

Caso clínico

Psiquiatría y Salud Integral. 2003;3(1):97-102

Koro en trastorno esquizofreniforme

Dr. Andrés Heerlein

Introducción

Los síndromes ligados a las culturas (SLC)—*culture-bound syndromes en inglés*—son trastornos psiquiátricos supuestamente ligados a regiones culturales específicas. Inicialmente estos síndromes fueron investigados por psiquiatras y antropólogos occidentales encontraban trabajando en zonas ajenas al mundo occidental. Posteriormente, los colegas de aquellas mismas regiones culturales continuaron describiendo e investigando el fenómeno y, actualmente, una interesante rama de la ciencia psiquiátrica se ha abocado al estudio de estos trastornos.

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, fourth edition [DSM IV]*), de la American Psychiatric Association (APA), incluye un anexo especial sobre los SLC, el que no ha estado totalmente ajeno a ciertas críticas. Entre los diferentes síndromes incluidos en este anexo se menciona el síndrome de Koro, tradicionalmente definido como un temor súbito e intenso de retracción genital masculina, llegando incluso al temor de que los genitales se replieguen al interior del cuerpo. Este síndrome ha sido descrito preferentemente en China y en zonas del sudeste asiático, donde fue definido y nombrado por primera vez. Posteriormente ha sido identificado mencionado en diferentes zonas del orbe: Medio Oriente, Europa, Africa y América, entre otras. Desde el punto de vista médico, el Koro ha sido asociado a numerosos trastornos psiquiátricos, tales como trastornos del ánimo, disociativos, dismorfofobias, de ansiedad, al abuso de sustancias, a la interrupción de tratamientos, a psicóticos endógenos, y otros.

El Dr. Heerlein es profesor asociado de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y jefe de la Unidad de Psiquiatría en la Clínica Alemana de Santiago.

El presente estudio describe un caso de Koro a fines de los 80 en la Clínica Psiquiátrica de Heidelberg, Alemania, y que reveló la existencia de una estrecha relación entre este síndrome y el Trastorno Esquizofreniforme.

Caso clínico

Motivo de consulta

Paciente varón, de 19 años de edad, estudiante técnico, que consulta espontáneamente en el Policlínico de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Heidelberg. El motivo principal de consulta fue el temor intenso de una drástica reducción del tamaño de sus genitales, el cual no pudo ser objetivado por el médico. Esta discrepancia, la certeza sobre la veracidad del fenómeno junto a la intensidad de los síntomas determinaron su hospitalización.

Anamnesis próxima

Al ingreso el paciente, sin antecedentes psiquiátricos previos, refiere haber estado asintomático hasta una semana antes de la hospitalización. Sus temores se iniciaron una noche en que, observándose en el baño, habría notado una disminución del tamaño de su pene. Esta observación comprometió el sueño de esa y las siguientes noches, ya que desde ese momento en adelante no pudo desprenderse de esta idea. En los días siguientes observó un aumento de la reducción del tamaño penil, llegando a temer una involución completa. Junto al creciente temor específico presentó diversos síntomas que entorpecieron su capacidad funcional, tales como insomnio mixto—de conciliación y continuación de sueño—ansiedad de mutilación y difusa, retraimiento y evitación social, incapacidad para concentrarse y estudiar, anorexia, anhedonia y pérdida de interés en temas anexos.

En una entrevista mas enfocada el paciente refiere que su retraimiento social habría comenzado meses antes de la aparición del síntoma principal. En los últimos meses el había observado una creciente ansiedad difusa y continua de origen desconocido, incapacidad para concentrarse, desinterés por sus actividades y por las personas que lo rodean, tendencia a aislarse y a no comunicarse con sus seres queridos. En ocasiones se había sentido observado por personas de la calle o por sus compañeros de estudio, y su rendimiento académico habría disminuido en forma significativa en el último semestre.

Anamnesis remota

El embarazo concurrió sin alteraciones conocidas, con parto normal, sin antecedentes de sufrimiento fetal o complicaciones post-parto. Posteriormente, el desarrollo psicomotor del paciente fue normal, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia.

Hábitos:

Tabaco: 5-10 cigarrillos al día desde los 15 años.

Alcohol: 400-500 cc de cerveza y/o vino, cada 7 días, desde los 15 años.

– Aumento del consumo durante el año anterior a la consulta.

Drogas: Marihuana 2-3 veces. Niega consumo reciente o consumo de otras sustancias.

Aspectos psicosociales

Refiere rendimiento escolar promedio hasta su ingreso a la educación superior, donde comienza a sentir los primeros síntomas. Escasos nexos sociales, dificultades en el manejo grupal.

Antecedentes familiares

Ningún antecedente psiquiátrico ni médico de importancia.

Examen físico y neurológico

Normotenso (120/70 mm de hg), afebril (36, 50 axilar), frecuencia cardíaca: 78 por minuto, ritmo sinusal. Pupilas isocóricas, reactivas, pares craneales normales. Fuerza y tono muscular conservados, reflejos normales. Examen segmentario sin hallazgos patológicos. Exámenes de laboratorio: hemograma, perfil bioquímico y orina completa normales.

Examen mental al ingreso

El paciente se muestra lúcido y orientado en tiempo, espacio, situaciones y respecto a personas. Funciones cognitivas dentro de límites normales. El curso formal del pensamiento presenta una fijación reiterativa, egosintónica y afectivamente concordante, muy invalidante. Hay empobrecimiento de los contenidos, leve disgregación y escasos elementos bizarros, así como ausencia de neologismos. La conducta se acompaña de una gran angustia continua de mutilación y difusa, la cual no cede con la intervención médica. Los contenidos del pensamiento revelan la presencia de un delirio de mutilación, parcialmente sistematizado, humor y

dinámica delirante. La percepción es alterada, con pseudoalucinaciones ópticas y cenestésicas.

Su estado de ánimo se muestra algo deprimido, con marcada disociación ideoafectiva. Los ritmos circadianos se encuentran alterados, con insomnio mixto y anorexia. Hay retraimiento social sin ideas o deseos de muerte.

Personalidad premórbida del paciente: introvertido, inseguro, elevado neuroticismo, sensitivo.

Diagnóstico al ingreso

- Eje I: Trastorno squizofreniforme
Koro
- Eje II: sin trastorno.
- Eje III: Sano
- Eje IV: -
- Eje V: GAF: 70 %

Tratamiento y evolución

Desde el ingreso llamó la atención el carácter delirante de la sintomatología nuclear del paciente. Existía la absoluta certeza de la autenticidad del fenómeno, y no era posible rebatir su convicción. El paciente no dudaba de sus ideas y percepciones, actuando en forma concordante con su convicción, la cual, obviamente, no pudo ser refrendada por los observadores externos.

Consecuente con el diagnóstico de ingreso el paciente fue tratado con haloperidol en dosis crecientes, llegando a 8 mg/día. Inicialmente el insomnio se manejó con triazolam 0.5 mg/noche, pasando luego a doxepina 50 mg/noche. Con este tratamiento el paciente reveló una rápida disminución de sus temores, mayor adaptabilidad social e interés en el trabajo. A las 3 semanas de tratamiento el paciente fue dado de alta, continuando en tratamiento ambulatorio especializado, en buenas condiciones. Se desconoce la evolución posterior.

Discusión

La literatura psiquiátrica se ha ocupado con bastante interés del síndrome de Koro, el cual ha sido descrito en numerosas culturas, y afectando principalmente a hombres, pero también a mujeres. Desde el punto de vista diagnóstico, este ha sido asociado a múltiples trastornos, tales como histeria, trastornos por ansiedad, o de pánico, dismorfofobias, trastornos del ánimo, y otros.¹ En reiteradas publicaciones se ha puesto énfasis en el carácter "contagioso" del trastorno, particularmente en China, donde se han descrito ver-

daderas epidemias de Koro, las cuales se han asociado a fenómenos de histeria de masas. No obstante, previamente, algunos autores han registrado relaciones estrechas entre el Síndrome de Koro y los trastornos esquizofrénicos. En los 80 Devan² publica un primer caso asociado a esquizofrenia. Rosca-Rebaudengo y colegas³ describen casos de trastornos esquizofrénicos con síndrome de Koro, estableciendo además una relación con problemas de transculturalización. Maslowsky⁴ describe un caso de Koro en un paciente con una esquizofrenia crónica. Phelan y Daly⁵ describen un caso de Koro asociado a un episodio psicótico breve, con algunos síntomas de la línea esquizofreniforme. Ramos⁶ informó sobre un caso de Koro luego de la interrupción brusca de tratamiento con olanzapina.

Inicialmente reportado hace milenios en China, el síndrome de Koro ha sido descrito en culturas tan diversas como la española, beduina, norteamericana, israelita o hindú. Se han descrito casos de presentación masiva, asociados a fenómenos disociativos, y casos individuales como el que describimos aquí. Esto constituye un claro ejemplo de las dificultades diagnósticas de las enfermedades psiquiátricas, especialmente cuando se intenta ordenarlas en un sistema de clasificación universal.⁷ El presente caso revela la existencia de asociaciones muy estrechas entre el Koro y el espectro de trastornos esquizofrénicos, pero no podemos negar la existencia de sintomatología similar, asociada a la histeria, descrita en grupos humanos en China. Tanto en la India como en los Estados Unidos, el fenómeno también ha sido descrito en relación con el uso de cannabis en los EEUU. Todo esto sugiere que no es posible reducir este cuadro clínico a una entidad nosológica determinada, ya que probablemente corresponda a una forma de presentación clínica similar con orígenes múltiples y dispares. Queda en evidencia la necesidad de perfeccionar la investigación psicopatológica, fenomenológica y cultural de este tipo de síndromes antes de establecer intentos de clasificaciones diagnósticas monovalentes.

El presente caso constituye un ejemplo paradigmático de la necesidad de brindar mayor atención a la investigación psicopatológica. Observamos un síntoma que aparece en el tramo de una esquizofrenia y que simboliza un fenómeno bastante común en el inicio de las formas juveniles: la angustia frente a la difusión de la identidad, particularmente de la identidad sexual. Este síntoma también puede ser visto como un fenómeno de despersonalización parcial, en que el yo no logra consolidarse. La dolorosa incapacidad de relacionamiento social exitoso junto a la progresiva escisión del mundo interno van labrando el terreno para la posterior aparición de

las manifestaciones psicóticas, que van desde la simple duda irracional hasta las alucinaciones de contenido sexual ambiguo.

Finalmente queremos reiterar la importancia de los aspectos de la personalidad premórbida en el diagnóstico psiquiátrico. El presente caso ilustra, una vez más, cómo ciertas constelaciones mórbidas, tales como la esquizofrenia, se encuentran íntimamente ligadas a rasgos característicos y específicos de personalidad premórbida. Su consideración en el estudio diagnóstico puede ser de gran ayuda para una mejor aproximación a la patología subyacente y a un adecuado manejo terapéutico. Asimismo, el estudio de sus relaciones con la patología de base y con las peculiares formas de aparición clínica, como en este caso, pueden arrojar mayor luminosidad en el análisis comprensivo de las psicosis endógenas. **PSI**

Bibliografía

1. Chowdhury AN. The definition and classification of Koro. *Cult Med Psychiatry*. 1996;20:41-65
2. Devan GS, Hong OS. Koro and Schizophrenia in Singapore. *Br J Psychiatry*. 1987;150:106-107.
3. Rosca-Rebaudengo P, Durst R, Minuchin-Itzigsohn S. Transculturation, psychosis and koro symptoms. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1996;33:54-62
4. Maslowsky. Koro-like syndrome in Maltese subject on the basis of chronic schizophrenia. *Bull Inst Marit Trop Med Gdynia*. 1988;39:108-110.
5. Phelan D, Daly RJ. Koro-like syndrome associated with brief reactive psychosis in an Irish male. *Ir Med J*. 1996;89:75-76
6. Ramos RH, Budman CL. Emergence of koro after abrupt cessation of olanzapine. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:86-87.
7. Bernstein RL, Gaw AC. Koro: proposed classification for *DSM-IV*. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1670-1674.