

### Características clínicas y evolutivas de la alucinosis alcohólica. Estudio de seis casos

Aida Álvarez-Pedrero<sup>1</sup>  
José J. Ávila-Escribano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Tratamiento del Alcoholismo, Servicio de Psiquiatría,  
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca,  
Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL)

Correspondencia:  
Aida Álvarez Pedrero  
Plaza del Peso nº11. 4º Derecha  
37001 Salamanca (España)  
Correo electrónico: aida.pedrero@gmail.com

Estimado Editor

La alucinosis alcohólica, conocida actualmente por Trastorno Psicótico inducido por Alcohol con predominio de las alucinaciones, se caracteriza por alteraciones sensorio-perceptivas e ideas delirantes que aparecen durante el consumo de alcohol o después de un periodo corto de abstinencia, con nivel normal de conciencia. Es un diagnóstico poco frecuente y, generalmente, ocurre en pacientes con un consumo de alcohol elevado y prolongado.

En el presente trabajo se estudiaron y analizaron las características clínicas, evolutivas y terapéuticas del cuadro psicopatológico y sus hallazgos más sobresalientes en seis pacientes (tres varones y tres mujeres) con diagnóstico de alucinosis alcohólica, que fueron tratados y seguidos ambulatoriamente en la Unidad de Tratamiento del Alcoholismo (U.T.A), de Salamanca durante 12 años.

Del análisis de nuestros casos hemos encontrado algunos hallazgos interesantes. La mayoría de los pacientes vivían en un cierto grado de aislamiento (vivían solos), con escasas y pobres relaciones familiares y sociales<sup>1</sup>.

Los estudios epidemiológicos, realizados en población general, como el estudio NESARC<sup>2</sup>, o realizados en poblaciones clínicas<sup>3</sup>, señalan que la proporción entre hombres/mujeres con alcoholismo oscila entre 2-4/1. Sin embargo, en nuestra muestra hay igual número de mujeres que de hombres, hallazgo que no ha podido ser corroborado por otros estudios. El interrogante que nos planteamos es si se trata de una hallazgo casual o si la mujer es más vulnerable para padecer este trastorno.

La historia de consumo de alcohol de nuestra muestra no difiere de la que encontramos habitualmente en otros sujetos atendidos en la U.T.A.<sup>3</sup>. Hay dos hallazgos que merecen señalarse; en primer lugar, cuatro sujetos tenían antecedentes de haber recibido, previamente, tratamiento por dependencia del alcohol y dos de ellos habían estado en diferentes dispositivos asistenciales; segundo, dos casos (mujeres) tenían antecedentes personales de depresión. Los resultados de diferentes publicaciones son contradictorios

en relación a la importancia de la gravedad de la dependencia en la génesis de estos cuadros<sup>4,5</sup>.

El cuadro alucinatorio y delirante de nuestros casos presenta algunas características diferenciales. Hay tres tipos de alucinaciones: auditivas, visuales y cenestésicas. Las alucinaciones auditivas son en segunda persona (le amenazan e insultan) y en tercera persona (voces de personas que dialogan entre ellas y comentan los actos del paciente). Hay alucinaciones visuales, generalmente elementales que consisten en formas geométricas (círculos, cuadros), y cenestésicas, localizadas en el área genital. En dos casos, la intensidad de las alucinaciones se acentúa cuando los estímulos ambientales son escasos (al oscurecer, noche, soledad). Por otra parte, el delirio se caracteriza por su pobreza y escasa elaboración a partir de las alucinaciones; está circunscrito al entorno más próximo y sus temas principales son de perjuicio y persecución. Ambos síntomas psicopatológicos, aparecen a los pocos días de alcanzar la abstinencia (una o dos semanas) o tardíamente (después de varios meses), pero lo más reseñable es la reagudización o reaparición con el consumo de alcohol.

Los rasgos observados como pobreza del delirio, baja repercusión emocional, variación circadiana de la intensidad alucinatoria, junto con otras características, descritas en diferentes publicaciones<sup>1,4,5</sup>, que no están presentes en nuestros sujetos como: síntomas negativos, alteración formal del pensamiento, embotamiento afectivo, antecedentes familiares de esquizofrenia y aparición tardía del cuadro psicótico sirven para diferenciarlo de la esquizofrenia<sup>6-8</sup>.

Además del alcohol, la presencia de deterioro cognitivo es un factor que puede influir en el desarrollo del trastorno. En nuestra muestra, cinco pacientes tenían estudio neuropsicológico y cuatro, pruebas de neuroimagen (RMN o TC), en las que se informaba de deterioro cognitivo y atrofia cortico-subcortical. Estudios recientes, realizados con pruebas de neuroimagen funcional como SPECT, han hallado una disfunción en diferentes áreas cerebrales (frontal, parietal, temporal, occipital y cerebelo), reversible con la abstinencia y tratamiento antipsicótico, acompañándose de mejoría del cuadro psicótico<sup>9</sup>.

De los resultados de nuestro estudio podemos concluir que el Trastorno Psicótico inducido por Alcohol es, actualmente, muy poco frecuente. El aislamiento social y familiar, la severidad de la dependencia y la afectación cerebral por el alcohol son factores que pueden influir en su etiología. La evolución suele ser favorable en la mayoría de los casos y es imprescindible la abstinencia absoluta, junto con el tratamiento antipsicótico durante los primeros meses de la enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Soyka M. Psychopathological characteristics in alcohol hallucinosis and paranoid schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1990;81:255-9

---

## Cartas al editor

---

2. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:830-42.
3. Avila-Escribano JJ, González-Parra D. Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*. 2007;19:383-92.
4. Tsuang JW, Irwin MR, Smith TL, Schuckit MA. Characteristics of men with alcoholic hallucinosis. *Addiction*. 1994;89:73-8.
5. Perme B. Follow-up study of alcoholic hallucinosis. *Indian Journal of Psychiatry*. 2003;45: 244-6.
6. Giner-Ubago J, Franco-Fernández MD, Vázquez-Barquero JL. Problemas relacionados con el alcohol. *Psiquiatría en atención primaria*. Madrid: Aula Médica, 2007; p. 436-8.
7. Surawicz FG. Alcoholic Hallucinosis: A missed diagnosis. Differential diagnosis and management. *Can J Psychiatry*. 1980;25:57-63.
8. Jordaan GP, Nel DG, Hewlett R, Emsley R. Alcohol-induced psychotic disorder: A comparative study on the clinical characteristics of patients with alcohol dependence and schizophrenia. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009;70:870-6.
9. Jordaan GP, Watwick JM, Nel DG, Hewlett R, Emsley R. Alcohol-induced psychotic disorder: brain perfusion and psychopathology -before and after anti-psychotic treatment. *Metab Brain Dis*. 2012;27:67-77.