

# LICANTROPÍA

## TRATAMIENTO EXITOSO CON LITIO DEL PRIMER CASO INFORMADO EN HONDURAS

*Dr. Ramiro Coello-Cortés\* Dr. Rolando Machado\*  
Dr. Carlos Nolasco\* TS Siri Lara de Aiestas\**

La licantropía es un síndrome delirante especial caracterizado por la creencia del paciente de ser un animal salvaje o peligroso. Aunque muy rara en los países industrializados todavía se observa en regiones donde el contacto con animales no domesticados es parte de la vida diaria. Una revisión de la literatura revela que hay muy pocos casos informados de licantropía (16) y que no tiene un tratamiento eficaz. También es notoria la confusión diagnóstica respecto a su etiología. El interés del caso que presentamos reside en que: 1) es el primer informe sobre licantropía publicado en Honduras; 2) la paciente respondió exitosamente al litio proveyéndonos de esta manera con una nueva perspectiva terapéutica; y 3) posee rasgos clínicos interesantes de ayuda diferencial diagnóstica entre la manía y la esquizofrenia.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

La paciente es una mujer de 25 años, casada en cuatro ocasiones, madre de una niña de tres años, admitida con el diagnóstico de "esquizofrenia hebefrénica", que se presenta en Junio de 1980 en la Sesión Clínica del Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza debido a la falta de respuesta a una variedad de tratamientos.

La enferma tiene la creencia de que es una perra: ladra, aulla y se comporta como un canino. Durante la sesión clínica se tira al suelo caminando con

las manos y rodillas imitando un animal. Alega que adquirió poderes sobrenaturales de sus padres, que una vez murió pero que obtuvo el poder de resucitar y que su madre también es una perra. La paciente insiste en que sus "instintos" son de perra y en ocasiones, antes de dormirse, se le ha visto dar tres vueltas para acostarse. Frecuentemente se agita e imita la agresividad propia de los animales salvajes, se torna destructiva mordiendo y golpeando a otras pacientes, expresando además deseos de matar.

Tiene una historia de crisis psicóticas episódicas, estacionales y con remisión completa que ameritaron hospitalización en 1975, 1979 y 1980. Estas crisis se caracterizaron por hiperactividad, habla rápida y apresurada, distractibilidad, fuga de ideas, alucinaciones auditivas y visuales incompletas, falta de sueño, agitación y agresividad tan extrema que es traída al Hospital amarrada por sus familiares. Es necesario aislarla ya que golpea a otras pacientes. El afecto es irritable, disfórico, con risa inapropiada. Hay ideas delirantes secundarias diversas: refiere que es un animal (ladra, imita y grita como varios animales); dice que viene a salvar al mundo; que es hija de una perra; que falleció y resucitó; que tiene poderes obtenidos de sus padres y que sus hijos tienen 100 años. El cuadro clínico además revela autoagresión: se golpea la cabeza contra las paredes, se rompe sus vestidos, se defeca en su ropa y juega con lodo y excrementos. También ha mostrado coprolalia, negativismo ocasional y un juicio muy alterado. Frecuentemente se masturba.

No hay historia de síntomas primarios de Schneider,

\* Miembros del Servicio de Hospitalización de la Unidad Psiquiátrica de Agudos "Dr. Mario Mendoza" Tegucigalpa, D.C.; Honduras.

trastorno formal del pensamiento ni de aplanamiento afectivo.

En los períodos inter-episódicos se ha quejado de cefalea, mareos, nerviosismo leve y tristeza ocasionales; síntomas posiblemente de origen medicamentoso.

La paciente nació de embarazo y parto normales. A los 6 meses de edad tuvo una convulsión febril generalizada. Sin embargo, el resto de su desarrollo psicomotor fue normal y se mantuvo sana hasta los 20 años en que inicia sus síntomas psiquiátricos. Llegó hasta el tercer curso de educación secundaria sin perder año. Se le describe como una persona alegre, sexualmente activa, muy sociable aunque también fácilmente irritable. No hay antecedentes de uso de alcohol, tabaco o psicotrópicos. El padre tiene una historia de ingesta crónica de alcohol. Un hermano de 17 años es tratado en este mismo Hospital Psiquiátrico por síntomas de depresión mayor.

En sus primeras hospitalizaciones la paciente fue manejada con clorpromazina (hasta 1500 mgs por día), tioridazina, promacina, flufenazina, levopromacina, trifluoperazina, diazepam, meprobamato, prometazina, haloperidol, amitriptilina y numerosos electrochoques sin ninguna respuesta terapéutica.

Fue evaluada por el endocrinólogo sin encontrarse una patología médica explicativa de sus síntomas mentales. Un EEG evidenció disfunción cortical mínima compatible con efecto neuroléptico. Los siguientes exámenes se informaron normales: hematológico, VDRL, coproparasitoscópico, urinalisis, T3, T4, PBI, porfobilinógeno, glicemia, urea, creatinina, transaminasas, albúmina y globulinas séricas, radiografía de cráneo, líquido cefalorraquídeo y neumoencefalograma. En las pruebas psicológicas se encontró expansividad e hipersexualidad.

Después de una revisión cuidadosa del historial médico se cambió el diagnóstico inicial de esquizofrenia por el de licantropía superimpuesta en una enfermedad maniaca. De inmediato se inició tratamiento con carbonato de litio (litemias: 0.19, 0.2, 0.21, 0.6, 0.5 y 0.6 mEq/litro) con excelentes

resultados terapéuticos. Al momento de esta publicación, más de tres años después de comenzado el litio, la paciente no presenta recaídas y se encuentra totalmente libre de los síntomas descritos.

## DISCUSIÓN CLÍNICA

El término "licantropía" proviene de la mitología griega en la cual se describe que el Dios Zeus transformó al Rey Licón de Arcadia en un lobo furioso. Referencias del trastorno también se encuentran en la Biblia (Rey Nabucodonosor de Babilonia) y en las historias y leyendas de Europa, la India, África, China, Sur y Centroamérica. En épocas más recientes el síndrome se ha distorsionado clínicamente en las películas de horror. Según la región, la transformación zooantrópica incluye animales como leopardos, leones, elefantes, cocodrilos, perros, lobos, tiburones, búfalos, águilas y serpientes.

Con frecuencia, la conducta de estos pacientes es tan aberrante, agresiva, destructiva y completamente caótica que suele llevar al vulgo a cazarlos como verdaderos animales y a los profesionales a clasificarlos como esquizofrénicos. Similarmente, su conducta sexual es muy anormal con hipersexualidad que se manifiesta en múltiples compañeros sexuales, masturbación frecuente y zoofilia (16).

De las distintas causas conocidas de licantropía (Cuadro 1), la sintomatología de esta paciente encaja en un cuadro de manía (3, 12, 14, 18). Los datos semiológicos diferenciales con la esquizofrenia (1,2,5,9,10,13,15,17,19) se presentan en el cuadro 2.

La manía es una enfermedad periódica, recurrente, con frecuencia cíclica (7) que se caracteriza por hiperactividad, habla rápida y apresurada y afecto disfórico o eufórico (11). La hipersexualidad, la hipergrafía, la distractibilidad y la falta de autococimiento también son síntomas prominentes (12). En este trastorno no hay amnesia, déficit intelectual, desorientación, pérdida de la consciencia ni cambios anatómicos cerebrales (18). Al igual que la esquizofrenia suele comenzar en la adolescencia, hay alteración severa del juicio, conducta extravagante, alucinaciones e ideas delirantes, poca cooperación por parte del paciente y una pobre respuesta

terapéutica a la electroterapia. Su tratamiento de elección es el litio (4, 6, 8) y la hospitalización inmediata.

#### CONCLUSIONES

Nuestra paciente sufría de licantropía secundaria a una manía. Durante el curso de las tres hospitalizaciones presentó los signos cardinales clásicos asociados a estos dos trastornos. Una comprobación diagnóstica de manía se determinó con la mejoría permanente con el carbonato de litio. En dos ocasiones en que trató de suspenderse el medicamento

hubo un empeoramiento inmediato del cuadro clínico. La expansividad y la hipersexualidad encontradas en las pruebas psicológicas también fueron indicativas de manía. Un mes después de haber discontinuado los neurolépticos se encontró una normalización del EEG (Julio de 1980) comprobándose el efecto adverso de dichos tranquilizantes. Aunque la manía corrientemente se confunde con la esquizofrenia, todo buen clínico debe hacer un esfuerzo minucioso para distinguir las, sobre todo debido al excelente pronóstico de la manía tratada con litio.

CUADRO No. 1

CAUSAS COMUNES DE LICANTROPIA
MANIA
EPILEPSIA DEL LOBULO TEMPORAL
DEPRESION MAYOR PSICOTICA
DEMENCIA CORTICAL
ESQUIZOFRENIA (rara)

CUADRO No. 2

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA MANIA CON LA ESQUIZOFRENIA		
	MANIA	ESQUIZOFRENIA
1. Inicio	Súbito	Insidioso
2. Curso	Episódico, recurrente. Remisión completa	Remisión incompleta Síntomas psicóticos residuales
3. Ciclos	Crisis cíclicas Estacionales	No hay, exacerbaciones únicamente
4. Personalidad Premorbididad	Normal A veces hipomaníaca, depresiva o ciclotímica	Esquizoide
5. Estado civil	Casado	Solterón
6. Historia familiar	Manía, depresión mayor, alcoholismo, obesidad, hipertensión esencial	Esquizofrenia
7. Afecto	Irritable, disfórico, agresivo, eufórico	Aplanado, frío, inapropiado, distante
8. Conducta	Intrusión social Hipersexual Fugas del hospital Hiperactivo Abuso de alcohol o drogas	Aislamiento social Hiposexual Indiferente, insociable Disquinético Raramente abuso de alcohol o drogas
9. Alucinaciones visuales	No son infrecuentes	Muy raras
10. Pensamiento	Fuga de ideas. Ideas delirantes grandiosas, persecutorias	No secuencial Agramatismo Tangencial Parafasias Errores sintácticos
11. Deterioro Social	Leve o ninguno. Intermitente	Severo y progresivo
12. Respuesta terapéutica con litio	Excelente Efecto profiláctico	Ninguna

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. ABRAMS R, TAYLOR MA, GASTANAGA P: Manic-depressive illness and paranoid schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 31:640-642,1974.
2. ABRAMS R, TAYLOR MA: Mania and Schizoaffective disorder, manic type: a comparison. *Amer. J. Psychiatry* 133:1445-1447,1976.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd Edition, Washington, 1980.
4. ANANTH J, PECKNOLD-JC: Prediction of Lithium of Lithium Response in Affective Disorders. *J. Clin. Psychiatry* 39:95-100,1978.
5. ANDREASEN, NC: Affective Flattening and the Criteria for Schizophrenia. *Amer. J. Psychiatry* 136: 944-947, 1979.
6. BARCHAS JD, BERGER PA, CIARANELLO RD, ELLIOT GR: Psychopharmacology: From theory to practice. New York: Oxford, 1977.
7. CARLSON G, GOODWIN F: The Stages of Mania. *Arch. Gen. Psychiatry* 28:221-288,1973.
8. CARROLL, BJ: Prediction of Treatment Outcome with Lithium. *Arch. Gen. Psychiatry* 36:870-878, 1979.
9. COELLO—CORTES, R: Criterios Diagnósticos de las Psicosis Funcionales. X Congreso Centroamericano de Psiquiatría. Tegucigalpa, Honduras, Dic. 1978.
10. COELLO-CORTES, R: Clasificación Clínica de las Psicosis. I Seminario de Educación Médico-Psiquiátrica Continua. Tegucigalpa, Honduras, Ago. 1979.
11. COELLO-CORTES, R: Bases Neuropsicológicas de la Conducta. Folleto. Departamento de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, 1981.
12. COELLO-CORTES R, GARCÍA A, GORDO VES B: Escala Clínica de Manía. III Seminario de Educación Médico-Psiquiátrica Continua. Tegucigalpa, Honduras, Ago. 1981.
13. FEIGHNER JP, ROBINS E, GUZE SB, WOODRUFF RA, WINOFUR G, MUÑOZ R: Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch. Gen. Psychiatry* 26:57-63,1972.
14. HAMILTON, M: Fish's Clinical Psychopathology. Bristol: Wright, 1974.
15. REICH LLT, DAVIES RK, MMEELHOCH JM: Excessive Alcohol Use in Manic Depressive Illness. *Amer. J. Psychiatry* 131:83-86,1974.
16. ROSENSTOCK HA, VINCENT KR: A case of Lycanthropy. *Amer. J. Psychiatry* 134:1147-1149, 1977.
17. TAYLOR MA, ABRAMS R: A Critique of the St. Louis Psychiatric Research Criteria for Schizophrenia. *Amer. J. Psychiatry* 132:1276-1280,1975.
18. WINOKUR GW, CLAYTON PJ, REICHT: Manic-Depressive Illness. St. Louis: Mosby, 1969.
19. WOODRUFF RA, GOODWIN DW, GUZE B: Psychiatric Diagnosis. New York: Oxford, 1974.