

¿Por qué gritan mis vecinos?

Menéndez Sánchez, B.; Serrano Cartón, C.; Amboage Paz, M^a.T.

Servicio de Psiquiatría Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Motivo de consulta

Acude a la Unidad de Salud Mental remitida desde su centro de Atención Primaria por cuadro de alteraciones del comportamiento durante las últimas semanas, en relación con probables alucinaciones auditivas.

Antecedentes personales

No refiere hábitos tóxicos, ni enfermedades médico-quirúrgicas de interés, salvo hipoacusia significativa que se fue instaurando a lo largo del último año.

Duelo por el fallecimiento de su esposo tres años antes de la actual consulta, con remisión y retirada de tratamiento según lo previsto.

Antecedentes familiares psiquiátricos

Sin antecedentes significativos.

Enfermedad actual

Paciente de 75 años, Empleada doméstica, jubilada desde los 65 años. Madre de dos hijos independizados. Tiene dos nietos. Viuda desde hace 7 años. Vive sola desde la muerte de su marido.

Acude a consulta acompañada de su hija. Hace ya algunos meses comenzó a tener problemas con los vecinos del piso de arriba. Se quejaba continuamente de que hacían mucho ruido. Refería que la vecina se llamaba como ella. Al cabo de unas semanas empezó a hablar de un niño que lloraba con frecuencia. Se mostraba muy angustiada porque ese niño parecía no estar bien atendido y sus vecinos no paraban de pedirle ayuda. La paciente comenzó a subir el piso de arriba y a

golpear insistentemente la puerta ante los gritos desesperados de socorro. No obtenía respuesta; así que cada día se mostraba más ansiosa. Ante la insistencia de la paciente, sus hijos decidieron ir a averiguar qué estaba pasando, sorprendiéndose al darse cuenta de que en el piso de arriba no vivía nadie. La paciente se marchó a casa de su hija, pero en el nuevo domicilio continuaron los llantos del niño y las peticiones de auxilio, motivo por el que nos fue remitida a través de su médico de atención primaria.

Exploración psicopatológica

Mientras espera a ser atendida, se observan soliloquios en voz muy alta y con tono de apremio y angustia. En la exploración, encontramos a la paciente consciente, orientada en las tres esferas, destacándose alucinaciones auditivas que sitúa externas a su cabeza procedentes del piso superior; se refieren a ella en segunda persona llamándola por su nombre, y con contenido de súplica. Ideas delirantes semiestructuradas elaboradas a partir de las alucinaciones, alteraciones de conducta y ánimo congruentes con el contenido de las voces. Crítica parcial de la veracidad de las mismas. Justifica el escucharlas fuera del domicilio en que está tan obsesionada que las puede oír en cualquier sitio. Insomnio de segunda fase. Ánimo subdepresivo. Memoria aparentemente intacta y apetito ligeramente disminuido.

Pruebas complementarias

Hemograma, bioquímica, ionograma, vitaminas, hormonas tiroideas y serología sin alteraciones.

TAC cerebral, MMSE, Test Isaacs y CDT sin datos de deterioro cognitivo.

Diagnóstico

Trastorno psicótico debido a hipoacusia con alucinaciones.

Tratamiento

Se instaura tratamiento con venlafaxina (buena respuesta en el episodio depresivo previo) clozapato dipotásico y risperidona.

Evolución

La evolución inicial fue favorable. Las alucinaciones disminuyeron progresivamente con el tratamiento antipsicótico, al mismo tiempo que desaparecieron las interpretaciones delirantes y el resto de la psicopatología.

Se le había pautado un antidepresivo por la constatación de un ánimo bajo acompañando a esta clínica pero, como se comprobó posteriormente, la recuperación anímica fue más reactiva a la desaparición de los síntomas psicóticos. Sin embargo, mantener el tratamiento antipsicótico supuso para la paciente la aparición de un grave síndrome extrapiramidal con acinesia, amimia y bloqueos que limitaban por completo su autonomía, impidiéndole caminar o levantarse sola de la silla.

Se disminuyó la dosis de forma progresiva sin mejoría, por lo que ante la persistencia de la remisión y a petición de la familia, se retiró el neuroléptico, manteniendo el antidepresivo y desapareciendo precozmente síntomas parkinsonianos.

Tres meses después presenta una recaída importante, donde una vez más predominaban las alucinaciones auditivas y, en relación a ellas, la paciente elaboraba ideación delirante y alteraciones anímicas.

Tras ensayar algunos otros fármacos con poco éxito la paciente consiguió una nueva remisión sintomática sin secundarismos, extrapiramidales o sedativos con quetiapina prolong. Actualmente

se mantiene con este único fármaco a dosis de 100 mg/día sin que se hayan observados nuevos episodios alucinatorios ni alteraciones anímicas.

Discusión

El interés que este caso suscitó en nosotros fue doble: por un lado, el problema del diagnóstico diferencial que establecimos entre un trastorno depresivo con síntomas psicóticos, un trastorno delirante tardío y un trastorno psicótico debido a enfermedad médica. Descartamos el diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos al reaparecer la sintomatología depresiva en relación con la recaída alucinatoria tras suspender el neuroléptico a pesar de mantener el antidepresivo. Consideramos la patología anímica como secundaria. En cuanto al trastorno delirante, tuvimos en cuenta que el síntoma principal eran las alucinaciones auditivas y que las ideas delirantes eran en torno a estas y no a la inversa.

Las alucinaciones auditivas han sido descritas en pacientes con una historia de sordera sensorial progresiva en uno o ambos oídos; lesiones en el oído medio, cóclea o nervio auditivo desencadenan este tipo de alucinaciones, pudiendo pasar semanas o años después de la aparición de la hipoacusia hasta que surgen las alucinaciones. En el caso de nuestra paciente, existe clara relación causa-efecto en ese sentido.

En segundo lugar, y a pesar de hallarnos en la era de los antipsicóticos atípicos, el encontrar un balance entre beneficio-perjuicio supuso a nivel farmacológico un costoso reto.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4ª ed. Text Revised (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Press; 2000
2. Kaplan HI, Sadock BJ. *Compendio de Psiquiatría*. Cap 14.3: "Trastorno Delirante". 9ª ed. Madrid: Waverly Hispánica; 2004
3. Eguíluz I, Segarra R. *Introducción a la Psicopatología*. Barcelona: Ars Médica; 2005