blind» (SBS), quite similar in its clinical characteristics to those of the original patients of Sanchís-Banús. The nosological, clinical, and prognostic features of SBS are discussed in light of the current literature.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Keywords:

Paranoid delusion  
Psychosis  
Nosology  
History of psychiatry  
Blindness

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sergioruiz@ozu.es](mailto:sergioruiz@ozu.es) (S. Ruiz-Doblado).

«La ceguera adquirida supone la entrada en una nueva infancia, con la aparición de renovadas necesidades de dependencia. En consecuencia, las exigencias y la toma de responsabilidad deben ser manejadas juiciosamente con el mismo cuidado que con los niños.»

Daniel Alberto Vidal

## Introducción

En 1898, E. Kraepelin había definido la paranoia, en la sexta edición de su tratado, como «una psicosis crónica progresiva caracterizada por el desarrollo gradual de un sistema delirante estable y progresivo, sin deterioro mental acusado, obnubilación de la conciencia ni alteración de la coherencia del pensamiento»<sup>1,2</sup>. Las características de este delirio, comprensible psicológicamente, lo delimitaban de los delirios presentes en la demencia precoz, que evolucionaban al deterioro y desintegración de la personalidad. Posteriormente y en la octava edición de su tratado (1915), Kraepelin describe el «delirio paranoide de los sordos y duros de oído», definiéndolo como «la exteriorización de un delirio de persecución, vago, con alucinaciones particularmente indeterminadas y humor ansioso intenso, lo que según su apariencia toma sus raíces en sentimientos de inseguridad que derivan de la imposibilidad de relaciones intelectuales con el mundo exterior»<sup>1,2</sup>.

Años más tarde, concretamente en 1924, el psiquiatra levantino José Sanchís-Banús (1893-1932) (tabla 1), tras profundizar en las zonas oscuras que planteaba la nosología kraepeliniana, viene a describir una nueva entidad, a la que denomina «reacción paranoide de los ciegos». La descripción de este cuadro clínico se fundamenta en 2 casos que han coincidido en su servicio, y que presenta en una sesión científica de la Academia Médico-Quirúrgica. Se trata de 2 casos, ambos afectados de ceguera adquirida, que bajo presiones ambientales desarrollaron ideas delirantes, de persecución en un caso y celotípicas en otro, con tentativas suicidas en ambos y sin antecedentes psicopatológicos previos. Las características clínicas de estos enfermos los excluyen de las categorías de esquizofrenia paranoide y de psicosis maniaco-depresiva, llevando a Sanchís-Banús a situar estos cuadros en la categoría de reacciones paranoides, ya aceptadas por Kraepelin en el caso de los sordos y los prisioneros de guerra<sup>2</sup>. También insiste Sanchís-Banús en la importancia de la psicogenia y la personalidad sensitiva en la génesis del trastorno, incorporando así también las ideas de Krestchmer a la descripción del cuadro. Este trabajo *principes* de Sanchís-Banús supuso el punto de partida de varios estudios, mencionándose ya por Kehrer en el *Tratado de las Enfermedades Mentales de Bumke* (1928) con el nombre de «síndrome de Sanchís-Banús» (SSB), con lo que la entidad quedaba incorporada a la nosología psiquiátrica con el nombre de quien la describió<sup>2,3</sup>.

Presentamos a continuación una nota clínica de un paciente con delirio paranoide de los ciegos o SSB, discutiéndose posteriormente acerca de diversos aspectos nosológicos y psicopatológicos, y destacándose la ausencia de referencia alguna al síndrome en la bibliografía de procedencia anglosajona, al igual que ocurre con el «delirio paranoide de los sordos» de Kraepelin.

## Caso clínico

Varón de 41 años, soltero, con ceguera total. Reside en una localidad rural de tamaño medio con sus padres. Consulta en urgencias por presentar sintomatología delirante de aproximadamente un mes de evolución. Refiere sentirse afectado por ondas electromagnéticas procedentes de los teléfonos móviles de tercera generación. En la zona superior de su casa existe un aparato

electrónico que las emite, instalado por un familiar suyo que quiere perjudicarlo por motivos económicos, produciéndole taquicardias a veces, otras quemazón y otras dolor en el cuerpo. Convicción delirante absoluta, refiere no precisar tratamiento al ser un fenómeno totalmente real, aunque nadie le cree. Alta presión del delirio, que se ha sistematizado en los últimos días. Colaborador durante la entrevista, orientado auto y alopsíquicamente. Estado de hiperarousal debido a la elevada repercusión emocional del delirio. No presenta a la exploración inicial alteraciones sensorio-perceptivas. Lenguaje normal en latencia y presión. No presenta a la exploración psicopatología del estado de ánimo salvo ocasionales períodos de irritabilidad, desencadenados por la confrontación del delirio por parte de sus progenitores. No aparecen tampoco tangencialidad, disgregación ni otros trastornos formales del pensamiento de tipo positivo. Insomnio casi total los días previos al ingreso, secundario al elevado nivel de angustia producido por las vivencias delirantes. Apetito conservado. Niega ideas de muerte o autolíticas.

El paciente no tiene antecedentes personales psiquiátricos, tratándose por tanto de un primer episodio. Tampoco existen antecedentes familiares. Entre sus antecedentes somáticos destacan hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo (eutiroideo en el momento del ingreso) e ictiosis congénita severa, con lesiones descamativas generalizadas y áreas de alopecia en cejas y cuero cabelludo, que le obligan a llevar peluca. Por este motivo realiza seguimiento periódico dermatológico, encontrándose en tratamiento corticoideo (sin variaciones recientes de dosis). La afectación de la agudeza visual ha sido progresiva y creciente a lo largo de su vida, realizando durante su infancia estudios primarios con apoyo (pizarra cercana, letras grandes, necesidad de acercarse en extremo los objetos), consiguiendo un más que aceptable nivel cultural. La pérdida paulatina de visión le conduce, no obstante, a la ceguera total a los 35 años (6 años antes del episodio que motiva su ingreso).

Durante su ingreso se ponen de manifiesto rasgos sensitivo-paranoicos de personalidad de entidad clínica moderada, aunque exacerbados por su aspecto externo (talla baja, alopecia y lesiones dérmicas por ictiosis, peluca) y su déficit sensorial. El perfil clínico del paciente corresponde en mayor medida al de un paranoico subtipo sumiso (educado, correcto, acatador de normas y convenciones sociales) que al de un paranoico querulante. Como posible factor desencadenante del episodio aparece un severo agravamiento de su ictiosis meses antes, que le produce úlceras cutáneas dolorosas y limitantes que precisan de curas muy frecuentes, y lo limitan también en su actividad laboral de venta de cupones, recluyéndolo en su domicilio. A raíz de ello se le concede invalidez permanente, lo que supone para el paciente un serio menoscabo de su autoconcepto, sustentado fundamentalmente en su capacidad laboral y en su nivel de autonomía. A ello se suman conflictos recientes con los padres de autonomía/dependencia, al mantener el paciente la convicción de que a pesar de sus limitaciones puede vivir solo e independiente de sus progenitores.

A su ingreso se prescribe tratamiento psicofarmacológico con 5 mg/día de risperidona y 10 mg/día de diazepam, al que inicialmente presenta resistencias pero que acepta, con buena tolerancia y sin efectos adversos relevantes. Tras 2 semanas de tratamiento el delirio va perdiendo presión progresivamente, disminuyendo su repercusión afectivo-conductual. El protocolo de cribado orgánico de primer episodio psicótico (hemograma; bioquímica; reactantes en fase aguda; TSH/T4; B12 y folatos; serología de VIH, VHB, VHC y sífilis; pruebas reumáticas; TAC craneal) no aporta hallazgos relevantes. Tras un ingreso de 14 días de duración y dada la buena respuesta al tratamiento, se remite a su centro de salud mental, encontrándose en la actualidad estable con una dosis ligeramente menor de antipsicótico atípico tras 3 meses de seguimiento ambulatorio.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4188676>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4188676>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)