

Síndrome de referencia olfativo: revisión histórica y clínica a propósito de un nuevo caso

José Ángel Portera, José Manuel Jaquotot Arnáiz y Rogelio Luque Luque

Unidad de hospitalización psiquiátrica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Desde comienzos del siglo XX se ha descrito la existencia de alucinaciones olfativas junto a delirios de referencia secundarios en sujetos con rasgos “sensitivos” de la personalidad. Desde entonces, se debate si estos síntomas constituyen una “entidad nosológica independiente” o, por el contrario, son sólo un síndrome que aparece en distintos trastornos psiquiátricos. En este sentido, se han propuesto unos criterios diagnósticos a partir de los casos clínicos coincidentes publicados en la literatura. Pryse-Philips, en su trabajo sobre las alucinaciones olfativas, estableció el diagnóstico diferencial de este síndrome respecto a la esquizofrenia, la depresión y la epilepsia focal.

En este trabajo, se expone el caso de una paciente de 18 años que está convencida de desprender mal olor corporal y presenta conductas repetitivas de limpieza asociadas. Además, muestra unas ideas de referencia sensitiva que conducen a un importante retraimiento social como consecuencia de los sentimientos de malestar y vergüenza que experimenta ante la presencia de otras personas. Esta conducta coincide con la denominada por Pryse-Philips *contrite reaction*, caracterizada por la vergüenza y el desconcierto causados por los delirios.

Aunque la paciente afirma que ella “no nota su mal olor”, está convencida de que los demás lo perciben. Estas particularidades psicopatológicas se traducen en la dificultad para diferenciar en la práctica clínica las alteraciones sensorio-perceptivas de tipo olfativo de los delirios de contenido olfativo.

Palabras clave:

Síndrome de referencia olfativo. Historia. Clínica.

Olfactory reference syndrome: a historical and clinical review apropos of a new case

From beginning of the 20th century there has been described the existence of olfactory hallucinations close to secondary delusions of reference in subjects with “sensitive” features of the personality. Since then, it is debated if these symptoms constitute a “independent nosological entity” or, on the contrary, they are only a syndrome that appears in different psychiatric disorders. In this respect, there have been proposed a few diagnostic criteria from the clinical coincidental cases published in the literature. Pryse-Philips, in his work on the olfactory hallucinations, established the differential diagnosis of this syndrome with regard to the schizophrenia, the depression and the focal epilepsy.

In this work, there is exposed the case of a 18-year-old patient who is sure to detach badly corporal smell and to present repetitive conducts of cleanliness associated. In addition, she shows a few ideas of sensitive reference that they lead to an important social seclusion as consequence of those of feelings discomforts and shame that experiments with the presence of other persons. This conduct coincides with the named by Pryse-Philips as “*contrite reaction*”, characterized by the shame and the confusion provoked by the delusions.

Though the patient affirms that she “does not notice her evil smell”, she is sure that the others perceive it. These psychopathological particularities are translated in the difficulty to separate in the clinical practice, sensorio-perceptive alterations of olfactory type from the delusions of olfactory content.

Key words:

Olfactory reference syndrome. History. Clinical aspects.

Correspondencia: Dr. J.A. Alcalá.
Hospital Universitario Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: jalcala@andaluciajunta.es

INTRODUCCIÓN

Desde comienzos del siglo XX diversos autores han propuesto que existen alucinaciones olfativas primarias asociadas a un estado delirante crónico secundario. Por ejemplo, la psiquiatría francesa^{1,2} denominó *delire à base olfactive* al síndrome de alucinaciones olfativas primarias que conducen a un delirio generalmente de referencia o de persecución. En Alemania, Popella et al³ describieron 2 casos de “alucinaciones olfativas monosintomáticas” (no esquizofrénicas) que relacionaron con las aportaciones previas de otros autores como la *Überwertigkeitswahnpsychose* de Birnbaum⁴ –basada en el caso de un chico de 13 años que se quejaba de halitosis–, la paranoia hipocondríaca de Reichardt⁵ (*hypochondrische paranoia*) y la alucinosis monosintomática de Mayer-Gross⁶ (*monosymptomatische Geruchshalluzinose*).

Videbech⁷ describió extensamente 5 casos de lo que denominó “síndrome olfativo paranoide crónico”, una forma especial de desarrollo sensitivo de la personalidad caracterizado por ideas paranoides de desprender mal olor corporal, aunque no en todos los casos se acompañan de alucinaciones olfativas. La personalidad previa se caracteriza por rasgos sensitivos, perfeccionistas y obsesivos, junto a unos marcados sentimientos de inferioridad.

Con estos antecedentes, Pryse-Philips⁸, en su trabajo sobre las alucinaciones olfativas, introdujo el término “síndrome de referencia olfativo” para referirse a las alucinaciones olfativas intrínsecas y desagradables junto a una reacción de vergüenza, culpa y malestar denominada *contrite reaction*. Este síndrome es más frecuente en varones jóvenes y, en algunas ocasiones, puede acompañarse de síntomas depresivos secundarios a las alucinaciones olfativas o de ideas de referencia sensitiva o delirios secundarios poco sistematizados, sobre todo ante la presencia de otras personas. Pryse-Philips sostenía que este síndrome puede incluirse en el delirio sensitivo de referencia descrito en 1918 por Kretschmer⁹, en que se define el mal olor corporal como la “experiencia fundamental”. Kretschmer definió la personalidad de estos pacientes como de “extraordinaria blandura, afectiva, debilidad, vulnerabilidad y cierta ambición y obstinación”. Otros autores, como Henderson et al¹⁰, mencionan la asociación entre “alucinaciones de olores desagradables” y la culpa en relación con la sexualidad.

Malasi et al¹¹, por ejemplo, describen el caso de un varón de 33 años con síndrome de referencia olfativo, abusos sexuales sufridos durante la adolescencia y rumiaciones posteriores a la idea de ser “un perverso sexual”. Si el síndrome de referencia olfativo es verdaderamente una “entidad nosológica propia” o forma parte en su totalidad de la sintomatología de otras enfermedades psiquiátricas es todavía un tema controvertido.

Se han descrito casos de este síndrome, que se considera una presentación atípica de la sintomatología en un paciente esquizofrénico o con enfermedad afectiva bipolar¹². Inicialmente se consideraba este síndrome como una subcategoría de la psicosis hipocondríaca monosintomática y, en este sentido, se englobó dentro del término bromidrosifobia¹³ para referirse a pacientes que “sienten que tienen un olor corporal horrible”. Bourgeois¹⁴ habla también del término autodisomofobia para referirse al “temor obsesivo o convicción delirante de oler mal”.

Otros autores¹⁵ incluso han propuesto criterios diagnósticos según la similitud de algunos casos clínicos recogidos en la literatura. Dentro de estos criterios, se incluye la preocupación por un olor corporal imaginario (incluida la halitosis), que persiste a pesar de los razonamientos en contra, y no se considera imprescindible que se manifiesten alucinaciones olfativas. Además se intenta especificar si en algún momento el paciente reconoce lo “excesivo o poco razonable” de su preocupación. En este sentido, se considera que el síndrome de referencia olfativo podría diagnosticarse también como un “trastorno obsesivo-compulsivo con pobre *insight*”¹⁶. Muchas veces en la práctica clínica resulta difícil clarificar cuando una idea obsesiva llega a adquirir el carácter de delirante. Por ejemplo, esto ocurre con las preocupaciones hipocondríacas o los celos patológicos. Stein et al¹⁶ hacen referencia en su artículo a 2 pacientes con “síndrome de referencia olfativo” con pensamientos “intrusivos” acerca del olor corporal y conductas de limpieza repetitivas, que podrían incluirse dentro del espectro obsesivo.

La psiquiatría japonesa ha identificado el síndrome delirante olfativo con el *taijin-kyofu-sho* (ansiedad social), una categoría similar a la fobia social con la diferencia de que en la primera los pacientes temen molestar o perturbar a los demás con el mal olor supuestamente desprendido¹⁷.

En otros casos los síntomas olfativos (alucinaciones intrínsecas) están relacionados primariamente con afecciones orgánicas, como un foco epiléptico en el lóbulo temporal mesial¹⁸, principalmente, y a partir de aquí desarrollarse el síndrome.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 18 años de edad que convive en el domicilio familiar con sus padres y una hermana mayor. Sin actividad laboral actual, sólo trabajó como asistente domiciliaria durante unas semanas, pero abandonó el trabajo por iniciativa propia.

Dejó de asistir al colegio con 15 años; cursó estudios hasta segundo curso de ESO. No presenta antecedentes somáticos ni hábitos tóxicos conocidos. Su madre ha precisado en dos ocasiones

ingreso psiquiátrico por ideas delirantes de perjuicio respecto al vecindario; se le diagnosticó trastorno de ideas delirantes.

La paciente refiere que hace aproximadamente 4 años su antiguo novio rompió sentimentalmente con ella porque “yo olía siempre mal”. Empezó a preocuparse por su olor corporal cuando su novio le preguntó en una ocasión si se había duchado ese día. También expresa que sus compañeros pensaban que “ella olía mal” y el resto de la gente se lo demostraba tocándose la nariz o poniendo cara de asco. Desde entonces pasa horas dentro del cuarto de baño aseándose, en especial lavándose axilas y genitales. Evita salir a la calle porque siente que la gente la mira y “se tapa la nariz cuando pasan a mi lado porque notan que huelo mal, pero yo no me huelo mal”. Durante el ingreso hospitalario se realizaron exploraciones complementarias mediante analítica, electroencefalograma y tomografía computarizada craneal, sin objetivarse alteraciones significativas, salvo elevación de prolactina sérica en relación con el tratamiento recibido con neurolépticos. Tras su estancia hospitalaria, la certidumbre sobre su sintomatología psicótica seguía intacta, aunque con menor presión sobre su conducta y mayor distanciamiento emocional.

DISCUSIÓN

En el caso anteriormente expuesto vemos reflejado el convencimiento de la paciente sobre su mal olor corporal, que permanece inmodificable desde hace unos años, y que presenta ideas de referencia sensitiva, que le causan retraimiento social y reacción de vergüenza y malestar ante otras personas. A diferencia del “síndrome de referencia olfativo”, descrito por Pryse-Philips⁸, no se aprecian alucinaciones olfativas, pero la enferma tiene el convencimiento delirante de que las otras personas “sí la huelen mal”, por lo que puede haber la posibilidad de que además de sus ideas delirantes tenga verdaderas alteraciones sensorio-perceptivas de tipo olfativo que nosotros aún no hayamos identificado claramente. Como ya han aportado algunos autores¹⁹, en muchas ocasiones los fenómenos olfativos se componen de una combinación de ilusiones y alucinaciones que se integran con los delirios para constituir un sistema delirante. Es importante resaltar el contraste existente entre lo anterior y los cuadros secundarios a afección somática, principalmente crisis epilépticas, donde las alucinaciones olfativas suelen ser fenómenos elementales y muchas veces sin significación precisa. En otras ocasiones a partir de estas alucinaciones olfativas, hemos visto que también puede desarrollarse un síndrome de referencia olfativo¹⁸.

Hay muchas similitudes en este caso con el “síndrome olfativo paranoide crónico” descrito por Videbech⁷, principalmente la interpretación de los actos de los demás como alusiones al mal olor y el alivio que sienten

los pacientes cuando se encuentran a solas o dentro de su círculo familiar.

Por último, otro aspecto a destacar desde el punto de vista clínico en este caso son las conductas de limpieza repetitivas, que, como afirman Stein et al¹⁶, podrían incluirse dentro del espectro obsesivo. Aunque vemos claramente que nuestra paciente parece haber perdido el sentido de absurdidad, que caracteriza a toda idea obsesiva, para adquirir la certeza total sobre sus creencias y sin ninguna conciencia de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gelma E, Stroehlin G. Délire de persecution á bâte hypochondriaque à debut d'hallucinose [disertación]. CR 22ème Congrès de Médecins Alienistas et Neurologistes de France. Tunis, 1912.
2. Gelma E. L'olfaction et la psychiatrie. *Vie Médicale*. 1927;8:861-3.
3. Popella E, Greger J. Geruchswahn und Geruchshalluzinose. *Psychiatria et Neurologia*. 1965;149:171-81.
4. Birnbaum K. Pathologische Überwertigkeit und Wahnbildung. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 1915;37:39-80 y 126-41.
5. Reichardt M. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie*. Jena: Fischer; 1918.
6. Mayer-Gross W. Die Sinnesanomalien. En: Bumke O, editor. *Handbuch des Geisteskrakheiten*. Vol IX, 5. Berlin: Springer Verlag; 1932. p. 318-20.
7. Videbech T. Chronic-olfactory paranoid syndromes. A contribution to the psychopathology of the sense of smell. *Acta Psychiatr Scand*. 1966;42:183-213.
8. Pryse-Philips W. An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr Scand*. 1971;47:484-509.
9. Kretschmer E. *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Triacastela; 2000.
10. Henderson D, Gillespie RD. *Textbook of Psychiatry* (revised by I. Batchelor). London: Oxford University Press; 1969. p. 106.
11. Malasi TH, El-Hilu SR, Mirza IA, El Islam MF. Olfactory delusional syndrome with various aetiologies. *Br J Psychiatry*. 1990;156:250-60.
12. Luckhaus C, Jacob C, Zielasek J, Sand P. Olfactory reference syndrome manifests in a variety of psychiatric disorders. *Int J Psychiatry*. 2003;7:41-4.
13. Bishop ER. An olfactory reference syndrome-monosymptomatic hypochondriasis. *J Clin Psychiatry*. 1980;41:51-9.
14. Bourgeois M. Autodysosmophobia and olfactort reference syndrome: seven cases histoires. *Ann Med Psychol*. 1973;2:353-76.
15. Lochner C, Stein DJ. Olfactory reference syndrome: Diagnostic criteria and differential diagnosis. *J Postgrad Med*. 2003;49:328-31.
16. Stein DJ, Le Roux L, Bouwer C, Van Heerden B. Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive spectrum disorder?: Two cases and a discussion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1998;10:96-9.
17. Tada K, Kojima T. The relationship of olfactory delusional disorder to social phobia. *J Nerv Ment Dis*. 2002;109:45-7.
18. Devinsky O, Khan S, Alper K. Olfactory reference syndrome in a patient with partial epilepsy. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*. 1998;11:103-5.
19. Luque R. Alucinaciones olfativas: análisis histórico y clínico. *Archivos de Psiquiatría*. 2003;66:213-30.