

Esquizofilia real. Delirio genealógico o delirio de Mignon como realización patoplástica

Juan Rojo-Moreno¹
Carlota Rojo-Valdemoro²
Francisco Santolaya-Ochando³

¹ Departamento de Psiquiatría, Universidad de Valencia, Facultad de Medicina, España.

² Universidad CEU Cardenal Herrera, Valencia, España

³ Universidad de Valencia, Psicólogo Clínico, CSM Malvarrosa, España

Correspondencia:
Juan Rojo Moreno
Facultad de Medicina. Unidad Docente Psiquiatría
Avda. Blasco Ibañez 15, 46010 Valencia (España)
Correo electrónico: juan.m.rojo@uv.es

Estimado Editor,

El delirio genealógico se ha considerado una variedad de megalomanía en la que el paciente se siente emparentado o descendiente de reyes o príncipes o de alguna estirpe especial. Se ha descrito a Hitler como un caso histórico de delirio genealógico ario. Ha sido descrito en pacientes que han sentido ser miembros o sucesores de la familia real de Francia y Saboya¹ y puede aparecer tanto en la psicosis maniaca como en esquizofrenias². En el glosario del Present State Examination (PSE) dentro de los delirios de identidad grandiosa podemos encontrar el delirio de ser Dios y también el delirio de Mignon en el que el paciente cree que tiene un parentesco real o de una familia más distinguida.³ M. Sanati describe en Irán un caso también del síndrome de Mignon.⁴

Caso clínico

C.S. es una paciente soltera de 50 años, tiene una hermana y un hermano mayor. Durante la infancia y adolescencia no hubo acontecimientos especialmente relevantes. Pertenecen a una clase media y fue normal su escolaridad con buena sociabilización.

Al terminar la licenciatura en Económicas y haciendo los cursos del doctorado le prometen una beca doctoral, en la que pone muchas esperanzas.

El primer periodo de la enfermedad comienza con 24 años al conocer que no obtiene la beca. Esto lo vivencia como una ruptura de su proyecto vital: "todo se fue al traste", "me engañaron". Empiezan las alucinaciones acústicas, identificando las voces con un profesor de la universidad que le decía que estaba enamorado de ella y que tenía que trabajar para él. Progresivamente van apareciendo otras voces que también identifica con personas universitarias y que le dicen que es una prostituta o sacerdotisa. Durante este primer periodo entra en un estado cada vez más agitado debido a las alucinaciones. Durante dos años, sin conciencia

de enfermedad, se fue alejando de toda actividad laboral, manteniéndose cada vez más alterada y aislada, hasta que la medicaron con antipsicóticos.

En el segundo periodo de la enfermedad, durante 6 años, la medicación antipsicótica no consiguió la desaparición sintomática, sólo que estuviera más tranquila. Aumentó mucho de peso lo cual también influyó para que no saliese de casa. Mejoraron las voces con Risperidona, pero se la suprimieron por padecer amenorrea.

Las alucinaciones acústicas son imperativas en segunda persona y le dicen que no fume en determinado lugar, que no se acabe la comida y que no coma determinadas cosas. También la han obligado a hacer cosas que no quería. Identifica una de las voces como la que más le manda y una segunda voz le premia o que consiga oponerse a la primera voz: "has ganado una ducha, un café o un té". También aparece delirio de significación alusiva (la televisión está conectada con las voces), delirio de control y delirio de influencia.

La concreción delirante fue la siguiente: consiguió entender que ella era Infanta, hija de los Reyes de España. Las voces le dicen que en el futuro tendrá una nueva vida. Los Reyes lo saben todo a través de los Masones y por gente de la Universidad que ha identificado "por el acento de las voces". Las voces le aterrorizan mucho pues le están diciendo que va a enfermar y que padecerá depresiones.

En el tercer periodo de la enfermedad que abarca desde los 32 años hasta los 35 años le disminuyeron mucho la medicación antipsicótica. Cuando nosotros vemos a la paciente por primera vez (35 años) solo se medicaba con Flufenazina decanoato 25 mg/mes. Esto le permitió adelgazar y aunque el delirio y las alucinaciones siguieron igual, en esos tres años ha podido trabajar en comercios y en tiendas.

Cuarto periodo. Cuando tiene 35 años se prescribió tratamiento con Risperidona (5 mg/día) y Carbamazepina 200 mg/3 veces al día. Mejoró mucho, volviendo a trabajar y aunque se mantenían las alucinaciones acústicas le agobian mucho menos. El delirio de control sólo lo notaba en el bar y las autorreferencias relacionadas "con los profesores que sabían todo el asunto". Pero apareció amenorrea y bulimia, por lo que empezó a no poder controlar la cantidad de comida. Por esto se disminuyó la dosis de Risperidona a 2 mg al día y se instauró Ziprasidona 60 mg desayuno y cena.

A los tres meses las voces las oía "solo de vez en cuando" (a la hora de comer y al acostarse), se encontraba activa, con muy poco delirio de control. Había disminuido la bulimia y había tenido en dos ocasiones la menstruación.

A partir de los 37 años se encuentra activa, tiene la menstruación cada mes, trabaja en un comercio teniendo buenas relaciones con los compañeros. Las alucinaciones

solo las tiene en casa y son de tipo imperativo: "¡no comas de esto, no te pongas eso!" pero no tienen mucho impacto emocional y consiguen "no hacerles caso". El delirio queda encapsulado y no le afecta a su vida aunque sigue existiendo como realidad.

Con 39 años las alucinaciones solo las tiene por la noche antes de dormirse y son a veces imperativas y otras veces dialogadas (escucha conversaciones "entre ellas hablan").

Con 40 años deja de tomarse la medicación y padece de nuevo intensamente la sintomatología psicótica y las alucinaciones que le agobian mucho. Las tiene también cuando va por la calle, nota autorreferencias en el lugar del trabajo y delirio de control desde la gente con la que se cruza por la calle.

Volvemos a introducir la medicación con Carbamacepina 600 mg/día, Ziprasidona 80 mg x 3 veces al día y Risperidona 3 mg/día. Aun así tarda dos años en volver a recuperar el estado previo a cuando se dejó la medicación. Con 42 años ya las alucinaciones son solo "un comentario suelto" y el paranoidismo es leve y dice que "lo controla". Sigue trabajando y reanuda sus relaciones sociales, pero vuelve a tener amenorrea (prolactina 68,33. ref. 3,4-24,1 ng/ml). El delirio vuelve a estar encapsulado.

Con 47 años sin que haya ningún desencadenante específico vuelven a aparecer las voces en casa, en la calle, en el trabajo y si está poco activa. Las alucinaciones se refieren a ella de forma directa (en segunda persona) o dialogadas.

Sustituimos la risperidona por paliperidona (3 mg/día) y añadimos al tratamiento Aripiprazol 15 mg/día. Tras dos meses vuelve a estar recuperada con poca intensidad de las voces, no le agobian mucho y solo le aparecen cuando estaba más nerviosa o estresada en el trabajo. Con esta mejoría sigue hasta la actualidad.

Pruebas complementarias

Estudio EEG, Trazado Normal.

Estudio analítico: Prolactina, primer análisis 92.19 ng/ml (ref. 3,4-24,1 ng/ml) tomando 5 mg al día de Risperidona. Segundo análisis de prolactina 81.43 ng/ml, tomando 2 mg al día de Risperidona y 120 mg de Ziprasidona. Cuando toma 3 mg/día de Paliperidona, Prolactina: 11.14 ng/ml.

Discusión

La patoplastia o patoplasticidad determina la forma de una enfermedad. La patoplastia y los factores patoplásticos

conforman la enfermedad y significan lo que causa la variación en la misma entre individuos o culturas.

Se han descrito casos de monarcas que han tenido enfermedad mental⁵ pero en un país como España en el que no había una monarquía desde hacía muchos años (hasta 1978) no se habían descrito cuadros delirantes paranoides de identificación filial monárquica. Esto solo ha ocurrido tras el restablecimiento de la monarquía, es un caso raro en psiquiatría y claramente una concreción de la patoplastia de nuestra época.⁶

En el caso descrito por Barrowclough and Tarrier⁷ el paciente estaba convencido de que un miembro de la familia real estaba habitando su cuerpo y, por lo tanto, era su deber, como caballero, dejarlo.

En otros casos se han descrito en relación con el delirio de realeza "memorias delirantes" en las que repentinamente el paciente recuerda algo que le hace entender que pertenece a la realeza. Así, en el caso descrito por McKenna PJ⁸, un paciente se dio cuenta de que era de descendencia real cuando recordó que el tenedor que había utilizado cuando era un niño tenía una corona en él (Fish 1962/Hamilton 1984). Igualmente Rojo Sierra describe a un paciente que refirió: "me acordé que cuando estaba haciendo el servicio militar y fue el Rey a pasar revista, él me miró. Luego caí en la cuenta que con esa mirada el Rey quería decirme que yo era su hijo". En este caso un recuerdo real había adquirido de pronto una nueva significación.⁹

También H.E. Nelson (1997) describe un paciente que creía ser hijo de un Príncipe Real y esto causó problemas en su casa porque el hablar de esta conexión real causaba conflictos entre él y su padre.¹⁰

En nuestro caso el delirio paranoide es primario, no una vivencia de influencia corporal ni es memoria delirante.

En el caso descrito por M. Sanati (1992) tras ensayos de fármacos sucesivos con Trifluoperazina 30 mg/día, Haloperidol 30 mg/día y Tiotixeno 30 mg/día, no logró eliminar sus delirios, pero mejoró su depresión y agitación.⁴

Nuestro paciente tuvo muy buena respuesta a Risperidona unida a Carbamazepina. Pero los efectos secundarios de la Risperidona (amenorrea y bulimia) nos hizo introducir Ziprasidona que no solo mantuvo la mejoría clínica que se había conseguido, sino que mejoró aún más a la paciente. No obstante, nunca desaparecieron del todo las alucinaciones ni el delirio y éste perdió fuerza quedando encapsulado.

A lo largo de 15 años de evolución no ha sido posible disminuir la medicación y cuando dejó de tomársela necesitamos más dosis de antipsicóticos para volver a la mejoría que tenía previamente. En ocasiones tomó puntualmente

CARTAS AL EDITOR

durante estos 15 años otros antipsicóticos como Clorpromazina o Quetiapina, pero no hubo mejoría significativa con estos antipsicóticos.

El síndrome de Mignon y el de Capgras/Sosias (que han sustituido a padres o familiares por otras personas) suelen ir unidos pero no es así en nuestro caso.

Conclusiones

Nuestro caso de identificación psicótica familiar Real (delirio de Mignon / delirio genealógico) no es muy frecuente y realmente es un caso raro psiquiátrico en la literatura española. Es significativa la buena evolución de esta paciente psicótica que actualmente realiza con total normalidad su trabajo y relaciones sociales quedando el delirio psicótico encapsulado y sin influencia significativa en su vida. Pero ciertamente después de 15 años los antipsicóticos no han conseguido que desaparezcan del todo las alucinaciones y el delirio ha quedado encapsulado.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Il delirio genealógico come espressione di un disagio familiare. Available in: https://www.researchgate.net/publication/313236687_Il_delirio_genealogico_come_espressione_di_un_disagio_familiare
2. Nicola Lalli. Elementi di psicopatologia dinamica. Available in: <http://www.nicolalalli.it/pdf/psicopatologiadinamicacondelirioebibliodefinitivi.pdf>
3. Mignon delusion. Available in: <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803100156960>
4. Sanati M, Mojtabai R. Capgras' syndrome and the Mignon delusion. *The American Journal of Psychiatry*. 1992;149(5):709-10.
5. Martha Brozyna. Mentally Ill Monarchs <http://mentalfloss.com/article/21730/5-mentally-ill-monarchs>
6. Moreno JR. Rare Cases in Psychiatry. *J Rare Disord Diagn Ther*. 2017;3:2.
7. Barrowclough CH, Tarrier N. Families of Schizophrenic Patients - Cognitive Behavioural Intervention (Mental Health Nursing & the Community). Nelson Thornes Ltd; 1997. p. 155.
8. McKenna P.J. Schizophrenia and Related Syndromes. Routledge; 1997.
9. Rojo Sierra M. Psicología y psicopatología del pensamiento. Valencia: Promolibro; 1984.
10. Nelson HE. Cognitive Behavioural Therapy with Schizophrenia: A Practice Manual. Stanley Thornes Ltd; 1997.