



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

HALUCINOSIS PEDUNCULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro, Margarita Guerrero Jiménez, Isabel Bodoano
mamemmilar@hotmail.com

Halucinosis peduncular, tálamo, infarto.

RESUMEN

El papel del tálamo en la patogénesis de las alucinaciones visuales y auditivas se ha descrito como "alucinación peduncular". Este tipo de alucinaciones están asociadas con lesiones talámicas unidas al daño de las estructuras del mesencéfalo. Las alucinaciones están llenas de imágenes vívidas de animales y personajes coloridos en movimiento y, en muchos casos, están asociadas con trastornos del sueño. A pesar de estas características, los pacientes generalmente los distinguen como no reales. Caso clínico:

Presentamos un caso con características algo diferentes de las descritas en los casos encontrados. En primer lugar, es el caso de la mayor duración publicada hasta la fecha, 5 años, en segundo lugar, al contrario de lo que suele suceder, el paciente no critica los objetos y los entiende como reales.

Conclusión:

Presentamos una revisión actualizada sobre la literatura publicada y la redefinición del concepto de las características particulares de este raro síndrome. Cuando nos enfrentamos a casos alucinatorios de tipo orgánico, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, es importante descartar síndromes raros como Charles Bonet o alucinaciones de origen talámico.

HALUCINOSIS PEDUNCULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La "alucinación peduncular" (HP) se utiliza para describir alucinaciones vívidas y complejas en presencia de lesiones del mesencéfalo y / o el tálamo [1]. Desde la primera publicación de Jean Lhermitte en 1922 de su artículo sobre la alucinosis, el tipo peduncular se ha descrito como un fenómeno puramente visual [2]. En este artículo describió este síndrome raro como el síndrome del capuchón del pedúnculo cerebral que describe las alteraciones psico-sensoriales en las lesiones del mesencéfalo.

Se describió por primera vez en una mujer de 72 años con alucinaciones de personas y grupos de niños con atuendos extraños y coloridos que ocurrían al anochecer. Estos no se asociaban con ninguna alteración del estado de la consciencia o con signos neurológicos consistentes con un infarto de protuberancia y/o mesencéfalo [2]. El colega de Lhermitte, Von Bogaert, acuñó el término "alucinosis peduncular" en su descripción de un paciente con una presentación similar, junto con evidencia neuropatológica post mortem de infarto del cerebro medio [3]. El término "peduncular" no pretendía ser una referencia únicamente a los pedúnculos cerebrales, sino a todo el mesencéfalo y sus alrededores. De Morsier extendió el síndrome para incluir lesiones talámicas y restableció el modelo de lesión para la HP [4], mientras que sus predecesores habían sugerido trastornos del ciclo sueño-vigilia y disolución del ego como los orígenes probables [2,3]. Posteriormente, la HP se ha asociado con una variedad de patologías diferentes del sistema nervioso central, que incluyen cerebro medio infeccioso y vascular [5], lesiones pontinas [6] y talámicas [7], hemorragia subaracnoidea local [8], compresión por local [9,10] y tumores distales [11], migraña basilar [12], hipoplasia vascular basilar [13] y después de intervenciones quirúrgicas regionales [14] o angiográficas [15].

El caso que presentamos tiene la peculiaridad de tener características algo diferentes de las descritas con frecuencia en los casos publicados hasta la fecha. Una de las características más especiales para las cuales hemos decidido publicarlo es la duración del síndrome, hasta la fecha en que no hemos encontrado ningún otro caso publicado de duración superior. Nuestro caso no critica las percepciones distorsionadas de la realidad y las entiende como parte de su vida cotidiana.

Como resultado, revisaremos la literatura publicada y redefiniremos las características particulares de este cuadro clínico raro.

HALUCINOSIS PEDUNCULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

CASO CLINICO

Varón de 61 años ingresa a la sala de nefrología debido a insuficiencia renal de grado 3 y caídas frecuentes durante el último mes causadas por "pérdida de fuerza" en las piernas. Además, presentó una historia de un accidente cerebrovascular talámico evidenciado por TC como una lesión de 4 mm en el tálamo medial que había tenido lugar hace 5 años y que había llevado a una desorientación espacio-temporal, malestar general, náuseas y vómitos hasta el presente. No tenía antecedentes de patología psiquiátrica previa personal o familiar.

Al ingreso, el paciente no tenía alteraciones objetables en el estado mental, por lo que comenzó el estudio y el tratamiento de la patología neuro y nefrológica. Se corrigieron las alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y de la base ácida y se realizaron pruebas de imagen torácica y cerebral abdominal tratando de aclarar "la pérdida de fuerza".

La resonancia magnética de cabeza y cuello mostró una hipoplasia del segmento A1 en la arteria cerebral anterior derecha y de la P1 en la arteria cerebral posterior derecha. Para completar el estudio, realizamos una ecografía abdominal, una radiografía de tórax, una gammagrafía pulmonar y un estudio doppler de miembros inferiores que no proporcionaba información relevante. Por lo tanto, se determinó que los episodios repentinos de caídas se debían a drop a sincopes: caídas abruptas sin síntomas prodrómicos desencadenadas por diversos factores o pérdida de conciencia y con una recuperación instantánea al estado basal.

Inesperadamente, durante su estadía en la planta del hospital, el paciente comenzó a verbalizar que durante cinco años, justo después de sufrir el infarto talámico, había comenzado a ver imágenes de su vida cotidiana: "Vi a mi propio hijo en la cocina de la casa". comiendo un bocadillo y no entendí por qué no me ofreció sentarme a comer con él ". Describió situaciones claras, imágenes vívidas con colores y movimiento y en las que los sujetos le hablaban como si fueran reales.

Al principio experimentó "ira y frustración, eran su hijo, su esposa ... pero ¿por qué no me escucharon?" Finalmente, aprendió a diferenciarlos de la realidad: "esos personajes hablaban y actuaban ignorándome, se comportaban como si yo no estuviera allí". Luego se realizó una evaluación psiquiátrica del paciente, que en todo momento había permanecido en un buen estado de conciencia y orientación. Se refirió a las alucinaciones visuales y auditivas de un año de evolución, actualmente identificadas como irreales pero reales hasta ese momento y que no crearon ningún tipo de angustia o repercusión emocional.

HALUCINOSIS PEDUNCULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Las alucinaciones ocurrían durante el día y la noche y no se asociaban con trastornos del sueño, agitación o déficits visuales. La atención, la memoria, el lenguaje y la cognición estaban intactos (su puntaje de Mini-Mental State Examination fue de 30/30). No existían alteraciones de ansiedad o de humor, ni tampoco en instintos. El paciente verbalizaba el miedo a expresar estos fenómenos antes de ese momento "¡Me habrían tomado por loco!" Por lo tanto, se llevó a cabo un tratamiento conservador, que le explica el origen de estas visiones y lo tranquiliza. Como no produjeron en la actualidad ningún tipo de repercusión a nivel conductual o afectivo, se decidió no aplicar ningún tratamiento farmacológico.

Se realizó una búsqueda en Pubmed en casos similares con las palabras "alucinación peduncular o alucinación o psicosis y accidente cerebrovascular talámico o infarto o isquemia". Solo se encontraron 16 reseñas publicadas. En la mayoría de los casos hubo lesiones multifocales, incluso en la mayoría de ellas, el mesencéfalo y las alucinaciones eran del tipo "liliputiense".

Encontramos una asociación clara de la afección con alteraciones en la presión arterial en 6 de los 17 casos descritos en forma de hipertensión maligna o no controlada debido a una causa orgánica o debido al cumplimiento deficiente del tratamiento. También en más de la mitad de los casos hubo una enfermedad renal crónica diagnosticada de grado avanzado y en casi todos ellos una diabetes mellitus concomitante. Delgado y col. describen un caso de alucinaciones de origen talámico pero también con daño a nivel mesencefálico en el que el paciente desarrolla alucinaciones visuales y auditivas complejas, vívidas y con un componente fantástico (monstruos, sombras ...), a este tipo de alucinaciones que llaman "disorteidolias". [16]

Solo un caso de los encontrados tenía algún tipo de psicopatología previa o estaba en seguimiento en psiquiatría [17].

En la mayoría de los casos revisados fue necesario administrar algún tipo de tratamiento farmacológico, especialmente si los síntomas iban acompañados de cambios conductuales o de personalidad. La risperidona es el antipsicótico que se ha utilizado con mayor frecuencia en aquellos pacientes en los que el tratamiento farmacológico ha sido necesario [18-22]. Sin embargo, encontramos un caso publicado en el que el uso de olanzapina, quetiapina en dosis bajas o incluso litio con efectos satisfactorios para el control del cuadro [18,23,24].

Se notificaron sinestesias en dos de los casos analizados [23,25].

Como en nuestro caso Kolmel et al. También describió una sola lesión talámica en la tomografía computarizada y las alucinaciones también son indistinguibles de la realidad.

HALUCINOSIS PEDUNCULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Otro factor diferencial fue que, a pesar de lo vívidos que eran en ambos casos, indistinguibles de la realidad, como en nuestro paciente, en el caso publicado correspondían con imágenes del pasado e incluían personas que habían muerto hace años [1].

Las principales diferencias con el caso que presentamos fue su duración, aproximadamente cinco años, con una disminución en su intensidad y complejidad después sin la necesidad de un tratamiento específico y que fueron acompañadas de alucinaciones auditivas.

Además, el origen es una lesión única en la región del tálamo que no está asociada con otras lesiones isquémicas periféricas.

CONCLUSIONES

Presentamos una revisión actualizada de la literatura publicada hasta la fecha sobre infartos talámicos acompañados de sintomatología psicótica. Principalmente encontramos descripciones de casos clásicos y solo dos casos publicados en los últimos 5 años. Analizamos las características comunes y diferenciales de cada uno de ellos para comprender y redefinir el concepto de alucinaciones pedunculares secundarias a eventos isquémicos talámicos.

Las descripciones clásicas de autores como Feinberg presentan datos de un paciente con un infarto talámico piramidal derecho que presentaba alucinaciones vívidas [7]. Serra Catafau (1992) describe las alucinaciones visuales en un paciente con infarto talámico posterior [26].

En la primera descripción de Lhermitte, aparecen asociados con trastornos del sueño, aunque solo encontramos esa asociación en tres de los casos que hemos analizado [1,19,23].

Aunque aún se desconoce la patogenia exacta de las alucinaciones pedunculares, en la mayoría de los casos afecta el cerebro medio o el tálamo, y en la mayoría de los casos publicados aparece después de un infarto cardíaco que daña estas estructuras. En la mitad de los casos hay otros déficits neurológicos, como parestesias [16], diplopía y ptosis [21,27], ataxia o disartria [20,28]. Tampoco hay otras alteraciones en las funciones cognitivas superiores de atención, concentración, orientación, conciencia o intelecto. No hay otros síntomas mentales acompañantes que sugieran alteraciones psicopatológicas.

HALUCINOSIS PEDUNCULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Debido a que los trastornos del sueño a menudo acompañaban a las alucinaciones visuales, Lhermitte creía que la alucinación peduncular era el resultado de la liberación patológica de regiones subcorticales que están activas en los sueños, mientras que la conciencia permanecía intacta [2]. Además de las lesiones en el mesencéfalo, las lesiones en el núcleo pulvinar del tálamo [3] y las protuberancias inferiores [4] también se han asociado con alucinaciones visuales complejas, lo que aumenta la posibilidad de que esta afección pueda surgir por la interrupción de las vías de procesamiento visual subcortical o una reacción cerebral difusa a diversas lesiones en estructuras primitivas.

Existe un solapamiento importante entre los conceptos de Síndrome de Charles Bonnet y PH. La fluidez de estos síndromes epónimos reduce su validez y significado, y puede dar lugar a una atribución inapropiada de la patología subyacente. El síndrome de Charles Bonnet describe un grupo de pacientes con alucinaciones visuales en el contexto de pérdida visual, y muestra una superposición clínica significativa con la HP. La comprensión de cómo las diferentes patologías pueden producir alucinaciones visuales complejas permite la comprensión adecuada del tratamiento, dependiendo del sitio y la naturaleza de la lesión y el contenido de la alteración perceptiva [18]. Según la literatura revisada hasta ahora, entendemos que se recomendaría un estudio oftalmológico exhaustivo de pacientes en este tipo de casos para hacer un diagnóstico diferencial con el síndrome de Charles Bonnet.

Con respecto al tratamiento en la mayoría de los casos, se ha decidido no utilizar el tratamiento antipsicótico porque los individuos no los describieron como molestos y los efectos secundarios del medicamento en este tipo de población generalmente envejecida podrían ser más dañinos.

Por lo tanto, dentro de los casos alucinatorios de tipo orgánico, especialmente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, es importante descartar síndromes raros como Charles Bonnet o alucinaciones de origen talámico, estando siempre indicado para realizar pruebas de imágenes cerebrales y oftalmológicas.

Presentamos, por lo tanto, lo que creemos que es uno de los únicos casos en los que se presenta una imagen de alucinosis como el origen de una sola lesión a nivel de tálamo y la extensión del complejo se ha prolongado más que cualquier caso descrito hasta la fecha.

Es de destacar el grado de realidad y familiaridad que ha hecho que nuestro paciente viva con sus síntomas durante cinco años, el más largo de los muchos casos revisados en la bibliografía existente, duración que incluiría la designación de "estatus".

HALUCINOSIS PEDUNCULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFIA

1. Kolmel H. Peduncular hallucinations. *J Neurol* 1991; 238:547-9.
2. LHermitte J. Syndrome de la calotte du pedoncule cerebral. Les troubles psycho-sensoriels dans les lésions du mesocephale. *Rev Neurol (Paris)* 1922; 2:1359-65
3. van Bogert L. La hallucinose pedunculaire. *Rev Neurol (Paris)* 1927; 43:608-17.
4. de Morsier G. Pathogénie de l'hallucinose pédonculaire, A propos d'un nouveau cas. *Schweiz. med. Wschr.*, 1936; 27:645-6.
5. Caplan LR. "Top of the basilar" syndrome. *Neurology* 1980; 30:72- 9.
6. Danziger N, Meary E, Mercier B, et al. Visual hallucinosis and hyperhedonism in pontine and thalamic infarction. *Rev Neurol (Paris)* 1997; 153:679-83.
7. Feinberg W, Rapcsak S. Peduncular hallucinosis' following paramedian thalamic infarction. *Neurology* 1987; 39:1535-6.
8. Yano K, Kuroda T, Tanabe Y, Yamada H. Delayed cerebral ischemia manifesting as peduncular hallucinosis after aneurysmal subarachnoid hemorrhage--three case reports. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 1994; 34:593-6.
9. Leiva-Santana C, Jerez-García PT, del Real-Francia MA, Sánchez RM. [Peduncular hallucinosis associated with a space occupying lesion of the brain stem]. *Rev Neurol* 1999; 28:1174-6
10. Maiuri F, Iaconetta G, Sardo L, et al. Peduncular hallucinations associated with large posterior fossa meningiomas. *Clin Neurol Neurosurg* 2002; 104:41-3.
11. Miyzawa T, Fukui S, Otani N, et al. Peduncular hallucinosis due to a pineal meningioma. *J Neurosurgery* 2001; 95:500-2.
12. Podoll K, Robinson D. Recurrent Lilliputian hallucinations as a visual aura symptom in migraine. *Cephalalgia* 2001; 21:990-2.
13. Bossi L, Nobili M, Benedetto P. [Peduncular hallucinosis in a young woman with vertebrobasilar insufficiency based on severe hypoplasia of a vertebral artery, demonstrated angiographically]. *Arch Sci Med (Torino)*. 1980; 137:347-50.
14. Kumar R, Behari S, Wahi J et al. Peduncular hallucinosis: an unusual sequel to surgical intervention in the suprasellar region. *Br J Neurosurgery* 1999; 13:500-3.
15. Rosanzki J. Peduncular hallucinations following vertebral angiography. *Neurology* 1952; 2:341-9.

HALUCINOSIS PEDUNCULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

16. Delgado MG, Bogousslavsky J. 'Distortoidolias' - fantastic perceptive distortion. A new, pure dorsomedial thalamic syndrome. *Eur Neurol* 2013; 70:6-9.
17. Mollet GA, Harrison DW, Walters RP, et al. Asymmetry in the emotional content of lateralised multimodal hallucinations following right thalamic stroke. *Cogn Neuropsychiatry* 2007; 12:422-36.
18. Mocellin R, Walterfang M, Velakoulis D. Neuropsychiatry of complex visual hallucinations. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40:742-51.
19. Badrin S, Mohamad N, Yunus NA, et al. A brief psychotic episode with depressive symptoms in silent right frontal lobe infarct. *Korean J Fam Med* 2017; 38:380-2.
20. Crail-Melendez D, Atriano-Mendieta C, Carrillo-Meza R, Ramirez-Bermudez J. Schizophrenia-like psychosis associated with right lacunar thalamic infarct. *Neurocase* 2013; 19:22-6.
21. Mittal M, Khan S. Starvation causes acute psychosis due to anterior thalamic infarction. *South Med J* 2010; 103:701-3.
22. Arıkan MK, Kütükcü A, Karay A, et al. A case of psychosis associated with left thalamic lacunar infarcts. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009; 33:729-30.
23. Santos S, Alberti O, Corbalán T, et al. Stroke-psychosis. Description of two cases. *Actas Esp Psiquiatr* 2009; 37:240.
24. McGilchrist I, Goldstein LH, Jadresic D, Fenwick P. Thalamo-frontal psychosis. *Br J Psychiatry* 1993; 163:113-15.
25. Fornazzari L, Fischer CE, Ringer L, et al. "Blue is music to my ears": Multimodal synesthesias after a thalamic stroke. *Neurocase* 2012; 18:318-22.
26. Serra Catafau J, Rubio F, Peres Serra J. Peduncular hallucinosis associated with posterior thalamic infarction. *J Neurol* 1992; 239:89-90.
27. Spiegel D, Barber J, Somova M. A Potential Case of Peduncular Hallucinosis Treated Successfully with Olanzapine. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2011; 5:50-3.
28. Liao P, Wei C, Chen P. Onset of psychosis following strokes to the cerebellum and thalamus. *Psychosomatics* 2018; 59:413-4.

HALUCINOSIS PEDUNCULAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO