



Reporte de caso

Síndrome referencial olfatorio (SRO): a propósito de un caso

José Antonio Rabadán*

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de marzo de 2013

Aceptado el 24 de abril de 2013

Palabras clave:

Bullying

Síndrome referencial olfatorio

Trastorno de la personalidad

paranoide

Esquizofrenia

R E S U M E N

Paciente de 34 años que, tras un continuo de visitas médicas a diferentes especialidades, consulta en la unidad de psiquiatría por *bullying* (acoso escolar). El principal motivo de acoso, exclusión y burla es el olor corporal que desprende. La remisión de informes de otras especialidades nos indica que queda descartada cualquier afección dermatológica y ninguna de las otras enfermedades propuestas por la paciente. La entrevista clínica psiquiátrica, así como la utilización de otras técnicas de evaluación y diagnóstico, nos sugirió la realización de un diagnóstico diferencial entre el cuadro obsesivo compulsivo y la psicosis monosintomática.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.

Todos los derechos reservados.

Olfactory Reference Syndrome (ORS): Presentation of a Case

A B S T R A C T

A 34 year old patient who was seen in the Harassment Psychiatry Unit after a series of medical visits to different specialties. The main reason for his harassment, exclusion and derision was due to his body odor. The reports issued by the other specialties ruled out any dermatological pathology, and any of the other conditions proposed by the patient. The psychiatric clinical interview, including the use of other evaluation and diagnostic techniques, suggested a differential diagnosis between a compulsive obsessive picture and mono-symptomatic psychosis.

© 2013 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.

All rights reserved.

Keywords:

Bullying

Olfactory reference syndrome

Paranoid personality disorder

Schizophrenia

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrabadan@um.es (J.A. Rabadán).

Introducción

El síndrome referencial olfatorio (SRO) se encuentra clasificado en el DSM-IV y en el CIE-10 como una de las variedades del tipo somático del trastorno delirante, y se define por la creencia del individuo respecto a la emisión de un olor desagradable proveniente de su propio organismo y que los demás pueden advertir.

Más del 75% de los pacientes con este síndrome interpreta erróneamente gestos y palabras ajenas, lo que acaba conduciéndolos a aislamiento y discapacidad social en considerable proporción.

En alrededor del 40% de los casos de SRO se ha declarado comorbilidad con ansiedad o depresión y, pese a la escasa evidencia que liga el SRO con la esquizofrenia como desenlace, esta se puede dar si no se diagnostica y se trata a tiempo y se agudizan así los delirios y las alucinaciones.

Caso clínico

Mujer de 34 años, estudiante universitaria y oriunda de Bolivia, solicitó ayuda en continuas ocasiones y a un gran número de profesionales ante la discriminación que decía estar viviendo debido a su olor corporal. Nuestra paciente destacaba que ella podía percibir su olor «a vela quemada», y asumía que era debido a alguna enfermedad dermatológica de sus pies, lo que explica continuas visitas a dermatología hasta que se le atribuyó hiperhidrosis localizada en extremidades inferiores, descartada en revisiones posteriores.

Su agobio por este problema mermó su rendimiento académico, así como sus relaciones sociales, pues no soportaba la idea de que su olor corporal fuera motivo de exclusión y burla por parte de los demás, concretamente de sus compañeros de clase. Esto la llevó a consultar a distintos profesionales y plantearles un caso de *bullying*, pero el hecho de que las dificultades en las relaciones sociales no solo quedaran circunscritas al ámbito académico, unido a la percepción de la paciente de que todos la observaban, los profesores le dirigían miradas de rabia, los vecinos la escupían, etc., llevó a considerar la posibilidad de que pudiera no existir tal acoso del que decía sentirse víctima y que se tratara de una construcción mental subjetiva. Asimismo, pese a que exponía como principal motivo de burlas el olor corporal que desprendía, se evidenciaba que esto no es más que una percepción irreal de la joven, por lo que los especialistas plantearon entonces un posible SRO.

Lo cierto es que el SRO se plantea como una entidad que pone en tensión los sistemas de clasificación actuales, al tiempo que se instala en la incómoda frontera entre el mundo obsesivo compulsivo y la psicosis monosintomática.

Resultados

Antes de la obtención de conclusiones y de diagnóstico diferencial, se realizó una serie de pruebas por profesionales de distintas especialidades:

Beck Depression Inventory (BDI)

Este inventario se empleó en una de sus primeras consultas para detectar si la actitud de la paciente respondía a una depresión y, si así fuera, medir su gravedad. Tras su aplicación, quedó constatada una depresión moderada al obtener una puntuación de 19.

Electromiografía (EMG)

Esta técnica, indicada para la evaluación y registro de la actividad eléctrica producida por los músculos esqueléticos, fue solicitada por el servicio de neurología para descartar anomalías en la función simpática y parasimpática. En este caso no se detectan signos electromiográficos sugestivos de disautonomía en estudio realizado.

TCI-R de Cloninger

Tras aplicarlo, el TCI-R proporciona un perfil descriptivo acerca del carácter y el temperamento del paciente.

Perfil temperamental

En las tres áreas que se tiene en cuenta para la configuración de este perfil (Búsqueda de novedad, Evitación del riesgo y Dependencia de la recompensa), la paciente ha obtenido una puntuación baja (el 20, el 18 y el 33% respectivamente).

Perfil del carácter

El perfil que describe el carácter se valora a partir de las dimensiones Autodirección (23%) y Cooperación (33%). La primera se configura con las escalas Responsabilidad frente a Proyección de la culpa (30, bajo), Determinación frente a Ausencia de metas (21, bajo), Autoeficacia frente a Inercia (19, alto), Autoaceptación frente a Competitividad (33, bajo), Hábitos congruentes frente a Malos hábitos (33, bajo).

Discusión

El análisis de los resultados obtenidos, a partir de los diferentes medios de evaluación empleados, nos permite concluir que la paciente presenta un SRO. El síntoma nuclear con el que cursa esta afección es la vehemente preocupación por el mal olor corporal. Lo cierto es que hay consenso respecto al síntoma nuclear, pero persiste la controversia en cuanto a si esta proposición reviste carácter delirante en todos los casos y si existe un correlato alucinatorio a tal idea.

Los síntomas descritos los presenta la paciente, quien ha elaborado una construcción mental irreal a partir de la cual considera que sus compañeros, docentes y vecinos la miran mal, la insultan y demás.

En la visita realizada a nuestro servicio, la paciente indicó que las personas de su vecindario le escupen o que sus compañeros le dicen al oído que huele mal y la graban con el teléfono móvil. La percepción subjetiva de discriminación^{1,2} que presenta la ha llevado a convertirse en una persona sus-

picaz, que encuentra doble sentido en cualquier comentario o actuación.

Como indican Cruzado et al³ (2012), «un síntoma prominente del SRO es el sentimiento de vergüenza: más del 75% de los pacientes interpreta referencialmente gestos y palabras ajenas —hasta del tipo más peregrino—, lo que acaba conduciéndolos al aislamiento y discapacidad laboral y social en considerable proporción: en la serie de Pryse-Phillips apenas el 3% de los afectados llevaba una vida social activa».

La evolución del trastorno ha sido tal que ha constituido una interferencia en su vida, con incapacidad para establecer adecuadas relaciones sociales y dificultad para concentrarse en sus estudios como consecuencia de la gran ansiedad y desconfianza que sufre.

Un problema fundamental es el deslinde de la naturaleza del delirio: en la psiquiatría angloamericana su concepción se restringe a un error del juicio, mientras que la psiquiatría europea continental engloba además fenómenos ideoafectivos y perceptivos (intuiciones, interpretaciones, ilusiones, exaltación pasional e imaginativa) en el seno del fenómeno delirante.

Llama poderosamente la atención en el caso clínico, por sólo mencionar algunas características diferenciales, que los delirios somáticos sufridos por la paciente impactan en su vida en general, mientras que en los otros tipos de trastornos delirantes la afectación está circunscrita^{4,5}: asimismo nuestra paciente buscó atención médica reiterada, mas no psiquiá-

trica, desde luego. Adicionalmente, en los cuadros delirantes somáticos no se verifica la afectividad suspicaz o irritable propia del resto⁶, sino que predominan los sentimientos de humillación o vergüenza⁷, respecto a los cuales nos falta un mayor escrutinio fenomenológico.

B I B L I O G R A F Í A

1. Achotegui J. Migración y crisis: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Rev Int On-line*. 2008;1:1-22.
2. Collazos F, Qureshi A, Antonín M, Tomás-Sábado J. Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papeles del Psicólogo*. 2008;3:307-15.
3. Cruzado L, Cáceres-Taco E, Calizaya JR. Acerca de un caso de síndrome referencial olfatorio. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40:234-8.
4. Salavert J, Berrospi M, Miralles ML, Dueñas RM, Tiffon ML, San Molina L. El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 2003;30:304-13.
5. Lochner C, Stein DJ. Olfactory Reference Syndrome: Diagnostic criteria and differential diagnosis. *J Postgrad Med*. 2003;49:328-31.
6. Pryse-Phillips W. An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr Scand*. 1971;47:484-509.
7. Feusner JD, Phillips KA, Stein DJ. Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V. *Depress Anxiety*. 2010;27:592-9.