

Reporte de caso

Síndrome de Otelo secundario a tuberculoma cerebral: a propósito de un caso

Mariella Strobbe-Barbat^{a,b}, Luis Enrique Macedo-Orrego^{a,c} y Lizardo Cruzado^{a,b,*}

^a Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, Perú

^b Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

^c Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de enero de 2018

Aceptado el 4 de septiembre de 2018

On-line el 8 de octubre de 2018

Palabras clave:

Tuberculoma

Trastornos paranoides

Celos

Violencia doméstica

R E S U M E N

Introducción: El síndrome de Otelo, epónimo del personaje de Shakespeare, es un término diagnóstico transnosológico que designa un cuadro caracterizado por delirios de infidelidad respecto a la pareja que, por consiguiente, puede acarrear actitudes celotípicas y conductas violentas hacia ella. En su forma pura, corresponde al trastorno delirante de infidelidad, pero también puede ser secundario a organicidad cerebral y a consumo de drogas.

Métodos: Reporte de caso y revisión no sistemática de la literatura relevante.

Presentación del caso: Varón de 26 años con antecedente de consumo de drogas y víctima de maltrato infantil, 3 años antes había sufrido crisis convulsivas tónico-clónicas e hipertensión intracraneal, por lo que se sometió a una craneotomía, en la que se halló un tuberculoma cerebral frontal derecho. Tras un lapso, comenzó con delirios de infidelidad y conductas violentas hacia su pareja.

Revisión de la literatura: Los celos delirantes se asocian, como otros delirios, a lesiones del lóbulo frontal derecho. Pese a la elevada y creciente prevalencia mundial de tuberculosis, no se han publicado casos de síndrome de Otelo secundario a tuberculoma cerebral.

Conclusiones: El síndrome de Otelo, aunque no es la principal causa de violencia doméstica, puede asociarse con manifestaciones particularmente violentas y ser secundario a tuberculoma cerebral. Este es el primer caso de tal índole que se publica.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Othello Syndrome Secondary to Cerebral Tuberculoma: A Case Report

A B S T R A C T

Introduction: Othello syndrome, an eponym of Shakespeare's character, is a transnosological diagnostic term that designates a clinical picture characterised by the presence of delusions of infidelity with respect to a partner and that, consequently, can lead to typical jealousy attitudes and violent behaviour towards the partner. In its pure form, it corresponds to delusional disorder of infidelity, but it may also be secondary to brain organicity and drug use.

Keywords:

Tuberculoma

Paranoid disorders

Jealousy

Domestic violence

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Lizardo_cruzado@yahoo.com (L. Cruzado).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.09.001>

0034-7450/© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Methods: Case report and non-systematic review of the relevant literature.

Case presentation: A 26-year-old man, with a history of drug abuse and a victim of domestic violence as a child, presented with tonic-clonic seizures and intracranial hypertension three years ago, for which he underwent a craniotomy with the finding of a right frontal cerebral tuberculoma. After a lapse, he developed a clinical picture of delusions of infidelity regarding his partner and violent behaviour towards her.

Literature review: Delusional jealousy is associated, like other delusions, with lesions of the right frontal lobe. Despite the high and growing prevalence of tuberculosis worldwide, there are no reported cases of Othello syndrome secondary to cerebral tuberculoma in the literature.

Conclusion: Othello syndrome, although not the main cause of domestic violence, can be associated with particularly violent manifestations and be secondary to cerebral tuberculoma. This is the first published case of its kind.

© 2018 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Según el *Diccionario de la Lengua Española*, los celos son «sospecha, inquietud y recelo de que la persona amada haya mudado o mude su cariño poniéndolo en otra»¹. Los celos, obviamente no de índole erótica, pueden apreciarse como conducta instintiva en lactantes desde los 6 meses de edad, lo cual brinda una idea clara de la omnipresencia de este fenómeno psíquico en la condición humana². Pero si bien son de naturaleza biológica, los celos tienen una demarcación incuestionablemente sociocultural, al punto de que lo que hace unas décadas era expresión de celos normales hoy sería de alcance morboso; a su vez, esta delimitación cambiante torna borrosa la diferenciación entre celos normales y celos patológicos. Entre estos, se ubican los celos de naturaleza delirante, en los que el núcleo psicopatológico está constituido por delirios de que la pareja es erótica y sexualmente infiel³. Este fenómeno clásicamente se denomina síndrome de Otelo, y se ha registrado su presencia a partir de diversas etiologías: psiquiátrica primaria, organicidad cerebral y por sustancias psicoactivas. Se ha señalado que, entre los celos patológicos, también deben incluirse los de índole obsesiva o formados por ideas sobrevaloradas: los límites entre estos fenómenos no siempre son claros⁴.

Por otra parte, la tuberculosis (TBC) es la enfermedad endémica con mayor prevalencia mundial: su incidencia es de 10 millones de casos nuevos al año, medio millón de ellos del tipo resistente a múltiples fármacos⁵. En Perú, en 2015 se registró una tasa de morbilidad de 73,33 casos/100.000 habitantes y 1.686 casos de TBC resistente a múltiples fármacos⁶. El sistema nervioso central (SNC) resulta involucrado en un 10-15% de todos los casos de TBC. El tuberculoma o granuloma tuberculoso (causa del 15-30% de los casos de TBC del SNC) es una forma histopatológica consistente en un centro de necrosis caseosa en el que puede haber bacilos tuberculosos latentes, circunscrita por una cápsula irregular de tejido fibroso, células gigantes multinucleadas y linfocitos, con rebordes externos de edema e infiltrado astrocitario. El tuberculoma es la forma más frecuente de afección

parenquimatosa del cerebro, y se ha señalado su predilección por asentarse en los lóbulos frontales del adulto⁷.

No se ha registrado en la literatura, hasta donde conocemos, la eclosión del síndrome de Otelo a partir de infección tuberculosa del SNC. Dada tal circunstancia, se presenta este caso clínico.

Caso clínico

Varón de 26 años, con instrucción secundaria, en pareja de hecho, tuvo pobre escolaridad y problemas de conducta: crueldad contra animales, impulsividad y poca tolerancia a la frustración. Proviene de un hogar disfuncional: su padre era alcohólico y violento. Desde los 17 años consumía alcohol, marihuana y pasta básica de cocaína; en los últimos 5 años consumía todos los fines de semana. Afirma haber abandonado dicho consumo por la cirugía craneal que tuvo. Durante su relación conyugal fue también celoso y agresivo.

Tres años antes de la enfermedad actual, sufrió convulsiones tónico-clónicas generalizadas, con relajación de esfínteres, mordedura de lengua y supravisión ocular. Luego de 3 meses sin síntomas, reaparecieron en mayor frecuencia (hasta 10 convulsiones al día). Tras una evaluación médica, fue internado en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de estado convulsivo e hipertensión intracraneal. En su resonancia magnética cerebral de encéfalo, se encontró una «imagen hiperintensa parasagital en la región cerebral frontoparietal derecha, con gran edema vasogénico de aproximadamente 2,5 × 3,5 cm». Fue estabilizado y se le programó una craneotomía parietal derecha, en la que se efectuó la resección de la masa tumoral de aproximadamente 0,5 × 0,5 cm: el estudio anatomopatológico reveló «tejido cerebral con reacción glial e histiocitos con tendencia granulomatosa, compatible con granuloma tuberculoso», por lo que se instauró el esquema de tratamiento antituberculoso del Ministerio de Salud (12 meses). Tras la operación, el paciente recibió profilaxis con carbamazepina 400 mg/día durante 1 año y luego 200 mg/día, aunque la tomaba irregularmente. No tuvo más crisis convulsivas en ese tiempo. Una resonancia magnética de

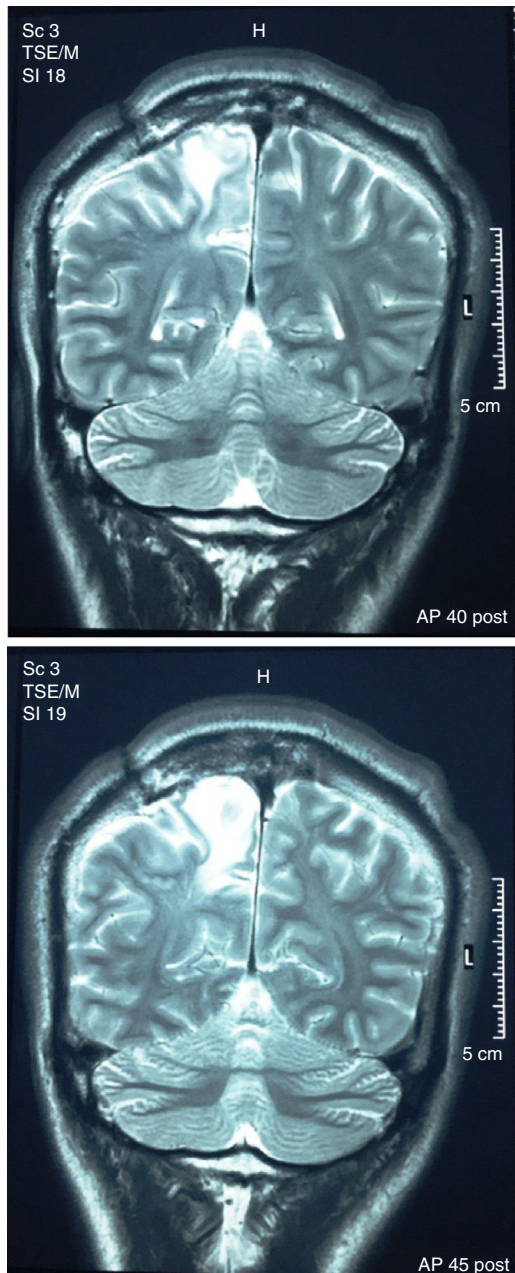


Figura 1 – Resonancias magnéticas del encéfalo (plano coronal en T2 sin contraste) tomadas 4 meses antes de la eclosión de la psicosis y 2,5 años después de la exéresis quirúrgica del tuberculoma. El informe radiológico describe «gran área de edema digitiforme en sustancia blanca parasagital frontal derecha».

control, tomada 4 meses antes de la enfermedad actual, mostraba lesiones residuales en la zona afectada, descritas como «área de edema digitiforme en la sustancia blanca parasagital frontal derecha» (figura 1).

Su enfermedad actual llevaba 3 meses en curso: tras comentarios de un allegado, fue a reclamar a su pareja por conversar demasiado con un vecino. Desde entonces, esta notó que el paciente se mostraba desconfiado e hipervigilante. A veces llegaba temprano a su domicilio desde el trabajo y la

espiaba. Cuando ella lo confrontó, él juzgó su enojo como muestra de falsedad y traición. El paciente empezó a referir supuestos recuerdos de infidelidades pasadas: él habría contemplado años antes actos sexuales de su pareja con diversos hombres, pero habría guardado silencio «por el bienestar de sus hijos». Se incrementó el apetito sexual, con exigencia de filmar los coitos usando su teléfono celular. Se agregaron delirios de infidelidad respecto al propio padre del paciente, con quien la acusaba de acostarse por dinero.

Finalmente, tras una fuerte discusión, el paciente tuvo varias crisis de movimientos clónicos, sin desplomarse al piso, mientras sollozaba con los ojos cerrados y ejecutaba movimientos de defensa, crisis que no se acompañaron de relajación de esfínteres, superversión ocular ni mordedura de lengua, y la recuperación tras ellas fue inmediata y sin secuelas postictales. En esa época, el paciente seguía exigiendo el coito a su esposa, hasta 2 veces al día, con el fin de «evitar nuevas infidelidades».

Se interconsultó a psiquiatría por estas aparentes convulsiones. Al examen mental, resaltaba el ánimo disfórico del paciente aunado a prominentes delirios de infidelidad y paramnesias fantásticas (esto es, experimentaba como si fuesen recuerdos determinados productos de su imaginación: por ejemplo, afirmaba haber visto videos de actos sexuales de su esposa con antiguas parejas suyas, incluso desde la edad adolescente de ella, y describía los coitos con lujo de detalles). No había alucinaciones ni desorganización afectiva o del lenguaje. Amenazaba a su pareja con matarse para que ella fuera a la cárcel. Carecía de introspección sobre su estado. En una tomografía computarizada de control, no se reveló ninguna lesión nueva respecto a la resonancia magnética ya mencionada.

Se inició tratamiento con olanzapina 10 mg/día. Al mes, el paciente presentaba mejoría en su ánimo, pero como los delirios de infidelidad persistían, su pareja se marchó por las agresiones que sufría. Posteriormente se añadieron sulpirida 600 mg y carbamazepina 200 mg y, al menos temporalmente, se observó desaparición de las convulsiones disociativas.

Discusión

No hay una cifra cierta sobre la prevalencia de los celos patológicos ni sobre el trastorno delirante de infidelidad. Soyka, en 2011⁸, registró una frecuencia de delirios de infidelidad del 0,5% de los pacientes psiquiátricos internados. Portugal⁹ encontró en 2008 que 5,5/100.000 habitantes cumplían criterios de trastorno delirante de infidelidad. La literatura estipula que los celos delirantes suelen ser más frecuentes en los varones –aunque evidencia más reciente lo cuestiona– y su prevalencia aumenta con la edad^{4,10}. Por otro lado, se afirma que el 10% de la población general se preocupa regularmente con ideas celotípicas, sin diferencias entre sexos⁴. Entre estos extremos estadísticos, un amplio conjunto de personas padece fenómenos psíquicos relacionados con celos y violencia contra sus parejas. En lo que no cabe duda es que los celos, patológicos o no, son el catalizador más frecuente de uxoricidio en el mundo¹¹.

La frecuencia de cada etiología (psiquiátrica primaria, orgánica o secundaria a sustancias psicoactivas) en el síndrome de Otelo es variable, debido a lo escasas y heterogéneas que son las series de casos, por ejemplo: en la serie reciente de Graff¹², el 69,5% de los casos de síndrome de Otelo correspondía a causa orgánica; otras series hallan una frecuencia de organicidad bastante menor: el promedio oscila alrededor del 30% con esta etiología^{4,13}.

Se ha determinado que las lesiones de ambos hemisferios pueden producir psicosis en similar proporción (pero la afeción temporoparietal derecha muestra un leve predominio), pero en general la psicosis secundaria a lesiones cerebrales focales es rara¹³. Si bien se ha reportado etiología cerebral localizada en un considerable número de casos de síndrome de Otelo, los delirios de infidelidad también han surgido a partir de cuadros no focales como hidrocefalia normotensiva, encefalitis diversas, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer y Parkinson¹⁰. Incluso en cuanto a las lesiones focales, aún hay controversia respecto a si el hemisferio cerebral afectado es determinante. Algunos hallazgos recientes apuntan a una mayor afeción del hemisferio derecho, específicamente el lóbulo frontal¹², precisamente donde los tuberculomas tienden a asentarse más, como en nuestro caso.

Se ha planteado que la mayor frecuencia de lesiones frontales del hemisferio derecho generadoras de psicosis puede explicarse porque esta área cerebral es la encargada del procesamiento de emociones ligadas a estímulos complejos (p. ej., comprensión de las intenciones ajenas en la interacción social o el razonamiento moral) como es el caso de las situaciones ligadas a los celos; con esta área lesionada, sería factible la malinterpretación e integración de estímulos irrelevantes. Al quedar indemne el hemisferio izquierdo cerebral, resultarían desembizadas tendencias instintivas relacionadas con la posesión de la pareja (como la conducta hipererótica de nuestro paciente) y se podría expresar el pensamiento delirante celotípico consiguiente¹¹.

Nuestro paciente había evidenciado desde la etapa premórbida su proclividad a los celos. Se ha identificado que los vínculos inseguros e inestables en la infancia (como los debidos a la violencia doméstica y maltrato en la infancia de nuestro paciente) son un evento predictor de actitudes celotípicas en la adultez⁴. La presencia posterior del amplio tuberculoma, con su correlato de intensa inflamación, además de su naturaleza ocupante de espacio (al punto de que produjo un cuadro de hipertensión intracraneal) y su posterior secuela cicatricial y edematosa, fue el estímulo ineludible para la aparición del cuadro delirante orgánico en nuestro paciente. Debe mencionarse asimismo, como factores adicionales presentes en nuestro caso, que las convulsiones incrementan de modo notable la probabilidad de que se produzca psicosis, del mismo modo que la sensibilización neurobiológica por el consumo prolongado de sustancias psicoactivas, que condiciona modificaciones en la sensibilidad de los receptores de dopamina y glutamato¹³.

Aunque nuestro paciente no cumplía los criterios de episodio depresivo mayor durante su cuadro delirante, era palpable su desmejora anímica. En ese contexto, asomaron fenómenos psicómotors y de alteración de conciencia, diagnosticados

como convulsiones disociativas, tanto por la presentación clínica como por cuanto el electroencefalograma descartó un foco epileptógeno. Cabe señalar, en analogía con el síndrome de Otelo del paciente, que en el conjunto de la obra de Shakespeare se registran 18 desmayos por emociones fuertes, varios compatibles con síncope vasovagal, y hasta con sacudidas mioclónicas que pudieran confundirse con epilepsia¹⁴; en el caso de nuestro paciente, su personalidad psicopática y su organicidad cerebral lo hacían más proclive a la eclosión de estos fenómenos conversivos. Las convulsiones disociativas, también llamadas convulsiones psicógenas no epilépticas, aunque están catalogadas como un diagnóstico *per se* (F44.5; CIE-10), son síntomas que emergen comúnmente como expresión de un conflicto psíquico subyacente: la existencia de convulsiones epilépticas francas no excluye la coexistencia de convulsiones disociativas¹⁵. Entre los factores asociados con este fenómeno, se enumeran el antecedente de maltratos graves en la infancia, depresión, alcoholismo, trastornos de la personalidad e incluso enfermedad cerebral, específicamente del hemisferio derecho, y antecedente de neurocirugía, factores todos ellos que nuestro paciente tenía¹⁶. El tratamiento de las convulsiones disociativas no tiene un estándar psicofarmacológico o psicoterapéutico: en cuanto a lo primero, la medicación es benéfica en la medida que trate condiciones psiquiátricas comórbidas¹⁷. No puede aseverarse que la medicación prescrita haya sido la causa directa de la desaparición de las convulsiones disociativas en nuestro caso; tal vez la separación de la pareja, al dejar de actualizar el conflicto celotípico de nuestro paciente, podría haber abolido la necesidad de estas convulsiones psicógenas como mecanismo de defensa.

El diagnóstico del tuberculoma se basa en la identificación patológica mediante biopsia; sin embargo, la craneotomía y la exéresis directa de la lesión están indicadas cuando se registra incremento de la presión intracraneal, como en el caso de nuestro paciente⁷. El seguimiento del caso, aunque relativamente breve, no mostró reactivación tuberculosa.

Si bien nuestro paciente no llegó a ejecutar conducta suicida ni homicida, como producto de sus celos delirantes incurrió en amenazas verbales, conductas de acoso (*stalking*) y amagos de violencia física contra su pareja; asimismo se disolvió abruptamente su núcleo familiar: al final, sin tratamiento, podría haber arribado a situaciones aún más ominosas. No obstante, a pesar de la gravedad psicopatológica de la celotipia delirante, las agresiones graves que llega a ocasionar son mínimas en comparación con el riesgo psicopático de la violencia de género. En Perú, la prevalencia de vida de violencia física o sexual contra la mujer es del 36%, cifra similar a la registrada en Colombia¹⁸. En Lima, el último estudio metropolitano de salud mental arrojó una prevalencia de vida de cualquier tipo de abuso del 54,7%, una tasa alta pero esperanzadoramente menor a la registrada hace 10 años (65,8%)¹⁹. Nuestro caso, en que se aúnan enfermedad orgánica tuberculosa y conducta celotípica y violenta, ambos problemas de enorme trascendencia en la salud pública del país y América Latina, es una peculiar conjunción de 2 realidades complejas que se intersectan en múltiples ámbitos. Este es el primer caso reportado de síndrome de Otelo secundario a tuberculoma cerebral.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A la psiquiatra Adelguisa Mormontoy, del Hospital Cayetano Heredia, por brindarnos información clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. *Diccionario de la lengua española*. 23.^a ed. Madrid: Espasa; 2014.
2. Hart SL. The ontogenesis of jealousy in the first year of life. En: Hart SL, Legerstee M, editores. *Handbook of jealousy*. London: Wiley; 2010. p. 57–82.
3. Mullen PE. Jealousy: the pathology of passion. *Br J Psychiatry*. 1991;158:593–601.
4. Seeman MV. Pathological jealousy: an interactive condition. *Psychiatry*. 2016;79:379–88.
5. World Health Organization. *Global Tuberculosis Report 2017*. Geneva: WHO; 2017.
6. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. *Informe Operacional 2015*. Lima: Ministerio de Salud; 2016.
7. Malhotra KP, Kulshreshtha D. Pathology of tuberculosis of the nervous system. En: Turgut M, Akhaddar A, Turgut AT, Garg RK, editores. *Tuberculosis of the central nervous system. Pathogenesis, imaging and management*. Cham: Springer; 2017. p. 33–53.
8. Soyka M, Schmidt P. Prevalence of delusional jealousy in psychiatric disorders. *J Forensic Sci*. 2011;56:450–2.
9. Portugal E, González N, Haro JM, Autonell J, Cerrilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur Psychiatry*. 2008;23:125–33.
10. Yusim A, Anbarasan D, Bernstein C, Boksay I, Dulchin M, Lindenmayer J-P, et al. Normal pressure hydrocephalus presenting as Othello syndrome: case presentation and review of the literature. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1119–25.
11. Ortigue S, Bianchi-Demicheli F. Intention, false beliefs, and delusional jealousy: Insights into the right hemisphere from neurological patients and neuroimaging studies. *Med Sci Monit*. 2011;17:RA1–11.
12. Graff-Radford J, Whiwell J, Geda YE, Josephs KA. Clinical and imagined features of Othello's syndrome. *Eur J Neurol*. 2011;19:38–46.
13. Richardson ED, Malloy PF. The frontal lobes and content-specific delusions. En: Salloway SP, Malloy PF, Duffy JD, editores. *The frontal lobes and neuropsychiatric illness*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2001. p. 215–32.
14. Collado-Vázquez S, Carrillo JM. La epilepsia en la literatura, el cine y la televisión. *Rev Neurol*. 2012;55:431–42.
15. Schmutz M. Dissociative seizures — A critical review and perspective. *Epilepsy Behav*. 2013;29:449–56.
16. Milán-Tomás A, Persyko M, Del Campo M, Shapiro CM, Farcnik K. An overview of psychogenic non-epileptic seizures: etiology, diagnosis and management. *Can J Neurol Sci*. 2018;45:130–6.
17. Scévola L, Korman G, Kochen S, D'Alessio L. Crisis no epilépticas de origen psicógeno. *Diagnóstico diferencial con la epilepsia, presentación clínica y abordaje terapéutico*. *Vértex*. 2014;25:266–73.
18. UN Women. *Global database on violence against women* [Internet]. Disponible en: <http://evaw-global-database.unwomen.org/en>. Consultado 26 Mar 2018.
19. Instituto Nacional de Salud Mental. *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012. Informe General*. *An Salud Mental*. 2013; 29 Supl 1.