

Sobre un caso de Parafrenia hipocondríaca con correlato anatomoclínico

Darío Raúl Rojas y Andrea Romeo¹

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 15, N° 1, septiembre de 2008, págs. 82 a 90.

Resumen

El síndrome somatopsíquico reúne en sentido estricto, una apatía melancólica con una agitación hipocondríaca. El neocortex frontomedial, derivado del allocortex hipocámpico, contiene cualidades de área motora e interviene en la iniciación de los movimientos voluntarios. En el siglo XIX, Jules Bernard Luys estudió el cerebro de enfermos alucinados, agitados hipocondríacos, describiendo dimorfismos en el lobulillo paracentral. Presentamos un caso donde es posible una correlación entre sintomatología y hallazgos anatómicos a través de la RMN cerebral.

Palabras claves

Delirio hipocondríaco. Neocortex frontomedial. Lobulillo paracentral.

Summary

The somatopsychic syndromes meet in strict sense, a melancholic apathy with a hypochondriac agitation. The neocortex frontomedial, derived allocortex hipocámpico contains qualities motor area and is involved in the initiation of voluntary movements. In the nineteenth century, Jules Bernard Luys studied the brains of patients hallucinates, agitated hypochondriacs, describing dimorphisms in paracentral lobule. We present a case where there is a possible correlation between symptoms and anatomical findings through NMR brain.

Key words

Hypochondriac delusion. Frontomedial neocortex. Paracentral lobe.

Las cuatro formas parafrénicas clásicas, kraepelinianas, se vieron enriquecidas al sumar Karl Kleist, dos cuadros delirantes predominantemente alucinatorios; la alucinosis verbal y la alucinosis hipocondríaca², ambas

¹ Médicos del Hospital Braulio A. Moyano. Brandsen 2570, Buenos Aires. Argentina. drrojas@speedy.com.ar
² En griego antiguo, desde Galeno en el siglo II d.C. en su comentario sobre los textos hipocráticos del siglo V a.C. (1), hypokhondriakós (ὑποχονδριακός, hypó, Qðy: “debajo de” y khondr(o)) -÷γιάñĩò: “cartílago”). Hypokhóndrion, Qðĩ÷γιάñĩéĩ, cada una de las dos partes laterales de la región epigástrica, debido a que las costillas falsas son cartilaginosas. Se usaba preferentemente en plural, significa “que tiene dolor en la zona del hipocondrio”; pasó al latín como hypochondriacus y aparece luego en el castellano medieval. En uno de los ejemplos de Galeno se une a melankholikós (μελανχολικός, iãéãã÷ĩééÿò), asociación que recoge el sentido moderno, en uso desde 1560 en Inglaterra.

formas progresivas que, si bien son raras en sus formas puras, es posible discriminar el tipo alucinatorio y la formación de ideas delirantes propias de cada una de ellas. Las alucinaciones auditivas acompañan la idea de un ser con poderes especiales para influir en las personas. En las hipocondrías estos personajes requieren una intermediación para actuar sobre los enfermos, es bastante conocida la idea de una máquina u otros tecnicismos de acuerdo a la época. Lo habitual es encontrar en lo cotidiano de la clínica, los dos cuadros en combinación, es decir sus formas atípicas extensivas. El síndrome somatopsíquico, al cual nos limitaremos en este trabajo, reúne en sentido estricto, una apatía melancólica con una agitación hipocondríaca.

A pesar de los abundantes datos recabados sobre los diversos mecanismos cerebrales en los últimos siglos, es probable que el descuido de estos se deba a una subestimación de la histopatología y, más aún de la patología macroscópica como consecuencia del gran desarrollo alcanzado por la doctrina de la neurotransmisión y la investigación farmacológica. Sin embargo, los viejos hallazgos nunca pierden su valor. Hoy en día ningún psiquiatra se asombra de la atrofia cerebral de los esquizofrénicos, confirmación de hallazgos de principios del siglo XX.

El cerebro posee dos dispositivos especiales antagónicos, uno para la tendencia exploratoria del mundo y otro opuesto, para el retraimiento y la fijación sobre un solo objeto. En el caso del lóbulo frontal, una anomalía de las relaciones existentes entre ambos dispositivos cerebrales puede ocasionar la pérdida del normal equilibrio entre exploración y fijación. La excesiva exploración o pulsión por buscar nuevos objetos conduce a uno de los rasgos esenciales de la manía, mientras

que la excesiva fijación o pulsión por permanecer sobre un único objeto perceptual o representativo lleva, oportunamente, hacia uno de los rasgos básicos de la melancolía.

En el siglo XIX, Jules Bernard Luys estudió el cerebro de enfermos alucinados, agitados hipocondríacos, describiendo dismorfismos en la cara parieto-medial de los mismos.

Debido al prejuicio que en los enfermos con cuadros delirantes crónicos no son posibles hallazgos anatómicos relacionados con la sintomatología, es que llegamos de manera casual al estudio de imágenes en el cuadro que presentamos. Este se hizo necesario a raíz de un accidente cerebrovascular, del cual afortunadamente no quedaron secuelas clínicas.

II

Para comprender el papel del neocórtex frontomedial en la generación de un correlato con los cuadros de apatía, nos es imprescindible recurrir a los estudios del Dr. Juan Carlos Goldar sobre el origen del neocórtex (2-3).

“El neocórtex o isocórtex frontal se origina desde el punto de vista filogenético en dos primitivas regiones que, en su estructura, son muy diferentes al neocórtex. Por estas particularidades, estas regiones son llamadas en conjunto “allocórtex”, es decir, “otra corteza”. En un hipotético estado filogenéticamente primitivo, anterior a los reptiles, cuando aún el cerebro no posee neocórtex, las dos regiones allocorticales cubren toda la superficie hemisférica y contactan entre sí a lo largo de un extenso límite anteroposterior. Una de las regiones allocorticales proviene de la superficie interna o medial del hemisferio, es el allocórtex hipocámpico, y la otra se extiende desde la superficie hemisférica lateral, es el allocórtex

olfatorio. El límite entre ambas se encuentra en la superficie dorsal del hemisferio, en los reptiles la parte anterior o dorsal de cada uno de ellos muestra un incipiente neocortex ubicado en una situación media entre ambas allocortezas, la hipocámpica hacia lo medial y la olfatoria hacia lo lateral. Cada una de las allocortezas contribuye, de manera específica, a construir una determinada parte del incipiente neocortex³.

El amplio neocortex, en el cerebro frontal humano, de la superficie medial lo mismo que el de las estrechas zonas marginales de la superficie inferior u orbitaria y externa o lateral, deriva de una progresiva diferenciación del allocortex hipocámpico que, bajo el nombre de “tenia tecta”, cubre la parte anterior del cuerpo calloso y, con la denominación de “rudimento hipocámpico”, desciende hasta la base frontal. El neocortex de la superficie orbitaria del lóbulo frontal deriva área por área del allocortex olfatorio que, como “corteza piriforme” en el sentido de la anatomía comparada, está situado en el extremo posterior de la base frontal, donde las delgadas estrias olfatorias que proceden de la cintilla olfatoria corren hacia el sector interno del lóbulo temporal. Precisamente en la base frontal posterior, donde se inserta la cintilla olfatoria, se ponen en contacto el “rudimento hipocámpico” y la “corteza olfatoria”, es decir el allocortex hipocámpico y el allocortex olfatorio. Se trata, pues, del punto vestigial, resto de aquel extenso límite que, entre las allocortezas, existió antes del modelo reptil.

Mientras el allocortex hipocámpico está compuesto por neuronas pertenecientes a las capas profundas de la corteza cerebral, el

allocortex olfatorio se encuentra integrado por neuronas que pertenecen a las capas superficiales de la corteza cerebral. Las capas corticales profundas tienen la propiedad de emitir proyecciones, lo que constituye el rasgo propio de las áreas corticales motoras, en tanto que las capas corticales superficiales poseen la cualidad de recibir proyecciones, lo que configura el aspecto característico de las áreas corticales sensoriales. Por lo tanto, el neocortex frontomedial, derivado del allocortex hipocámpico, debe contener cualidades de área motora, mientras que el neocortex orbitolateral, derivado del allocortex olfatorio, debe poseer propiedades de área sensorial.

Se conocen cuadros clínicos de motilidad reducida, sin parálisis en el sentido clásico, consecutivos a lesiones frontomediales y se ha considerado que el área motora suplementaria, perteneciente al neocortex frontomedial, interviene de modo central en la iniciación de los movimientos voluntarios. Además se ha demostrado, en el mono, que la región frontomedial, homóloga a la callosomarginal humana, emite abundantes proyecciones hacia el área 4 de Brodman, clásica zona motora, en tanto que son muy escasas las proyecciones hacia el área 4 desde las regiones orbitolaterales⁴.

Hemos tenido oportunidad, ya desde hace tiempo, de observar junto al Dr. Goldar pacientes “depresivos”, más abúlicos que tristes, con imágenes tomográficas que mostraban una atrofia frontomedial (área motora suplementaria, cisura callosomarginal y parte anterior de la circunvolución del gyrus cinguli).

4 El neocortex es la corteza propia del mamífero, las viejas cortezas, el hipocampo y la corteza olfatoria son las llamadas arquicortex y paleocortex, al lado del arquicortex el periarquicortex, y al lado del paleocortex el peripaleocortex, en el medio la neocorteza. Esta, en el hombre, ocupa mucho más que el 98 % de la corteza cerebral.

Las tendencias que actúan en la vida psíquica presentan dos características, intensidad y persistencia. La intensidad o fuerza, ligada a estas, es “sustentada” por las áreas motoras “psíquicas” del lóbulo frontal, en cambio la persistencia ha sido ligada ya al neocortex prefrontal. La disminución de la intensidad de las tendencias se traduce en una reducción del comportamiento en el sentido que las tendencias señalan, esto es lo que denominamos apatía.

III

Jules Bernard Luys⁴ presenta en 1881, en la Plancha VII de su *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, la cara interna de cerebros de alucinados e hipocondríacos excitados. En la leyenda de la lámina nos dice:

“Representación de la cara interna de lóbulos cerebrales de cierto número de sujetos alucinados e hipocondríacos, destinada a

mostrar, por una parte las diferencias morfológicas que presenta el mismo sujeto en la cara interna de los lóbulos izquierdo y derecho, y por otra parte, la prominencia patológica que es susceptible de tomar la región paracentral (región de la excitación motriz), en ciertos sujetos con sobreexcitación, acompañada de alucinaciones sea sensoriales sea viscerales.

Estos dibujos han sido calcados del natural con la ayuda del proceder del vidrio esmerilado, se les puede en consecuencia considerar lo más exactos posible. Todas las figuras de la izquierda representan la cara interna del lóbulo izquierdo, y aquellas de la derecha, las del lóbulo derecho correspondiente”.

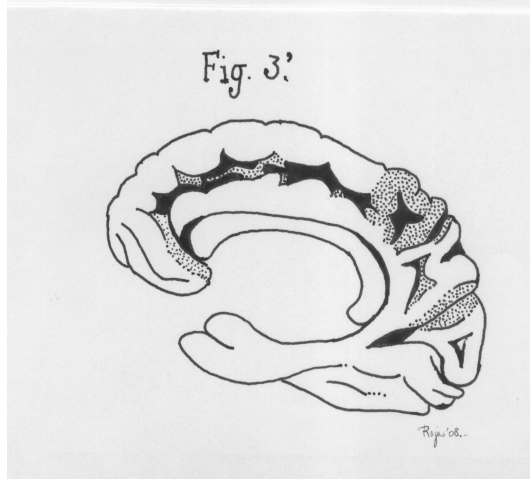
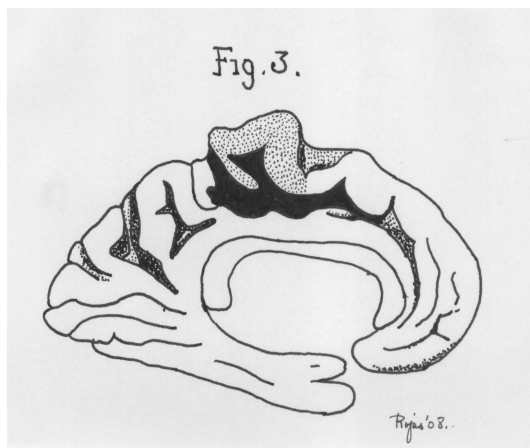
Debido al deterioro del material original, nos hemos visto obligados a redibujar las figuras de la plancha.

En la Figura 3-3’, presenta el caso de “una mujer de 58 años, que padece de ilusiones sensoriales con excitación intermitente, pero,

⁴ Había nacido en París el 17 de Agosto de 1828, donde pasó la mayor parte de su vida. En su ciudad natal completó sus estudios clásicos y médicos. Comenzó su internado en 1853 e inmediatamente inició una serie de estudios anatómicos bajo la dirección de Charles Robin (1821-1885), quien fue el introductor del microscopio en Francia, como lo había hecho Rudolf Virchow (1821-1902) en Alemania. Se doctoró en 1857 con una tesis sobre Patología microscópica de la Tuberculosis. En 1862 fue Médico de los Hospitales y Jefe de Servicio en la Salpêtrière y en la Charité y dos años más tarde sucedió a Marcé como Director del Hospicio Esquirol en Ivry-sur-Seine. Desde temprana edad este hombre, llamado a ejercer gran influencia no sólo en Francia sino en todo el mundo, mostró su afición e interés en desentrañar la estructura y conexiones del sistema nervioso. Lo ayudaba el poseer una personalidad vigorosa y activa junto a una facilidad especial para dibujar. Fue uno de los primeros en utilizar, en forma sistemática, la fotografía en el estudio del sistema nervioso y prueba de ello es su “Iconographie photographique des centres nerveux” que vio la luz en París en 1873.

Sus investigaciones anatómicas aparecieron en un libro llamado a adquirir merecida fama y titulado “Recherches sur le système nerveux cérébrospinal. Sa structure, ses fonctions et ses maladies” que aparecería en 1865, dedicado a Besnier, Parrot y Em. Vidal. Este libro, junto con el tratado de Foville (1844) y la obra de Leuret y Gratiolet (1838-1857) constituyen el basamento donde se ha apoyado ese monumento impecable que es la neuroanatomía y neurología francesas. Luys es el primer investigador que centra las investigaciones en los núcleos basales, que parecen hipnotizarlo. Todo gira alrededor de ellos, son el centro mismo de la organización cerebral.

En los últimos años de su vida fue afectado por una sordera progresiva, a pesar de la cual continuó participando activamente en varias sesiones académicas y publicando regularmente los resultados de sus estudios académicos. Con su capacidad de trabajo aún intacta, dio una conferencia sobre “La estructura del cerebro” en el Congreso de Psicología de Munich en 1896, la que fue su última aparición ante un gran público. Luys falleció súbitamente el sábado 21 de Agosto de 1897, a los 69 años. Sus restos descansan en el cementerio de Montparnasse (6-7-8).



sin embargo, podía vivir una vida común, y consagrarse con esmero a los quehaceres domésticos. Excepto sus ideas fijas de ver sanguijuelas en sus alimentos y de interpretar falsamente las palabras que le dirigían, estaba lúcida.

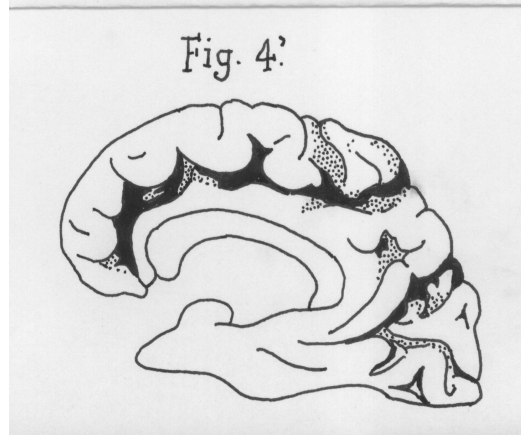
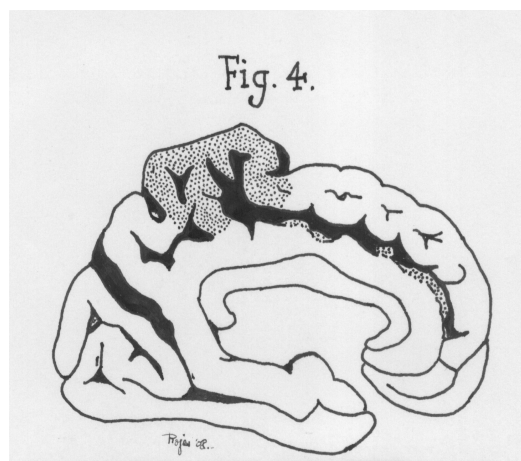
El lóbulo paracentral izquierdo presenta una prominencia muy acusada que no se encuentra en la región correspondiente del lado opuesto”.

En la Figura 4-4', muestra el “cerebro de una mujer perseguida durante muchos años por trastornos hipocondríacos e ilusiones de origen visceral. Decía tener una tenia en el

intestino, sentir que la tenia se agitaba para remontar hasta su garganta. Muy inteligente para todas las cosas, deliraba sobre este único punto y se excitaba por momentos hasta el punto de injuriar a aquellas personas que no compartían sus ideas.

Encontré en la autopsia una prominencia totalmente insólita del paracentral izquierdo formando una verdadera gibosidad que contrastaba vivamente con la región similar del lado opuesto”.

La descripción clínica del delirio depresivo e hipocondríaco la realiza Luys con detalle, dentro de la sintomatología de la parálisis general progresiva, así nos es posible conocer



el cuadro al que adjudica una localización en el lobulillo paracentral.

“El delirio hipocondríaco tiene su origen en sensaciones pervertidas, irradiadas desde la periferia visceral.

En los primeros tiempos, conservan aún una especie de verosimilitud; los enfermos se preocupan por sus órganos, pero de una manera exclusiva y absurda. Tienen dificultad para digerir, se quejan de pesadez en la cabeza, de constipación, de dificultad para tragar los alimentos, de angina.

En un grado más avanzado, el delirio hipocondríaco sobrepasa todos los límites de verosimilitud y los enfermos expresan con un vocabulario monótono las falsas sensaciones que experimentan, y aquí, la mayoría de las veces, derivan de las vías digestivas: tienen las fauces cerradas, la garganta molesta por restos de sustancias alimenticias. Tienen el estómago retorcido, los intestinos obliterados, los alimentos caen en su vientre y no pueden salir, no tienen más dientes para masticar, no pueden evacuar porque sus anos están completamente obliterados.

En otras circunstancias, las concepciones hipocondríacas derivan de otras regiones de la economía. Los hombres dicen ser impotentes, las mujeres imaginan tener afecciones uterinas por las cuales demandan iterativamente exámenes locales.

Otros dicen que no tienen más sangre. Se quejan de sensaciones de refrigeración en los miembros, que están fríos y finalmente que están muertos.

Otros aún permanecen continuamente en cama y mudos. No pueden permanecer en pie porque ya no tienen más pies ni piernas, y ellos no pueden hablar más.

En fin, esta fase depresiva e hipocondríaca de los alienados paralíticos es acaso el empujón hasta el estupor. Ellos quedan

entonces durante semanas en un estado de inmovilidad prolongada, impasibles, taciturnos, rehusándose a hablar y a tomar alimentos, reteniendo sus orinas y sus materias fecales, etcétera, sin que puedan decidir hacer de otro modo”.

Como podemos apreciar, en su descripción Luys recorre los cuadros de la depresión hipocondríaca, del delirio hipocondríaco, del síndrome de Cotard y finalmente del estupor y la catatonía, tal como debería verse evolucionar en los cuadros paralíticos a forma vesánica.

IV

Caso HA: Hija única, nacida en 1938, nada en ella llamó la atención de sus padres hasta la irrupción de la enfermedad a sus 39 años. Tuvo un parto y desarrollo normales. Buena alumna, debió abandonar por razones económicas sus estudios tras el 3º año de colegio secundario. Trabajó con su padre en una despensa y luego por algún tiempo en el negocio de una amiga, abandonando éste porque las tareas le resultaban muy pesadas.

El inicio, en 1977, sucede en forma que se repite similarmente, en crisis, en los años posteriores, grita, dice “mátenme, me quieren llevar los marcianos. Quiero morir en La Argentina”. Al ceder la agitación cae en un estado de abandono de los cuidados corporales y de sus tareas en el hogar, pasando la mayor parte del tiempo en cama.

La paciente vive, según ella, bajo el control de aparatos pertenecientes a un grupo de psiquiatras extraños. Se trata de profesionales que integran el ministerio de bienestar social. La tienen, a ella, como a un animal de experimentación. Llena, sobre todo en la cabeza, de aparatos de recepción por los cuales “aparecen en mi cabeza determinadas

palabras o frases". Todo ocurre a distancia por medio de este sistema de máquinas.

"Parece irrisorio, dice la misma enferma, pero así nomás es". En el transcurso de los experimentos a que la someten esos extraños psiquiatras ministeriales, fue inseminada por alguien a quien ella considera su marido. Pero todo fue por medio de los aparatos y no puede precisar muchas características de este marido a quien parece haber visto una que otra vez. Así fue que por medios artificiales tuvo 8 hijos, 4 en cada parto, luego de embarazos que duraron no más de cinco meses. Los partos fueron por medio de aparatos. El acto sexual que originó los embarazos tenía, a pesar del carácter artificial, una fuerte carga emocional. "Sentí como si fuera realmente un hombre, claro que le faltaba el factor hombre... usted me entiende... es algo distinto, pero se disfruta... es lo lindo dentro de todo lo malo que me hacen".

En efecto, la paciente es agravada por los aparatos, a través de los cuales le hacen saber cosas desagradables que, en ocasiones, la llevan a estados de agitación alucinatoria.

Pasa la mayor parte del tiempo sentada o acostada en la cama, cuida su higiene bajo la insistencia de las enfermeras. Sus pertenencias deben ser revisadas periódicamente ya que allí permanecen elementos sobre los cuales nunca más regresa. Así encontramos una bolsa repleta de dinero, cuyos billetes databan de 1983 y ya habían perdido su valor. Cuando los funcionarios que le entregaban su pensión fueron reemplazados por otros, que no se atreven a penetrar más allá de la entrada del hospital, dejó de recibir su dinero.

Se expresa bien, aunque en forma algo nebulosa. Si tiene que explicar refranes incurre en descarrilamientos casi paralógicos. Su motilidad no ofrece más que los usuales signos

suaves de los enfermos mentales. Se trata de una parafrenia, en el sentido de Karl Kleist es una Somatopsicosis progresiva, en el de Karl Leonhard, una Parafrenia hipocondríaca (4-5).

V

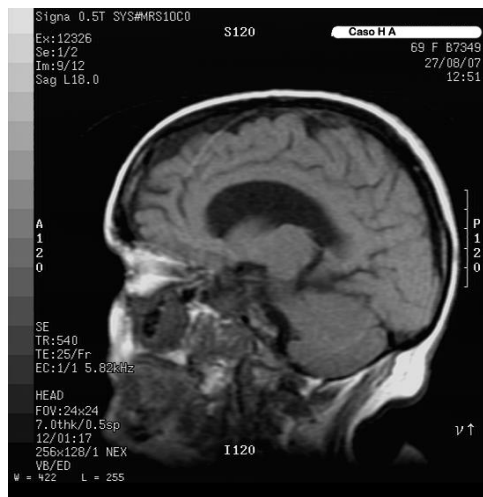
Como habíamos mencionado, las imágenes de resonancia nos llegaron con motivo de un accidente cerebrovascular transitorio que sufrió la paciente. Además de las secuelas vasculares focales, puede observarse una disminución generalizada del tamaño cerebral que podría atribuirse a un sufrimiento hipóxico crónico.



Corte a nivel de la rodilla del cuerpo caloso. Puede apreciarse que el escaso desarrollo frontomedial, muy notable en el hemisferio derecho, deja al desnuda la cara superior del cuerpo caloso.



En este corte puede observarse, en el hemisferio izquierdo, formando el piso y el techo de la cisura sylviana, la primera circunvolución temporal y el opérculo rolándico. A partir de este la circunvolución parietal ascendente, la cisura de Rolando y la circunvolución frontal ascendente, de escasísimo desarrollo.



Cara medial del hemisferio izquierdo, con una configuración similar a la que presenta Luys en su Figura 3. En este caso el lóbulo cuadrilátero no sobrepasa la curvatura hemisférica sino que está por debajo de ella, dando lugar a un espacio anterior que probablemente se encuentre en relación con el dismorfismo de la frontal ascendente señalado anteriormente. Puede verse también aquí, el escaso desarrollo frontomedial.



Cara medial del hemisferio derecho. La corteza frontomedial no es visible en la línea media debido a su retiro. Puede verse que la extensión de la malformación alcanza al gyrus cinguli anterior.



Cara superior de los hemisferios. Puede apreciarse, además del escaso desarrollo frontomedial, las circunvoluciones parietales ascendentes, relativamente macrográficas en comparación con el resto de los gyros.

VI

La relación entre la corteza frontomedial y la apatía, creemos, tiene ya suficiente fundamento, anatómico y clínico. Con respecto al lóbulo cuadrilátero, Luys mismo, en otra parte de su "*Traité clinique*", manifiesta la duda de si sus observaciones son mera coincidencia o si es un hallazgo permanente en los cerebros de delirantes hipocondríacos, "¿Es una lesión constante o simple coincidencia?". Esta pregunta tiene respuesta, aunque no será encontrada con facilidad.

En la comparación de los casos de Luys y el que presentamos, debe tenerse en cuenta que el sabio francés está representando en sus dibujos, aunque no lo aclara, muy probablemente cerebros fijados según su costumbre, en una solución de ácido crómico al 4 % a diferencia de las imágenes de resonancia con el cerebro in vivo. A esto quizá se deba que pese a la semejanza en la forma del lobulillo paracentral, este no presente la prominencia respecto de la curvatura cerebral. De todas maneras la similitud y simpleza que presentan ambas imágenes nos lleva a sospechar una alteración del desarrollo cerebral normal. Desde aquella época hasta hoy han surgido múltiples observaciones que relacionan la cara parietal medial con sensaciones corporales anormales, no debe pasarse por alto la sintomatología dada por los frecuentes meningiomas de la línea media.

Así, como dijimos al comienzo, los viejos hallazgos nunca pierden su valor. Ya que lo único que crece es la lista de fenómenos que necesitan ser explicados, las explicaciones en sí no conocen un proceso acumulativo análogo, no debemos dejar en el olvido las enseñanzas de los grandes maestros.

Agradecimientos

Al Dr. Mariano Outes, por facilitarnos los manuscritos del Profesor Diego Luis Outes sobre Jules Bernard Luys.

Bibliografía

1. Galeno Aphorismi Hippocratis Græce' et Latine. Vuà cum Galeni commentariis. Gulielmus Rovillius. Veneto. 1581.
2. Goldar J. C. Lóbulo frontal y psicosis. Acta psiқиiát. Psicol. Amér. Lat. 1990, 36 (1-2), 37-47.
3. Goldar J. C. El origen del neocortex. (Conferencia Inaugural del 12º Congreso Internacional de Psiquiatría de la AAP, octubre de 2005). Alcmeon 2005, Vol. 12, No. 4, 323 – 332.
4. Kleist K. Über paranoide Erkrankungen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1914, 71, 764-766.
5. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie Verlag. Berlin. 1980.
6. Luys J. Traité clinique et pratique des maladies mentales. A. Delahaye & Lecrosnier. Paris. 1881.
7. Outes D. L. Julio Bernardo Luys (1828-1897). Escritos inéditos.
8. Parent A., Parent M., Leroux-Hugon V. Jules Bernard Luys: A Singular Figure of 19th Century Neurology Can. J. Neurol. Sci. 2002; 29: 282-288.