



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

PSEUDOALUCINACIONES AUDITIVAS CRÓNICAS

Alexandra Osca Oliver, María Victoria López Rodrigo, María Teresa Pérez Castellano, María Palomo Monge, María Fernanda Tascón Guerra

Alexandraosca95@gmail.com

alucinaciones, seudoalucinaciones, resistencia, esquizofrenia

RESUMEN

A pesar de la eficacia de los antipsicóticos, en algunos pacientes persisten las alteraciones sensorio-perceptivas, sobre todo las seudoalucinaciones auditivas, a pesar de la toma de varios antipsicóticos. Este hecho puede prolongar la hospitalización, causar comportamiento violento y suicida, y generar inhaderencia al tratamiento antipsicótico.

Presentamos un caso clínico correspondiente a un varón de 42 años, soltero, actualmente en una residencia comunitaria, en seguimiento por Psiquiatría desde los 18 años por Esquizofrenia paranoide, trastorno de personalidad mixto y abuso de sustancias (heroína, cocaína y benzodiazepinas) en abstinencia desde el 2008. Ha presentado numerosos ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve por descompensación psicopatológica y por intentos autolíticos relacionados con seudoalucinaciones auditivas imperativas. Estas le incitan a autolesionarse, usando en varias ocasiones una radial y un hacha para amputarse las piernas, ya que según las voces se sentiría mejor si realizase dicho acto. Las seudoalucinaciones auditivas que presenta el paciente son en forma de voces con mensajes de contenido negativo, con gran repercusión a nivel emocional y de carácter crónico.

El paciente ha sido tratado con diferentes antipsicóticos (Olanzapina, Risperidona y Asenapina) y con Fluoxetina, sin remisión completa de las seudoalucinaciones auditivas. En este momento se le añade Aripiprazol, con desaparición de las alucinaciones visuales y una mejoría de las auditivas, siendo de un tono más bajo y con mayor distanciamiento entre estas.

PSEUDOALUCINACIONES AUDITIVAS CRÓNICAS

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave y crónico, que compromete muchos aspectos de la vida de un individuo, y que supone una alta carga global, de alrededor de un 1%. Se trata de una patología deteriorante. Se ha demostrado que los pacientes con esta patología tienen una menor esperanza de vida y menor calidad de la misma, afectando también a los familiares y allegados.

Muchos autores argumentan la gran importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de los pacientes con psicosis, ya que cuando más temprano sea el diagnóstico y el tratamiento de la esquizofrenia, mejor será el resultado y la adherencia al tratamiento. Como puso de manifiesto un estudio prospectivo de 8 años, hay una correlación positiva entre los síntomas positivos persistentes y la duración de la psicosis no tratada de forma precoz y adecuada.

La falta de adherencia terapéutica se considera también un factor de evolución tórpida de la esquizofrenia, ya que aumenta el número de episodios agudos que requieren hospitalización y asimismo el deterioro correspondiente que implica en el devenir de la enfermedad.

A día de hoy contamos con un amplio arsenal terapéutico en cuanto a fármacos antipsicóticos. En la línea de mejorar la adherencia terapéutica, contamos con antipsicóticos de liberación prolongada, que disminuye el número de brotes agudos de la enfermedad, mejorando, por tanto, el pronóstico del paciente.

A pesar de la eficacia de los antipsicóticos hasta alrededor de un 30% de los pacientes con esta enfermedad no responden adecuadamente. A estos pacientes se les llama pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento. Uno de los aspectos a considerar en estos pacientes es la persistencia de las alteraciones sensorio-perceptivas, sobre todo las pseudoalucinaciones verbales auditivas. Este hecho puede prolongar la hospitalización, causar comportamientos violentos y suicidas, y generar falta de adherencia al tratamiento antipsicótico, lo que afecta directamente a la calidad de vida de los mismos.

El tratamiento de elección en los pacientes resistentes al tratamiento (TRS) es la clozapina, que se usa en último lugar debido a los graves efectos adversos que puede llegar a causar. Se ha demostrado que la mitad de los TRS son también resistentes a clozapina, dando lugar a la esquizofrenia ultra-resistente a tratamiento.

PSEUDOALUCINACIONES AUDITIVAS CRÓNICAS

La esquizofrenia resistente no está codificada en las guías de enfermedades ni aparece especificada en el DSM-V, de manera que se define como "persona con esquizofrenia que no mejora clínicamente tras usar al menos dos antipsicóticos agonistas D2 en dosis y duración adecuadas tras ser prescrito por un clínico". Una definición tan laxa hace que sea complicado estimar la prevalencia de de TRS, determinándose en un rango a través de diversos estudios de 10-60%.

LA EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO

El término pseudoalucinación, *stricto sensu*, significa falsa alucinación, apareció en su origen para designar a todos aquellos fenómenos alucinatorios que no cumplían estrictamente todas las características de las alucinaciones. El término ha sido fuente de debate a lo largo de la historia de la psiquiatría, acuñándose en la mayoría de las ocasiones con características sensoriales y egodistónicas. Actualmente, el término usado en los más recientes textos de psiquiatría se acerca más a la semiología designada por Jaspers, haciendo referencia a un tipo concreto de fenómenos alucinatorios que aparecen en los pacientes con esquizofrenia, las voces.

En cualquier caso, las voces no siempre encajan con este término, ya que las características de las mismas (grado sensorial, objetividad, proyección interna o externa e insight) dependen siempre del estado clínico del paciente, pudiendo diferir las mismas en un mismo paciente en función de este punto. Fue Kraepelin quien aportó este matiz, determinando que al principio de la enfermedad, las pseudoalucinaciones auditivas aparecían en forma de ruidos, chasquidos, zumbidos... evolucionando hacia las voces, que bien podrían ser desde susurros hasta voces fuertes.

NEUROPATOLOGÍA

La etiología de la esquizofrenia es compleja e involucra múltiples mecanismos que incluyen tanto anomalías del neurodesarrollo como alteraciones sutiles en los procesos neurodegenerativos. Con respecto a la etiología de las pseudoalucinaciones verbales auditivas resistentes al tratamiento, hay escasos estudios publicados. Algunos autores argumentan la presencia de reducciones extensas del volumen de materia gris frontotemporal como posible factor para la resistencia de las alteraciones sensorio-perceptivas. Otros autores sugieren que la vulnerabilidad a las pseudoalucinaciones auditivas se deben a anomalías en la girificación cortical.

PSEUDOALUCINACIONES AUDITIVAS CRÓNICAS

Se necesita un estudio en profundidad de las alteraciones corticales en este tipo de pacientes, para comprender mejor sus mecanismos neuronales subyacentes, y así ayudar en el diseño de nuevas estrategias terapéuticas.

CASO CLÍNICO

Presentamos un caso clínico correspondiente a un varón de 42 años, soltero, con nula red de apoyo tanto familiar como de allegados que en el momento actual vive en una residencia comunitaria, en seguimiento por Psiquiatría desde los 18 años recibiendo durante este periodo los diagnósticos de Esquizofrenia paranoide, trastorno de personalidad mixto y abuso de sustancias (heroína, cocaína y benzodiacepinas). El consumo de tóxicos es esporádico sin ocupar toda esta franja de tiempo, aparece en momentos aislados de intensa frustración.

El paciente describe haber vivido una etapa infanto-juvenil compleja, a los 14 años, su madre le echó de casa, de manera que tuvo que, viéndose en la calle, comenzar a prostituirse para reunir dinero, entrando así en un círculo que le impulsó al consumo de drogas.

A la edad de 18 años, acontece el primer episodio psicótico del paciente, comenzando entonces un seguimiento errático en consultas externas de Psiquiatría, caracterizado por la frecuente ausencia a las citas.

Ha presentado numerosos ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve por descompensación psicopatológica y por intentos autolíticos relacionados con las pseudoalucinaciones verbales auditivas imperativas. Éstas en la mayoría de ocasiones le incitan a autolesionarse, recogiendo lesiones autoprovocadas usando desde el método más frecuente como la excoriación, presentando el paciente numerosas lesiones cutáneas de rascado en tronco, abdomen, muslos y antebrazos; hasta haber usado en varias ocasiones artilugios como una radial y un hacha para amputarse las piernas. También, añadir, que el paciente presenta lesiones cutáneas de rascado, autoprovocadas, y según el paciente incitadas por las voces.

Las pseudoalucinaciones verbales auditivas que presenta el paciente son en forma de voces de género masculino con mensajes de contenido negativo, con gran repercusión a nivel emocional y de carácter crónico.

PSEUDOALUCINACIONES AUDITIVAS CRÓNICAS

El paciente cuenta que estas han estado presentes desde los 18 años, sin cesar en ningún momento. Cuando presenta brotes psicóticos, las pseudoalucinaciones auditivas son más intensas, y se acompañan de alucinaciones visuales consistentes en sombras de figuras humanas sin cabeza, y alucinaciones cenestésicas, produciéndole una gran repercusión afectiva y conductual, ya que el paciente cree que van a matarle.

Las enfermedades somáticas que padece el paciente son: dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, obesidad, VIH, VHB y VHC, déficit de vitamina D y epilepsia crisis parciales y periorales complejas.

El paciente ha sido tratado con diferentes antipsicóticos (Olanzapina, Risperidona y Asenapina) y con Fluoxetina, sin remisión completa de las pseudoalucinaciones auditivas. En este momento, durante el ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve, se le añade Aripiprazol. Al día siguiente de su administración, el paciente refirió desaparición de las alucinaciones visuales y cenestésicas, y una mejoría de las pseudoalucinaciones auditivas, siendo estas de un tono más bajo y con mayor distanciamiento entre estas, pero sin su desaparición completa.

A pesar de la llegada de los antipsicóticos atípicos o de segunda generación continúa siendo un desafío que haya una remisión completa de las pseudoalucinaciones auditivas en algunos pacientes con esquizofrenia. Es de suma importancia que estos pacientes sean clasificados adecuadamente como resistentes al tratamiento, excluyendo previamente factores que puedan dificultar la respuesta farmacológica.

Considero que es primordial realizar más investigación en este grupo de individuos, que son aquellos que permanecen sustancialmente sintomáticos e incapacitados incluso con el uso de los antipsicóticos actuales.

PSEUDOALUCINACIONES AUDITIVAS CRÓNICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Mørup, M. F., Kymes, S. M., & Oudin Åström, D. (2020). A modelling approach to estimate the prevalence of treatment-resistant schizophrenia in the United States. *PloS one*, 15(6), e0234121. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234121>
2. Sampedro F, Roldán A, Alonso-Solís A, Grasa E et al. Grey matter microstructural alterations in schizophrenia patients with treatment-resistant auditory verbal hallucinations, *Journal of Psychiatric Research*, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.03.037>
3. Cachia A, Paillère-Martinot ML, Galinowski A et al. Cortical folding abnormalities in schizophrenia patients with resistant auditory hallucinations. *Neuroimage*. 2008 Feb 1;39(3):927-35. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.08.049>
4. Cervera Enguix S, Seva Fernández A. Esquizofrenia resistente al tratamiento farmacológico [Pharmacological treatment resistant schizophrenia]. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006 Jan-Feb;34(1):48-54