

# Alucinosis auditivas y oftalmoparesia. A propósito de un caso.

Gracia María Ruiz Martínez<sup>(1)</sup>, Mercedes Valverde Barea<sup>(2)</sup>, Ana Alvarado Dafonte<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> MIR Psiquiatría, Complejo Hospitalario de Jaén

<sup>(2)</sup> FEA Psiquiatría, USMC de Andújar, Complejo Hospitalario de Jaén



## INTRODUCCIÓN

El término alucinosis alude a aquellas experiencias en las que aparece una percepción sin objeto real y se distingue de las alucinaciones porque no se pierde el juicio de realidad. Las alucinosis no están asociadas a ideas delirantes. Normalmente, la causa es orgánica y la lesión se localizaría en la periferia, órganos sensoriales o en centros corticales.

El objetivo de nuestro trabajo es aludir a la necesidad de despistaje de patología orgánica ante la presencia de alucinosis, más aún si aparecen acompañadas de síntomas de tipo neurológico (oftalmoparesia en este caso).

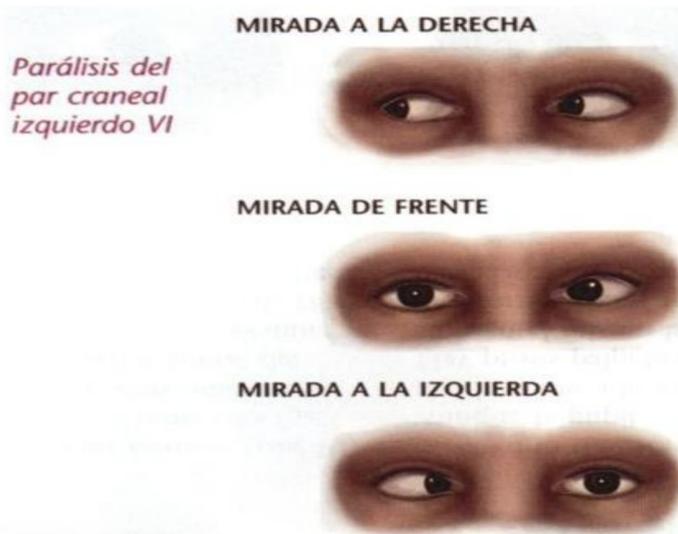
## CASO CLÍNICO

Varón, 70 años. Antecedentes de DM, dislipemia, IAM, sin contacto previo con Salud Mental, que desde hace una semana presenta alucinaciones auditivas en forma de una voz masculina externa que le habla y da instrucciones. No hay datos de deterioro cognitivo, las alucinaciones descritas las vive con tranquilidad, realiza crítica de ellas y reconoce su inverosimilitud (alucinosis). Coincidiendo con el inicio de esta sintomatología presenta visión doble ocasional, objetivándose paresia en la supravversión y abducción de ambos ojos, mayor en izquierdo.

Ingresa en Neurología realizándose un amplio abanico de pruebas complementarias (analítica general, autoinmunidad, anticuerpos onconeuronales, serología, punción lumbar, RMN...) sin hallazgos significativos. La oftalmoparesia mejora tras tratamiento con piridostigmina y ciclo de inmunoglobulinas.

Desde Psiquiatría iniciamos tratamiento con haloperidol apreciándose atenuación de clínica alucinatoria.

	ALUCINACIONES	PSEUDOALUCINACIONES	ALUCINOSIS
Espacio externo	Sí	No	Sí
Objetividad	Sí	No	Sí
Insight	No	No	Sí



Parálisis del par craneal izquierdo VI

El VI p.c. inerva el músculo recto externo. Su lesión causará desviación del globo ocular hacia el lado nasal, por la acción del músculo recto interno.

## CONCLUSIÓN

La rápida instauración del cuadro junto con la aparición de forma concomitante de síntomas neurológicos (oftalmoparesia) en un paciente anciano sin antecedentes psiquiátricos obliga a descartar un origen orgánico de la sintomatología referida ya que el abordaje será diferente en función de si se trata de una patología psiquiátrica, neurológica o de otra índole. Ante la presencia de patología orgánica el tratamiento con haloperidol únicamente tendrá un carácter sintomático, no curativo.

La rápida mejoría de ambos síntomas tras iniciar tratamiento etiológico corrobora la hipótesis inicial del probable origen orgánico del cuadro.

## BIBLIOGRAFÍA

1- Eguiluz I, Segarra R. (2013). Introducción a la Psicopatología. Una visión actualizada. Madrid: Panamericana.

2- Vallejo J. (2015). Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Madrid: Elsevier Masson.

3- Kaufman D. (2008). Neurología clínica para psiquiatras. Madrid: Elsevier Masson.



INTERPSIQUIS. Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental

XX edición - del 1 al 12 de abril de 2019 #interpsiquis

