

SÍNDROME DEL OÍDO MUSICAL Y DEPRESIÓN PSICÓTICA: UN CASO DE DOBLE ACTIVIDAD ALUCINATORIA AUDITIVA.

Diana Malheiro Mota

Miguel Barbosa

Raquel Ribeiro da Silva

Lúcia Ribeiro

Servicio de Psiquiatría e Salud Mental do Centro Hospitalario de Vila Nova de Gaia,
Portugal; Residente en Psiquiatría

MUSICAL EAR SYNDROME AND DEPRESSIVE PSYCHOSIS: A CLINICAL REPORT OF DOUBLE AUDITORY HALLUCINATION.

Diana Malheiro Mota

Miguel Barbosa

Raquel Ribeiro da Silva

Lúcia Ribeiro

Servicio de Psiquiatría e Salud Mental do Centro Hospitalario de Vila Nova de Gaia,
Portugal; Residente en Psiquiatría

Dirección Postal:

Diana Malheiro Mota: dianamalheiomota@gmail.com

Avenida Dr. Mário Soares, nº 69, 1º esquerdo.

4420-619 Gondomar, Portugal

Síndrome del Oído Musical y Depresión Psicótica: Un caso de doble actividad alucinatoria auditiva.

Resumen

El Síndrome del oído musical (SOM) es una patología caracterizada por la presencia de alucinaciones auditivas de etiología no psiquiátrica en pacientes con discapacidad auditiva. La preservación del insight percepción y la ausencia de otros síntomas psicóticos les permite distinguirse de otros trastornos psicopatológicos. Presentamos el caso de una paciente de 57 años con doble actividad auditiva alucinatoria debido al desarrollo de una depresión psicótica secundaria a un Síndrome del oído musical.

Palabras clave: Depresión, Psicosis, Alucinaciones auditivas, Psicopatología.

Musical Ear Syndrome and Depressive Psychosis: a clinical report of double auditory hallucination.

Abstract

Musical Ear Syndrome (MES) is a pathology characterized by the presence of auditory hallucinations of non-psychiatric etiology in patients with hearing impairment. The preservation of insight and the absence of other psychotic symptoms allow them to be distinguished from other disorders of a psychopathological nature. We report the case of a 57-year-old female patient with double auditory hallucinatory activity due to the development of a psychotic depression secondary to a Musical Ear Syndrome.

Key words: Depression; Psychosis; Auditory Hallucination; Psychopathology.

Síndrome del Oído Musical y Depresión Psicótica: Un caso de doble actividad alucinatoria auditiva.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome del oído musical (SOM) es una patología caracterizada por la presencia de alucinaciones auditivas de etiología no psiquiátrica en pacientes con discapacidad auditiva.¹ La asociación entre la discapacidad auditiva y el desarrollo de alucinaciones auditivas, a menudo de naturaleza musical, está bien documentada.² Algunos autores han sugerido que la SOM es una variante del síndrome de Charles-Bonnet, en el que los pacientes con pérdida visual experimentan alucinaciones visuales complejas con preservación del *insight*.³ La SOM es una condición única y rara, descrita con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada.⁴

Aunque se desconoce su mecanismo, cuando es secundario a la pérdida auditiva, es probable que los sonidos "fantasmas" sean causados por hipersensibilidad en la corteza auditiva asociada con la privación sensorial.^{5,6} La hipótesis de que la SOM es secundaria a la privación sensorial de la corteza auditiva, se parece a los efectos de la privación sensorial visual observada en el síndrome de Charles Bonnet.⁶ Cope y Baguley realizaron una revisión de la literatura sobre alucinaciones musicales y describieron que la literatura existente respalda la propuesta de que el sistema auditivo desempeñó un papel en su patogénesis.⁷ Griffiths propuso que la privación sensorial de la corteza auditiva en individuos con discapacidad auditiva conduce a un actividad relativa excesiva de la corteza auditiva de asociación y, por lo tanto, los síntomas alucinatorios.⁸

Comprender la etiología de SOM es esencial para su enfoque y tratamiento. Evers y Ellger (2004) enumeraron una lista exhaustiva de las causas más importantes ante las presuntas alucinaciones musicales. La pérdida de audición parece ser el factor más común asociado, pero los trastornos psiquiátricos potencialmente graves como la depresión, la demencia y los trastornos psicóticos pueden justificar este tipo de alucinaciones.⁹ La anamnesis cuidadosa requiere una caracterización psicopatológica adecuada de la actividad auditiva alucinatoria para permitir una mejor aclaración y diferenciación entre las posibles causas subyacentes. En el SOM asociado con la pérdida de audición, las experiencias alucinatorias difieren de las que se experimentan comúnmente en los trastornos psicóticos.¹⁰ El tipo de alucinaciones presentes en este cuadro clínico es generalmente de naturaleza musical y puede variar de sinfonías populares, instrumentales, orquestales o canciones de radio. Sin embargo, también puede incluir escuchar voces.^{3,8} La preservación del *insight* es el hito más importante para la diferenciación de la SOM de otros trastornos de naturaleza psicopatológica. Además, otros síntomas psicóticos no deberían estar presentes, especialmente otros tipos de alteraciones en la percepción sensorial, como la actividad alucinatoria en otras modalidades y / o trastornos del pensamiento.⁶ Aunque el Síndrome del oído musical

no es una afección médicamente grave, su impacto emocional y la funcionalidad del individuo pueden ser significativos, asociados con altos niveles de angustia y una reducción en la calidad de vida.¹ Por lo tanto, es esencial proporcionar el mejor tratamiento posible dirigido a la causa subyacente siempre que sea identificable.

Considerando una etiología que es difícil de aclarar, el tratamiento propuesto a menudo es difícil de delinear. La teoría de que el SOM es causado por la privación auditiva está respaldada por el descubrimiento de que se ha demostrado que el aumento de la estimulación auditiva externa disminuye los efectos de las alucinaciones musicales.⁹ Por lo tanto, la colocación de audífonos o cirugía audiológica, como la colocación de implantes cocleares puede disminuir o erradicar estas alucinaciones. En los casos en que se encuentra la psicopatología, el tratamiento debe pasar naturalmente por el tratamiento de la condición psiquiátrica identificada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Identificación del caso y motivo de consulta

Presentamos el caso clínico de una mujer de 57 años (Sra. M.), casada y madre de 2 hijas, asistente operativa en una guardería, sin antecedentes psiquiátricos hasta los 57 años de edad. La paciente fue enviada desde la Consulta de Otorrinolaringología (ORL) a la Consulta Psiquiátrica en abril de 2019 para una aclaración diagnóstica por presentar síntomas depresivos y alucinaciones auditivas. La paciente había sido seguida en una consulta de otorrinolaringología durante aproximadamente 10 años por antecedentes de sordera adquirida, progresiva de naturaleza traumática asociada con una marcada exposición al ruido. De niña, acompañó a su madre trabajadora de fábrica en el trabajo y luego ella misma trabajó como trabajadora de fábrica sin el uso de protección auditiva.

Ante la pérdida progresiva de la audición, utilizó audífonos bilaterales desde 2011 con un beneficio adecuado hasta octubre de 2018. En octubre de 2018 hubo un empeoramiento marcado y pérdida repentina de la audición en su oído izquierdo y en diciembre del mismo año, pérdida repentina de la audición en su oído derecho. En este contexto, fue evaluada por ORL y se sometió a un examen auditivo completo que reveló sordera neurosensorial bilateral profunda, y luego se recomendó la colocación de un implante coclear. En marzo de 2019, el Otorrinolaringólogo Asistente envió al paciente a la Consulta Psiquiátrica por presentar síntomas depresivos marcados y actividad alucinatoria auditiva. En una primera consulta de psiquiatría, la paciente fue derivada a la Unidad de Hospitalización Parcial (UHP) para perfusión con diazepam considerando angustia marcada y la necesidad de aclaración diagnóstica.

EVALUACIÓN

En la evaluación en la UHP, la paciente describió la evolución de su pérdida auditiva, refiriéndose a que en los últimos años, a medida que su pérdida auditiva se volvió más severa, comenzó a escuchar "mucho ruido" y una canción que describió como "instrumentos de la iglesia" particularmente notable cerca del oído izquierdo. Aunque descritos como molestos, estos sonidos musicales inicialmente no limitaron sus vidas diarias y la paciente mantuvo su funcionalidad. Desde la pérdida repentina y total de la audición durante el último trimestre de 2018, estos ruidos han empeorado y también han comenzado a escuchar un ruido descrito como similar a un informe de fútbol. El paciente localizó estos sonidos en el espacio perceptual externo ("al lado del oído") presentando críticas por su ocurrencia, reconociendo la falta de estímulo acústico externo, así como su incapacidad para escucharlo considerando su sordera completa. En este contexto, describió las quejas de ansiedad reactiva en aumento asociadas con el miedo a "volverse loca". También comenzó a sentirse más triste debido a la comunicación limitada con los miembros de la familia, particularmente con la nieta de 18 meses que cuidaba, por temor a no brindar la mejor atención por no poder entenderla o escucharla en caso de un accidente. Progresivamente, las quejas de tristeza empeoraron y desarrolló una imagen marcada por la anhedonia y la clinofilia que la obligó a dejar su trabajo. En este punto, describe que comenzó a escuchar algo diferente de lo que había escuchado hasta entonces. Describe la voz de dos personas que identifica como la de sus padres, ambos ya fallecidos. Estas voces se escucharon claramente, ubicadas en el espacio perceptual interno, dirigiéndose a usted en segunda persona, con contenido negativo / insultante y, a veces, comando, refiriéndose a un episodio en el que le dijeron que se arrojara al río. En este contexto, desarrolló una ideación autolesiva, aunque no estructurada. A pesar de verbalizar cierta extrañeza con respecto a la aparición de estas voces, la paciente permaneció durante largos períodos del día reflexionando sobre su contenido y no reveló la misma crítica para los descritos anteriormente. En asociación, desarrolló ideas de culpabilidad que se refieren a "quieren castigarme", aunque no caracterizó su contenido con más detalle.

Se obtuvieron los siguientes resultados analíticos: hemoleucograma y bioquímica sin cambios; resonancia magnética cerebral: probable brecha isquémica antigua en el cerebelo izquierdo, sin otros cambios densitométricos o morfológicos que puedan valorarse; ECG y radiografía de tórax sin cambios.

TRATAMIENTO

Comenzó el tratamiento bajo hospitalización parcial con diazepam como una infusión de hasta 5 mg / día, que se asoció con risperidona hasta 2 mg / día y lorazepam 1,25 mg al acostarse. También se introdujo 50 mg de sertralina, que luego se suspendió por intolerancia. Al final del tratamiento de perfusión (14 días), la paciente mostró una mejoría en las quejas de ansiedad, manteniendo la actividad alucinatoria auditiva sin cambios. Posteriormente, en consulta psiquiátrica, considerando la condición depresiva

con un marcado impacto en el sueño y el historial de poca tolerancia a los ISRS, se introdujo mirtazapina en titulación de hasta 45 mg. También se realizó un cambio antipsicótico para la olanzapina 5 mg debido a la aparición de síntomas extrapiramidales con risperidona. Progresivamente, se observó una mejora animica parcial y se decidió reintroducir la sertralina en una titulación más lenta de hasta 50 mg. En este contexto, hubo un desvanecimiento de los síntomas depresivos, así como la desaparición de las voces identificadas como pertenecientes a los padres y las ideas de culpa asociadas. Las alucinaciones auditivas musicales descritas como "música de iglesia" acompañada de "ruido" se mantuvo sin cambios, independientemente de la mejora en los síntomas depresivos. La paciente permanece medicada con 50 mg de sertralina, 45 mg de mirtazapina y 5 mg de olanzapina y está esperando la cirugía para colocar un implante coclear.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Los autores presentan el caso clínico de un paciente con síndrome de oído musical secundario a una pérdida auditiva con aproximadamente 10 años de evolución agravada por la pérdida auditiva repentina. Las alucinaciones auditivas descritas en este caso son similares a las descritas típicamente en la literatura sobre este síndrome, con respecto a su contenido musical, ubicación en el espacio perceptual externo y la crítica conservada de su aparición. Injerto en este cuadro clínico, debido a las dificultades de comunicación impuestas por la sordera y el alto impacto emocional de las alucinaciones musicales, el paciente desarrolló una condición depresiva severa marcada por síntomas psicóticos. Los cambios en la percepción sensorial desarrollados en una etapa posterior en el contexto de los síntomas depresivos presentan características diferentes de las alucinaciones musicales descritas anteriormente. Por lo tanto, su carácter complejo y organizado, auditivo-verbal con contenido negativo / insultante y de comando, ubicado en el espacio perceptual interno, asociado con ideas de culpa congruentes con el humor, y por el cual la paciente no presentó críticas, permitió su comprensión como un fenómeno distinto de naturaleza psicopatológica. La descripción y comprensión de estas características fue esencial para comprender su carácter psicopatológico y permitir el tratamiento dirigido. La literatura existente sobre el Síndrome del oído musical es escasa y ambigua. En su comparación con el Síndrome de Charles Bonnet visual, las alucinaciones visuales y musicales representan un fenómeno de liberación, en el cual la privación sensorial interrumpe la entrada al sistema auditivo, causando actividad espontánea. Teniendo en cuenta el hecho de que las alucinaciones musicales son más intensas cuando el ruido circundante es bajo, también pueden interpretarse como un fenómeno de desreferenciación.^{5,12} En el caso de las alucinaciones musicales después de una pérdida auditiva neurosensorial bilateral repentina, se ha postulado que una pérdida bilateral abrupta de la función del oído interno puede inhibir los grupos neuronales que almacenan la memoria auditiva.⁵ Aunque se asocia principalmente con la pérdida de audición, la aparición de SOM también se ha descrito en asociación con patología neurológica o psiquiátrica, lo que revela la necesidad de un diagnóstico

diferencial preciso. Por lo tanto, el diagnóstico de SOM puede incluirse en una variedad de enfermedades psiquiátricas, desde depresión psicótica unipolar, hasta esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo. Además, algunas afecciones neurológicas también se han asociado con este síndrome, a saber, la epilepsia del lóbulo temporal, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson.^{9,12} En este contexto, la exploración psicopatológica cuidadosa es invaluable.

El tratamiento solo puede ser efectivo en casos con una causa subyacente clara. En los casos en que no hay enfermedad psiquiátrica, el paciente debe estar tranquilo a este respecto, ya que muchas de estas situaciones están asociadas con un alto temor a "volverse loco". Si existen condiciones depresivas, psicóticas u otras condiciones psiquiátricas, se debe instituir el tratamiento psicofarmacológico más apropiado. Por otro lado, los pacientes con pérdida auditiva deben ser evaluados por ORL y su audición debe optimizarse mediante la colocación de prótesis, implantes cocleares u otros. Para pacientes con SOM de etiología poco clara, se sugirió terapia farmacológica (incluidos antiepilépticos y antipsicóticos), pero la literatura describe resultados dudosos.^{8,11,13} En ausencia de datos de ensayos controlados aleatorios, la terapia farmacológica debería reservarse idealmente para pacientes con causas identificables y tratables y el asesoramiento del paciente sigue siendo la mejor opción en este momento.^{6,14}

Crear conciencia y alertar a los profesionales de la salud que contactan a estos pacientes, a saber, Otorrinolaringólogos, Médicos de Familia, Técnicos de Audiometría, entre otros, por la existencia de SOM es fundamental para su comprensión y enfoque correcto.

REFERENCIAS.

1. Çakmak, M. A., Şahin, Ş., Çinar, N., & Karşıdağ, S. (2016). Frequently Seen But Rarely Diagnosed: Musical Ear Syndrome. *Noro psikiyatri arsivi*, 53(1), 91.
2. Low, W. K., Tham, C. A., D'Souza, V. D., & Teng, S. W. (2013). Musical ear syndrome in adult cochlear implant patients. *The Journal of laryngology and otology*, 127(9), 854–858.
3. German E. Berrios, Peter Brook. The Charles Bonnet Syndrome And The Problem Of Visual Perceptual Disorders In The Elderly, *Age And Ageing*, Volume 11, Issue 1, 1982, Pages 17–23.
4. Golden EC, Josephs KA. Minds on replay: musical hallucinations and their relationship to neurological disease. *Brain* 2015; 138(12): 3793–3802.
5. Goycoolea M, Mena I, Neubauer S. Spontaneous musical auditory perceptions in patients who develop abrupt bilateral sensorineural hearing loss. An uninhibition syndrome? *Acta Otolaryngol.* 2006;126:368–374.

Malheiro Mota, D., Barbosa, M., Ribeiro da Silva, R. y Ribeiro, L.

6. Low WK, Tham CA, D'Souza VD, Teng SW. Musical ear syndrome in adult cochlear implant patients. *J Laryngol Otol.* 2013;127:854–858.
7. Cope TE, Baguley DM. Is musical hallucination an otological phenomenon? A review of the literature. *Clin Otolaryngol* 2009;34:423–30
8. Griffiths TD. Musical hallucinosis in acquired deafness: phenomenology and brain substrate. *Brain* 2000;123:2065–76
9. Evers, S., & Ellger, T. (2004). The clinical spectrum of musical hallucinations. *Journal of the neurological sciences*, 227(1), 55–65.
10. Izumi Y, Terao T, Ishino Y, Nakamura J. Differences in regional cerebral blood flow during musical and verbal hallucinations. *Psychiatry Res* 2002;116:119–23
11. Vitorovic D, Biller J. Musical hallucinations and forgotten tunes — case report and brief literature review. *Front Neurol* 2013; 4: 109.
12. Burke W. The neural basis of Charles Bonnet hallucinations: a hypothesis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73(5): 535–541.
13. Gilhuis HJ, Dara Hama-Amin A, Renier W. Songs from childhood in the head. *Clin Otolaryngol* 2007;32: 419–20
14. Colon-Rivera, H. A., & Oldham, M. A. (2014, October 30). The mind with a radio of its own: A case report and review of the literature on the treatment of musical hallucinations.