

Síndrome de Dhat: descripción de 6 casos

Dhat syndrome: report of six cases

Sr. Editor:

En el contexto de una sociedad progresivamente más globalizada e influenciada por nuevos movimientos migratorios, los médicos trabajamos a menudo con pacientes de distintos lugares de origen y con influencias culturales heterogéneas. La barrera idiomática es solo una de las dificultades que puede tener el médico de familia para realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes inmigrantes. A menudo, los pacientes pueden referir los síntomas o problemas médicos de una forma distinta a la habitual en nuestro medio, ya que es frecuente que la expresión sintomática o fenomenológica (*patoplastia*) de un mismo cuadro clínico no sea igual entre sujetos con influencias socioculturales distintas¹.

En Psiquiatría se han descrito diversos síndromes considerados de «alta influencia cultural» o transculturales. El síndrome de Dhat es una condición clínica observada en pacientes originarios del subcontinente indio y caracterizada por presentar síntomas como astenia, debilidad o problemas sexuales asociados a la creencia de que el malestar está causado por una pérdida de semen por la orina. El síndrome de Dhat está definido como un síndrome transcultural en la clasificación del DSM-IV-R y como otro trastorno neurótico especificado según la CIE-10².

Recientemente hemos atendido a 6 varones con una edad media de 30,5 años (23-48 años), de los cuales el 66% estaban casados, que acudieron a la consulta del médico de cabecera refiriendo pérdida de semen por la orina junto con eyaculación precoz (100%), astenia (50%), debilidad (30%) y malestar general. La duración de los síntomas oscilaba entre unos meses y años (> 2 meses hasta 4-5 años). En la historia clínica destacaba que eran originarios de la región del Punjab, en el sureste de Pakistán; la mayoría no referían antecedentes médicos de interés (un paciente tenía asma), no estaban en tratamiento habitual con ningún fármaco y no tenían antecedentes psiquiátricos. La exploración física era anodina. El diagnóstico diferencial se planteó entre patología genitourinaria y síndrome ansiosodepresivo transcultural. Se descartó patología urinaria que explicara el cuadro (sedimento de orina sin alteraciones), tras lo cual se comentaron los casos en la sesión de interconsulta con el Centro de Salud Mental. La orientación diagnóstica fue de síndrome de Dhat, y uno de los pacientes cumplía, además, criterios de episodio depresivo mayor (DSM-IV-R). Todos los casos fueron tratados con psicoterapia de apoyo y psicoeducación, llevada a cabo por el médico de familia, con excepción del paciente con depresión, que requirió tratamiento antidepresivo. A los 6 meses todos los pacientes estaban asintomáticos, aunque el periodo de seguimiento fue variable en función de la evolución clínica de cada caso.

El término Dhat proviene de la palabra sánscrita *Dhatus*, que en la medicina tradicional india (Ayurvédica) significa *el elixir que constituye el cuerpo*³. Algunas creencias tradicionales hindúes explican que se requieren altas cantidades de sangre y de médula ósea para crear el semen, que consideran como un «fluído vital».

El síndrome de Dhat podría ser una manifestación común de algunos pacientes predisuestos que están bajo estrés o con síntomas ansiosos o depresivos. La prevalencia en países como India podría ser alta, hasta el 7% de los pacientes que consultan por problemas sexuales (disfunciones sexuales, como impotencia o eyaculación precoz)⁴. Los síntomas asociados con mayor frecuencia son la astenia y la debilidad (75%), pero otros como palpitaciones, cefalea, falta de concentración, ansiedad o ideas suicidas (alrededor del 30% en algunos estudios) pueden también estar presentes^{5,6}. Por otra parte, muchos de los pacientes con síndrome de Dhat cumplen además criterios de otros trastornos psiquiátricos, como trastorno depresivo (50%), trastorno de ansiedad (18%) o trastorno somatomorfo (32%)⁷. Aunque existen pocos estudios clínicos relacionados con el tratamiento de este síndrome, parece que fármacos antidepresivos⁸ o la psicoterapia⁹ podrían ser útiles en estos pacientes. Algunos autores incluso argumentan que el síndrome podría ser una presentación transcultural de un síndrome depresivo¹⁰.

Conocer la existencia del síndrome de Dhat, un trastorno no descrito previamente en nuestro medio, puede ser de utilidad para el médico generalista. La detección adecuada y precoz de esta condición clínica, que en algunos casos puede ser la presentación de un síndrome ansioso o depresivo, podría ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Por otro lado, conocer que los cuadros clínicos pueden expresarse en función del entorno sociocultural del paciente puede ayudar, en ocasiones, a diagnosticar y tratar un caso clínico de forma holística.

Bibliografía

1. Kirmayer LJ, Sartorius N. Cultural models and somatic syndromes. *Psychosom Med*. 2007;69:832-40.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-R*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
3. Mehta V, De A, Balachandran C. Dhat syndrome: a reappraisal. *Indian J Dermatol*. 2009;54:89-90.
4. Kendurkar A, Kaur B, Agarwal AK, Singh H, Agarwal V. Profile of adult patients attending a marriage and sex clinic in India. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54: 486-93.
5. Bhatia MS, Malik SC. Dhat syndrome: A useful diagnostic entity in Indian culture. *Br J Psychiatry*. 1991;159:691-5.
6. Bhatia MS, Bohra N, Malik SC. 'Dhat' syndrome-a useful clinical entity. *Indian J Dermatol*. 1989;34:32-41.
7. Chadda RK. Dhat syndrome: Is it a distinct clinical entity? A study of illness behaviour characteristics. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91:136-9.
8. Dhikav V, Aggarwal N, Gupta S, JadHAV R, Singh K. Depression in Dhat syndrome. *J Sex Med*. 2008;5:841-4.
9. Shukla PR, Singh RH. Supportive psychotherapy in Dhat syndrome patients. *J Pers Clin Studies*. 2000;16:49-52.
10. Dhikav V, Aggarwal N, Anand KS. Is Dhat syndrome, a culturally appropriate manifestation of depression? *Med Hypotheses*. 2007;69:698.

Marc Udina^a, Hubert Foulon^b, David Córcoles^c
y Rocío Martín-Santos^{a,c,*}

^aServicio de Psiquiatría, Institut Clínic de Neurociències, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, España

^bÁrea Básica de Salut del Besòs, Barcelona, España

^cServicio de Psiquiatría, Parc de Salut Mar, IMIM, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rmsantos@clinic.ub.es (R. Martín-Santos).