



## SÍNDROME DE OTELO. PRESENTACIÓN DE CASO

**Autores:** Mailen Molero Segrera<sup>1</sup>, Rafael Salvador Santos Fonseca<sup>2</sup>, Pedro Rafael Casado Méndez<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Medicina General Integral y Psiquiatría, Departamento de Asistencia Médica, Policlínica Universitaria Francisca Rivero Arocha, Manzanillo, Granma, Cuba. e-mail: [rafaelmendezpinilla@gmail.com](mailto:rafaelmendezpinilla@gmail.com)

<sup>2</sup> Medicina General Integral y Cirugía General, Departamento de Cirugía General, Hospital Provincial Universitario Celia Sánchez Manduley, Manzanillo, Granma, Cuba.

<sup>3</sup> Medicina General Integral y Cirugía General, Departamento de Cirugía General, Hospital General Mariano Pérez Balí, Manzanillo, Granma, Cuba.

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de Oteló es un trastorno psiquiátrico de idea delirante típicamente celotípica. **Objetivo:** Analizar las pautas diagnósticas en el Síndrome de Oteló a partir de un caso típico. **Método:** Se consultó bibliografía actualizada hasta el 2016 sobre las pautas diagnósticas en el síndrome de Oteló y los avances sobre su etiología y tratamiento. **Resultados:** Se presenta el caso de un hombre de 51 años, padre de familia, profesor prestigiado, que después de un escándalo público acude a consulta de psiquiatría con su esposa. En consulta se vio un paciente orientado, de buenos modales, sin pérdida de los hábitos higiénicos, sin trastornos de las esferas motora, afectiva o cognoscitiva. La esposa refiere estar sometida continuamente a interrogatorios e insultos por una fuerte sensación de infidelidad conyugal que nunca se ha podido probar. En esta ocasión el motivo de la riña volvieron a ser los celos infundados llegando a agredir físicamente a sus hijos y esposa, situación que no sucede por primera vez. Al término del seguimiento y tratamiento con risperidona se observa mejoría clínica concluyéndose el caso como un trastorno de idea delirante celotípica, la cual es reconocida como síndrome de Oteló. **Conclusiones:** El síndrome de Oteló no ha variado las pautas de diagnóstico incluyendo antipsicóticos atípicos en la terapéutica habitual.



## INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional para la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su sede de Ginebra en septiembre de 1989. La esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes se codifican como F20-F29; siendo los trastornos delirantes persistentes codificados como F22. El trastorno delirante se codifica como F22.0.<sup>1</sup>

La palabra "delirio" se utiliza, tanto para referirse al cuadro orgánico (confusional) también conocido como delirium, como para hacer alusión al trastorno del pensamiento caracterizado por ideas delirantes. Esto motivó el cambio del término en el CIE-10 (versión en español) por el de ideas delirantes. Sin embargo, los términos delirio y delirante son usados en el manual oficial de la OMS. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLDP) propone el uso de "delusiones", "delusivos" e "ideas delusivas" en reemplazo de los términos "delirios", "delirantes" e "ideas delirantes".<sup>2</sup>

Los trastornos delirantes persistentes comprenden una diversidad de trastornos en los cuales los delirios de larga duración constituyen su única, o la más visible, característica clínica, y que no pueden ser clasificados como trastornos orgánicos, esquizofrénicos o afectivos.<sup>3</sup> El trastorno delirante está caracterizado por el desarrollo de un delirio único o de un conjunto de delirios relacionados entre sí, los cuales son habitualmente persistentes y a veces duran toda la vida. El contenido del delirio (o de los delirios) es muy variable.<sup>4</sup> Las alucinaciones auditivas claras y persistentes (voces), los síntomas de esquizofrenia tales como los delirios de control, el aplanamiento marcado del afecto y la evidencia definida de enfermedad cerebral son incompatibles con este diagnóstico. Sin embargo, especialmente en pacientes de edad avanzada, la presencia de alucinaciones auditivas ocasionales o transitorias no excluye este diagnóstico, mientras ellas no sean típicamente esquizofrénicas y mientras constituyan solo una pequeña parte del cuadro clínico general.<sup>1-4</sup>



Otelo es una tragedia, como Hamlet, Macbeth y El rey Lear. Otelo: el moro de Venecia es una pastaflores de Shakespeare escrita alrededor de 1603. Shakespeare escribió Otelo probablemente después de Hamlet. El personaje principal, Otelo, se presenta piadosamente a pesar de su raza. Esta tragedia se estructura en 5 actos divididos en escenas donde se ve un Otelo desmedidamente celoso de Desdémona a pesar de las múltiples aclaraciones y pruebas que refutan la hipótesis de la infidelidad de la amada. Al final de la obra Otelo mantiene sus acusaciones de infidelidad y, a pesar de sus negativas, la estrangula. Desdémona muere sin acusar a Otelo y este declara a Emilia haberla matado y explica su motivo, la imaginada infidelidad. Emilia defiende la inocencia de Desdémona y aclara la historia del pañuelo perdido y el engaño de Lago el cual es hecho prisionero. Otelo, desesperado, hiere a Lago y se da muerte a sí mismo.<sup>5</sup>

El delirio celotípico se basa en la certeza absoluta de infidelidad, caracterizándose por celos mórbidos que pueden surgir de múltiples preocupaciones conyugales. La aparición de dicha entidad puede llegar a ser potencialmente peligrosa.<sup>2,6-8</sup> A este cuadro de le reconoce como Síndrome de Otelo en honor a la obra de Shakespeare.<sup>2</sup> El objetivo de la presente presentación de caso es ilustrar un caso típico.

## **PRESENTACIÓN DEL CASO**

JFZ es un hombre de 51 años de edad, padre de familia, casado hace 23 años, con 2 hijos donde el mayor ya se independizó. Profesor de la enseñanza preuniversitaria es reconocido por su talento y sus métodos de enseñanza gozando de un gran prestigio profesional. Ahora es detenido en la policía por escándalo público pues desde el día anterior comenzó a beber y hoy comenzó a ofender a su esposa con palabras obscenas y en alta voz llegando a la violencia mediante empujones. En ese momento se encontraban ambos hijos y la esposa del hijo mayor.

JFZ también los ofendió a ellos y llegó a darle golpes a su hijo botándolos de la casa tirándole los maletines y empujando a su hija menor por las escaleras. Al



Llegar el hermano JFZ lo agredió físicamente también amenazando con coger un machete. Los vecinos llaman a la policía y este es conducido a la unidad donde es multado.

Al día siguiente comienza con dolor en el pecho mandando a buscar a su esposa e hijos. Al día siguiente se aparece en casa del hijo buscando a su esposa, llorando, con la mirada en el piso, negado a ingerir alimentos y mostrándose muy arrepentido. Finalmente la esposa accede a volver y regresan a la casa bajo la promesa de buscar ayuda calificada. Al término de una semana acuden a consulta especializada donde cuentan lo sucedido.

La esposa cuenta que desde hace años vive insinuándole que lo traiciona, que ella es una cínica y que tiene otro. Ella refiere que ocasionalmente debe trabajar de noche y para evitar problemas debe invitar a alguno de sus hijos para que la acompañase y no desencadenar una "crisis".

Refiere además que apenas puede visitar a sus amistades porque siempre debe estar corriendo para que él no diga nada y si le regalan algo debe entrarlo a la casa a través de sus hijos porque si no él dice que lo está traicionando. Su esposa también refiere que esta no es la primera vez que sus celos lo llevan a episodios de violencia contra ella basadas en los celos infundados. Ella agrega que constantemente la somete a interrogatorios sobre sus actividades diarias en busca de la evidencia de su infidelidad; aclara además que muchas veces mantiene relaciones sexuales con él a disgusto por el miedo a que lo tome como una muestra de infidelidad.

Al entrevistar a su hermano mayor este refiere que él siempre ha tenido un comportamiento agresivo, que es empecinado y cuando asume alguna posición difícilmente algo lo haga cambiar de parecer. Respecto a las relaciones en su barrio estas no son conflictivas, pero ellos reconocen sus celos por la esposa cuando esta solo sale al trabajo.

Al examen psiquiátrico se ve un paciente consciente, alerta, orientado en las tres esferas con una actitud tranquila y colaboradora, adecuado modos de comportamiento y lenguaje apropiado a su profesión y formación. Él refiere que



se siente bien y que lo pasado esa noche prefiere no comentarlo porque simplemente estaba tomando y las cosas se salieron de control; pero que ya todo está arreglado y reconoce sentir un amor muy grande por su esposa. No se evidencian alteraciones del pensamiento ni de la esfera sensoperceptiva. Se logra evidenciar una ligera ansiedad con tendencia al llanto al recordar el hecho que lo motivó acudir a consulta.

Al término de 4 meses de tratamiento JFZ reconoce que siente celos que lo remuerden y que lo llevan a pensar que lo engañan y aunque no encuentra una evidencia firme de infidelidad eso no quita que ella lo haga. En la secuencia de consultas se ve un hombre con creencias sobrevaloradas típicamente delirantes celotípicas, con presencia de sueños vividos y angustiantes, sin trastornos de los hábitos ni la alimentación, constitucionalmente delgado y sin indicios de deterioro de las funciones cognitivas superiores.

El paciente es diagnosticado con un trastorno de idea delirante persistente específicamente con un síndrome de Otelo imponiendo tratamiento con risperidona. Al término de los próximos 6 meses el paciente y su esposa reconocen una importante mejoría, pero ella confiesa que el sigue sintiendo celos sin ningún fundamento.

## **DISCUSIÓN**

El síndrome de Otelo también es reconocido como síndrome de celos sexuales, síndrome de celos mórbidos o síndrome de celos psicóticos.<sup>9</sup> En cualquier caso la enfermedad se codifica como un trastorno de idea delirante o trastorno de idea delusiva de celos.<sup>2,6</sup> Desde la nosografía psiquiátrica este cuadro clínico o conjunto sintomático se rige por un conjunto de criterios diagnósticos y según la GLDP existen 6 criterios a tener en cuenta para ello.<sup>2,7</sup>

El primero de ellos se refiere a la presencia de un delirio o grupo de delirios relacionados entre sí que no son típicamente esquizofrénicos pues estos no forman parte de la cultura del individuo y no son imposibles. El segundo criterio radica en la persistencia en un tiempo mayor de 3 meses del delirio o grupo de delirios. El tercero de los criterios es lo relativo a la no satisfacción de los



criterios generales de la esquizofrenia. El cuarto criterio alude a la inexistencia de alucinaciones de cualquier tipo. El quinto criterio valora la presencia de síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo fuera de la coincidencia, en el tiempo, de las ideas delirantes con las alteraciones del estado de ánimo. El sexto criterio alude a la inexistencia de lesiones cerebrales primarias o secundarias, trastornos psicóticos o consumo de sustancias psicoactivas.<sup>2</sup> JFZ satisface todos los criterios operativos enunciados por lo que su diagnóstico después de casi un año de seguimiento es inobjetable.

El síndrome de Otelo puede afectar ambos sexos, pero hay un predominio del sexo masculino en la cuarta década de la vida.<sup>9</sup> Típicamente el paciente comienza a tener sensaciones de infidelidad conyugal y acusa a este por pequeños hechos o algún episodio en particular que, según él, prueba los hechos ocurridos anteriormente.<sup>7</sup>

El enfermo busca pruebas de forma meticulosa y obsesiva y presiona para que confiesen su culpa. Continuamente someten a la pareja a interrogatorios que buscan una confesión, igualmente, de culpabilidad. Estos pacientes aumentan su actividad sexual y rechazarlos puede interpretarse como una prueba de infidelidad.<sup>10</sup> En el trabajo se comportan como individuos bajo gran tensión y depresión lo que los puede llevar a tener problemas. Con su pareja, además, experimentan accesos de violencia y explosiones mayoritariamente aunque esto puede pasar con otras personas.<sup>2,9,10</sup>

Como la mayoría de los trastornos mentales su etiología es incierta y se considera una variedad especial de paranoia pudiendo ser un rasgo de psicosis maniaco depresiva.<sup>11-13</sup> Los pacientes que lo padecen son mayormente alcohólicos y epilépticos.<sup>9</sup> Autores como Pérez Mora et al<sup>14</sup> advierten que esta enfermedad también se ha reportado en el contexto de la enfermedad de Parkinson tratados con fármacos agonistas dopaminérgicos considerándose que su incidencia es mucho mayor a la reportada hasta el momento.

Se ha demostrado que la prescripción de los agonistas dopaminérgicos en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson favorece la aparición de síntomas



psicóticos cuestión no vista en pacientes con otras enfermedades a las que se les prescribe agonistas dopaminérgicos.<sup>15-17</sup> Dicha clínica es entre dos y tres veces más frecuente en pacientes tratados con agonistas dopaminérgicos no ergóticos frente a aquellos tratados con L-dopa y esta además tiende a ser de mayor intensidad y con mayor cantidad de síntomas.<sup>15,16,18</sup> Tomando como base la enfermedad de Parkinson se plantea que los delirios son inducidos por un aumento de la concentración de dopamina en la vía mesolímbica lo que ocasiona disrupción del pensamiento.<sup>14</sup>

Farmacológicamente se recomienda, para el tratamiento del síndrome delirante, a la clozapina como primera elección por algunos autores,<sup>14;17</sup> aunque la quetiapina puede ser una buena alternativa.<sup>18;19</sup> Se han ensayado otros antipsicóticos atípicos como risperidona y olanzapina o ziprasidona.<sup>14</sup> Estudios recientes apuntan que la Pimavanserina (fármaco agonista inverso altamente selectivo de los receptores 5-HT<sub>2A</sub>), podrá ser en el futuro un buen tratamiento para este síndrome, conllevando a una clara mejoría de la clínica delirante.<sup>14,17,18</sup>

En este caso se utilizó risperidona que es un antipsicótico de segunda generación aprobado para el tratamiento de la esquizofrenia. Este fármaco es un fuerte bloqueador antagonista de la dopamina inhibiendo la funcionalidad de los receptores postsinápticos dopaminérgicos.<sup>19</sup> También actúa como antagonista del receptor de la serotonina 5-HT<sub>2A</sub>, y puede ser usado como un bloqueador rápido y eficaz de drogas agonistas de los receptores 5-HT<sub>2A</sub>, como la dietilamida de ácido lisérgico.<sup>18;19</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10<sup>th</sup> Revision. Ginebra: OMS; 1993.
2. Grupo Directivo de la GLADP-VR y Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. Versión revisada. Lima; 2012.





3. García Guixot C, Velado Pulido MB, Espeso González R, Blanco Prieto M. Protocolo diagnóstico del enfermo delirante. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet] 2016 sep [citado 2016 Jun 13]; 85(11): 5107-5111. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.08.007>
4. Mármol Bernal F. Trastorno delirante: estudio descriptivo de un registro de casos. [tesis doctoral]. España: Universidad de Córdoba; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10396/13230>
5. Zuleta E. Otelos o de los celos. Revista Universidad de Antioquia [Internet] 2015 [citado 2016 Jun 20] 319. pp.26-33. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/revistaudea/article/viewFile/22403/18549>
6. Espárrago Llorca G, Carrión Expósito L, Baena Baldomero A, Ruiz Doblado S, LópezGarzón E. Síndrome de Otelos (delirio celotípicomonosintomático) inducido por agonistas dopaminérgicos. Psiq Biol. [Internet]. 2011 [citado 2016 Jun 20];18(2):68-71. Disponible en: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S1134593411000200>
7. Esteban Jiménez O, Navarro Pemán C, González Rubio F. Síndrome de Otelos. Semergen: revista española de medicina de familia [Internet] 2016 [citado 2016 Jun 20]; 42 (1), 63-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5316181>
8. Román Avezuela N, Esteve Díaz N, Domarco Manrique L, Domínguez LongásA, Miguélez Fernández C, de Portugal y Fernández del Rivero E. Diferencias de género en el trastorno delirante. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet]. 2015 [citado 2016 Ago 04]; 35 (125): 37-51. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n125/original03.pdf>





9. Llanio Navarro R. Síndromes psiquiátricos. En: Síndromes. La Habana, Editorial Ciencias Médicas; 2005. pp: 619. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/libros/sindromes/completo.pdf>
10. Soyka M. Othello syndrome-jealousy and jealous delusions as symptoms of psychiatric disorders. FortschrNeurolPsychiatr. 1995;63(12):487-94. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/8586352>
11. López Camayo LJ. Diagnóstico de los trastornos mentales y del reconocimiento del sujeto. 2015. Disponible en: <http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co:8080/jspui/handle/10819/2642>
12. Martínez Velilla N, Franco JG, Molina Amaya CM. Delirio frente a delirium. Medicina Clínica [Internet]. 2016 May [citado 2016 Junio 17]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.04.005>
13. Marín C, Londoño N, Juárez F, Giraldo F, Ramírez V. Prevalencia de trastornos mentales y estresores psicosociales en usuarios de consulta externa en psicología de la universidad de San Buenaventura, Medellín-Colombia. El Ágora [Internet]. 2015; [citado 2016 Junio 17]; 10(1): 19-35. Disponible en: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Agora/article/view/362>
14. Pérez Mora G, Guilabert Vidal M, Quintanilla López MA. Síndrome de Otelo (delirio celotípico) inducido por agonistas dopaminérgicos. Actas EspPsiquiatr [Internet]. 2015; [citado 2016 Junio 17]; 43(1):32-4. Disponible en: <http://www.actapsiquiatria.es/repositorio/17/93/ESP/17-93-ESP-32-4-365439.pdf>
15. Martínez Fernández R, Gasca Salas C, Sánchez Ferro A, Ángel Obeso J. Actualización en la enfermedad de Parkinson. Rev. Med. Clin. Condes. [Internet]. 2016 May [citado 2016 Junio 17]; 27 (3): 363-379. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.06.010>



16. Alonso Cánovas A, LuquinPiudo R, García Ruiz-Espiga P, Burguera JA, Campos Arillo V, Castro A, et al. Dopaminergic agonists in Parkinson's disease. *Neurologia*. [Internet]. 2014 [citado 2016 Junio 17]; May;29(4):230-41. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/21724302>
17. Georgiev D, Danieli A, Ocepek L, Novak D, Zupancic-Kriznar N, Trost M, et al. Othello syndrome in patients with Parkinson's disease. *PsychiatrDanub*. [Internet]. 2010 [citado 2016 Junio 17];22(1):94-8. Disponible en: [http://www.researchgate.net/profile/Dejan\\_Georgiev/publication/42372555\\_Othello\\_syndrome\\_in\\_patients\\_with\\_Parkinson%27s\\_disease/links/00b7d529c893e2c1d9000000.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Dejan_Georgiev/publication/42372555_Othello_syndrome_in_patients_with_Parkinson%27s_disease/links/00b7d529c893e2c1d9000000.pdf)
18. Molokwu OA. Othello síndrome: case report. *Reactions* [Internet]. 2015Aug [citado 2016 Junio 17]; 1565 (1): 105. Disponible en: <http://10.1007/s40278-015-4464-3>
19. Brunton L. Goodman & Gilman. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 12 edición. México: McGraw-Hill Interamericana editores; 2012

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.