

MELANCOLÍA Y AUTOMUTILACIÓN GENITAL EN VARÓN DE 77 AÑOS

Dra. Patricia Latorre Forcén¹ / Dra. María Isabel Laporta Herrero² / Dra. Teresa Irene Díez Martín³

¹ FEA Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco. Teruel

² FEA Psicología Clínica

³ PIR Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

RESUMEN

Describimos un caso de un paciente que ingresa en planta de Psiquiatría por intento autolítico mediante automutilación genital en contexto de cuadro melancólico subyacente. Este acto es poco frecuente, por lo que apenas hay casos similares descritos en la bibliografía.

ABSTRACT

We describe a case of a patient who is admitted in our Psychiatric ward because of suicide attempt by genital self-mutilation in context of underlying melancholic symptoms. This act is infrequent, so there are hardly any similar cases described in the literature.

INTRODUCCIÓN

La automutilación genital llevado a cabo por varones, es uno de los comportamientos más raros del mundo. Hasta el momento, se han registrado aproximadamente 125 casos en la literatura clínica que data del siglo XX¹. El primer caso de automutilación fue descrito en 1901 en el que el paciente sufría un trastorno psicótico².

En el hombre, la automutilación ha sido una práctica religiosa desde los tiempos de la Roma antigua. Los sacerdotes romanos tenían a esta costumbre como un sacrificio máximo de la vida sexual a favor de la emoción de un bien supremo³.

A continuación, describimos un caso clínico de un varón de 77 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que realizó un acto de automutilación genital en el contexto de un cuadro de melancolía.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 77 años, soltero, que acude por primera vez a urgencias tras haber realizado amenaza de autolisis (blandió un cuchillo con el que quería "quitarse del medio") en la residencia de ancianos en la que vive. Dos semanas más tarde lo ha reintentado autoagrediendo mediante un cuchillo con el que se ha realizado de madrugada una herida incisa en periné, desde el surco balanoprepucial hasta la piel perineal y escrotal. Tras revisión y cura en quirófano por el cirujano de guardia, se valora la conveniencia de ingreso en planta de Psiquiatría ya que se consigna la existencia de clínica depresiva grave.

No presenta antecedentes psiquiátricos personales ni familiares de interés.

El paciente refiere que desde hace dos semanas siente que el trabajo diario (ducharse, prepararse la ropa...) se le hace cuesta arriba y que no lo puede hacer bien. Apenas descansa y refiere que se siente triste, sobre todo ante acontecimientos recientes: aparición de incontinencia urinaria que no había comentado en la residencia, así como un incidente al intentar retirar 300 euros del banco cuando quería sacar 30. Comenta que con estos hechos ha sentido vergüenza e intensa presión de sufrimiento. En la primera valoración en urgencias de la amenaza suicida, realizó cierta crítica, por lo que se estimó que la clínica depresiva podía tratarse sintomáticamente a nivel ambulatorio, pautando antidepressivo y antipsicótico, así como acompañamiento y supervisión en la residencia.

Notas Clínicas

En la segunda visita a Urgencias está consciente, alerta, orientado y con sonda vesical y con una cura y vendaje perineal. Se muestra colaborador aunque su aspecto y mímica revela tristeza profunda. En su discurso reconoce que continúa “con ideas muy malas que se le pasan por la cabeza”; que ha cogido unas tijeras y que ha comenzado a cortarse el pene y, a pesar del dolor y sangrado, ha continuado. El paciente refiere tristeza y desánimo desde que ha comenzado a ser más dependiente del personal de la residencia “veo mal que me tengan que duchar y hacer las cosas; no quiero ser una carga para los demás”. El tratamiento psicofarmacológico no ha tenido alivio significativo en su malestar y dolor psíquico. No realiza crítica de lo sucedido.

En relación a su personalidad premórbida, tanto familia como paciente, lo describen como extrovertido, sin dificultades para relacionarse con los demás. Era un hombre “muy presumido” y además “le gustaba estar con gente joven.

En la exploración psicopatológica al ingreso se evidenció que el paciente estaba alerta, consciente y orientado tanto auto como alopsíquicamente. Aspecto cuidado y aseado. La entrevista resulta complicada pues es difícil sacarle de sus “ideas negras”, aunque a lo largo del ingreso se constata mejoría en este aspecto; le cuesta mantener la mirada con el entrevistador y se emociona al hablar de su situación actual. Conducta tranquila, con escasa actividad; pasa la mayor parte del tiempo sentado en la silla de su habitación; sale de ella para hacer las comidas y en alguna ocasión para jugar a las cartas con los compañeros. Presenta habla escasa, con vocabulario pobre; tono y modulación de voz acordes al estado de ánimo. Se objetiva bradipsiquia, pobreza de expresiones y discurso monoideista (“no sé cómo voy a salir de esta”). Marcada anhedonia, así como angustia, ansiedad, ideas de minusvaloración y pensamientos negativos “estoy inutilizado, no puedo hacer nada, esto es un desastre. Me he quedado derrumbado del todo, no puedo ni respirar”. Presenta dolor moral característico de la cualidad melancólica de su estado hipotímico. Aqueja insomnio de conciliación e hiporexia sin pérdida ponderal. No se aprecian ideas de muerte activas durante el ingreso. No presenta ideas de-

lirantes u otras alteraciones del contenido del pensamiento. Mantiene adecuada conciencia de enfermedad y juicio de realidad conservado.

Pruebas complementarias: Mini Mental Status Examination, validación española revela puntajes de deterioro (22/35). TAC cerebral se informa de discreta atrofia así como infartos lacunares crónicos en núcleo lenticular y cápsula externa izquierda.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Según la clasificación de la CIE-10 nuestro paciente presentaría un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), en su forma de melancolía involutiva.

DISCUSIÓN DEL CASO

Este caso llama la atención en diferentes aspectos: primero de todo sorprende que una persona de 77 años de edad, sin ningún antecedente psiquiátrico relevante (tanto a nivel personal como familiar) debute con un cuadro tan grave sin existir un desencadenante claro. Nuestro paciente presenta una clara crisis melancólica, precedida por toma de conciencia de pérdida de capacidades. Su tristeza es vital, monótona, profunda, resistente a las solicitudes exteriores, lo que da a la relación con el melancólico endógeno un tono bastante diferente del que se puede establecer con el deprimido neurótico, cuyo dolor parece “menos auténtico, más patético, más en demanda de consuelo o sencillamente de compasión”.

El deseo y la búsqueda de muerte: son constantes en la conciencia melancólica⁴. El suicidio se considera a la vez como una obligación, un castigo necesario y una solución. La posibilidad de suicidio sitúa a todo melancólico en peligro de muerte. En este aspecto haremos especial hincapié, pues nuestro paciente presentó en dos ocasiones ideación autolítica, llegando a ejecutarla en una de ellas, siendo el órgano en el cual se infringió lesiones el pene.

Los primeros investigadores asumieron que todos los pacientes eran psicóticos, dada la naturaleza de sus actos⁵. En un reciente metaanálisis realizado² se encontraron los siguien-

Notas Clínicas

tes resultados en relación a casos de automutilación genital: el diagnóstico psiquiátrico más común fue de trastorno del espectro de la esquizofrenia (23,8%), seguido de trastornos de la personalidad (19%) y abuso de sustancias (19%). Los trastornos del humor fueron muy infrecuentemente descritos: depresión en un 8.9% y trastorno bipolar en un 1.3%. En un 80,2% de los casos se encontró que fue la clínica psicótica presentada la que les llevó a cometer dicho acto, mientras que en un 55,8% fue multifactorial. En relación con casos de automutilación se objetivó que un 19% presentaban clínica delirante, un 14.3% culpa y 9.5% alucinaciones, en individuos con trastornos del espectro de la esquizofrenia o trastorno del humor con clínica psicótica. Como factores precipitantes, princi-

palmente, se encontró un 19% de abuso/intoxicación por sustancias, 14.3% pérdida de soporte social y sensación de rechazo en un 4% de la muestra.

También se distinguieron cuatro características comunes⁶: delirios, especialmente religiosos (síndrome de Klingsor), culpa y conflicto sexual, historia de depresión, a menudo con intentos de suicidio anteriores y privación severa en la infancia con trastornos de personalidad importantes en la edad adulta.

Finalmente concluir diciendo que la automutilación genital, como cualquier otra lesión, no es solo una entidad clínica y ocurre en cualquier condición psiquiátrica con la psicopatología correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Griffiths, M. Private practices: A brief overview of male genital self-mutilation. Case studies. 2012 Jun. Disponible en: <http://www.drmarkgriffiths.wordpress.com/2012/06/21/private-practices-a-brief-overview-of-male-genital-self-mutilation/>
2. Veeder TA, Leo RJ. Male genital self-mutilation: a systematic review of psychiatric disorders and psychosocial factors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017 Jan - Feb; 44:43-50. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2016.09.003. Epub 2016 Sep 14.
3. Taboada, E. Autolesiones. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. 2007; Vol 5(3):8-9
4. Bernad, P., Ey, Henry. Brisset, Ch. Tratado de psiquiatría. 8ª Edición. Barcelona: Editorial Masson; 1994.
5. Rajendra B., Indupur R., Shrishailesh S., Amarkhed, D., Manoranjan, V., Ashish K. Genital self-mutilation in non-psychotic heterosexual males: Case report of two cases. *Indian J Psychiatry*. 2008 Oct-Dec; 50(4): 285-287.
6. Mago, V. Male genital self-mutilation. *Indian J Psychiatry*. 2011 Apr-Jun; 53(2): 168-169.