

El síndrome de Capgras: el delirio de suplantación



Capgras syndrome: The delusion of impersonation

El síndrome de suplantación es un síndrome raro en la práctica clínica en el que el paciente cree de forma irreductible que una persona de la familia o de su círculo de conocidos ha sido sustituida por un doble exacto¹. Fue descrito por primera vez por Capgras en 1923, también llamado la ilusión de sosías o de los dobles. Es el síndrome más conocido y más frecuente de los síndromes delirantes de falso reconocimiento. En la mayoría de los casos el síndrome se manifiesta en mujeres. Se puede asociar con intoxicaciones o abstinencia de drogas, con infecciones o trastornos endocrinológicos, con TCE, tumores cerebrales, epilepsia, demencia Alzheimer o mieloma múltiple. En edades avanzadas es relativamente frecuente la aparición del síndrome de Capgras, con o sin datos clínicos de deterioro cognitivo franco. Este cuadro obliga a plantearse un diagnóstico diferencial entre diversas entidades, en especial demencias y proceso de envejecimiento normal². El 70% de los casos se producen en contexto de psicosis funcionales o psicosis afectivas tanto en fase depresiva como maníaca en cualquier momento de la evolución. En la mayoría de los pacientes casados, su pareja es el doble principal. En las personas solteras es un progenitor o un hermano². Los estudios de neuroimagen sugieren una relación entre el síndrome de Capgras y las alteraciones en el hemisferio cerebral derecho, especialmente en las zonas frontal y temporal. Pero hasta la fecha no se ha descrito una lesión específica^{3,4}. Presentamos el caso de una paciente de 78 años, con antecedentes de poliartrosis, osteoporosis, glaucoma y síndrome de Sjögren. Se había realizado un estudio por la unidad de diagnóstico de demencias, sin objetivarse alteraciones significativas en la tomografía cerebral ni en la tomografía por emisión de positrones. La puntuación en el Mini-Mental State Examination fue de 27/30 y la clínica no orientó hacia un perfil degenerativo, sino más bien hacia un perfil afectivo (Hamilton depresión 13p). Era independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (Barthel 100, Lawton Brody 8). Como medicación habitual tomaba carbonato de calcio y pilocarpina. Ingresó en la unidad de agudos de psicogeriatría por alteraciones conductuales en domicilio consistentes en heteroagresividad física y verbal hacia su marido, llamadas telefónicas a sus familiares y vecinos, lo que generó cierta alarma social. La paciente llamó a las fuerzas del orden público para que detuvieran a su marido argumentando que la persona que dice ser su marido no lo era, sino que era un doble que decía ser su marido. El delirio era impenetrable a la argumentación lógica a pesar de los intentos reiterados de su marido y sus familiares de convencer a la paciente enseñándole fotos familiares. En la exploración la paciente se mostraba orientada en las 3 esferas con lenguaje acelerado, ansiedad flotante y anticipatoria e intensa tensión intrapsíquica. Verbalizaba un discurso delirante con ideas de contenido paranoide centradas en su marido fundamentalmente. Afirmaba que tenía miedo a la persona que había suplantado a su marido. Negaba las alteraciones sensorio-perceptivas. Exploración neurológica sin hallazgos relevantes. Análíticamente no presentaba alteraciones en los valores del hemograma, coagulación, bioquímica, enzimas hepáticas y vitamina B₁₂. Hormonas tiroideas en rango. Se realizó estudio de hepatitis B y C, VIH y sífilis, siendo todos ellos negativos. Así

como análisis de orina que descartaba infección urinaria. Durante el ingreso la paciente presentó tendencia al empeoramiento nocturno con insomnio de mantenimiento, por lo que recibió tratamiento con lormetazepam 2 mg y trazodona 100 mg un comprimido en la noche. Como tratamiento antipsicótico se añadió olanzapina 10 mg en la cena. Tras 3 semanas de tratamiento se objetivó una evolución clínica favorable en la que el delirio fue encapsulándose progresivamente. Se consiguió una estabilización de la clínica psicótica y afectiva por lo que se procedió al alta con diagnóstico de trastorno delirante tipo persecutorio (DSM IV-TR). Consideramos que el caso presentado es interesante dado que hay poca información en la literatura de este síndrome en personas de edad avanzada, y los pocos que hemos encontrado, frecuentemente están asociados a enfermedades degenerativas. A diferencia de los adultos jóvenes, en el paciente geriátrico es importante considerar el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, en la cual se describe una incidencia entre el 2 y el 30%^{2,5}, así como cualquier enfermedad orgánica que llega a ser la causa de entre el 25 y el 40% de los casos⁶. En el caso que hemos descrito se llevaron a cabo los estudios necesarios para poder descartar de una manera razonable estas enfermedades. Con respecto al tratamiento farmacológico queremos recordar que este tiene que ser individualizado a cada caso tras realizar una correcta valoración geriátrica integral. La bibliografía consultada refiere que los antipsicóticos atípicos^{4,5} son el tratamiento de elección, siempre teniendo en cuenta la alta sensibilidad a los neurolepticos de la población de edad avanzada y las posibles interacciones farmacológicas.

Bibliografía

1. Darby RR, Caplan D. «Cat-gras» delusion: A unique misidentification syndrome and a novel explanation. *Neurocase*. 2016;22:251–6. <http://dx.doi.org/10.1080/13554794.2015.1136335>.
2. Hillers Rodríguez R, Madoz-Gúrpide A, Tirapu Ustároz J. Propuesta de una batería neuropsicológica para la exploración del síndrome de Capgras. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:275–80.
3. Gallego L, Vázquez S, Peláez J, López-Ibor J. Neuropsychological, clinical and social issues in two patients with Capgras syndrome. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39:408–14.
4. Enoch D, Ball H. Síndrome de Capgras. En: Morera B, Ball H, Enoch D, editores. *Síndromes raros en psicopatología*. Madrid: Triacastela; 2007. p. 15–36.
5. Sutton S, Tiruveedhula V, Jain U, Sharma A. Capgras' syndrome in an elderly patient with dementia. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014;16. <http://dx.doi.org/10.4088/PCC.13101570>, pii: PCC.13101570.
6. Salviati M, Bersani FS, Macrì F, Fojanesi M, Minichino A, Gallo M, et al. Capgras-like syndrome in a patient with an acute urinary tract infection. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:139–42.

Paul Ivanov^{a,*}, Debora Moral Cuesta^b y Montserrat Perelló Alonso^c

^a Unidad de Agudos de Psicogeriatría, Hospital Sagrat Cor, Martorell, Barcelona, España

^b Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Unidad de Larga Estancia Psicogeriátrica, Hospital Sagrat Cor, Martorell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paulivano@gmail.com (P. Ivanov).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.08.004>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.