



REPORTE DE CASO

ALUCINACIONES OLFATIVAS EN UN PACIENTE VARÓN JOVEN

Marcelo Gerardo O'Higgins Roche, Rubén Darío López Ruiz

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

RESUMEN

Introducción: Las alucinaciones olfativas son un síntoma no muy común en los cuadros psicóticos con una prevalencia del 6% de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia. Existen pocas investigaciones acerca de la fenomenología de estos síntomas y significan un desafío para los médicos tratantes cada vez que se presentan.

Reporte de caso: Paciente de sexo masculino de 18 años derivado del servicio de Dermatología por un cuadro de acné y bromhidrosis. Refiere tener ideas de que tiene "olores extraños", "olor a frituras" que se dan en contextos sociales. Refiere que sabe que los demás también detectan estos aromas aunque llegaron a negarle estas circunstancias.

Conclusión: Los cuadros de alucinaciones olfativas (fantasmias) pueden darse en diversas patologías desde cuadros orgánicos como convulsiones del lóbulo temporal hasta cuadros psiquiátricos como diversos cuadros psicóticos, del estado de ánimo y en el trastorno de estrés post-traumático.

Autor de correspondencia:

Marcelo Gerardo O'Higgins Roche
lonko_ohiggins@hotmail.com

Recibido: 01/03/2020

Aceptado: 05/05/2020

Palabras clave:

Alucinaciones, psiquiatría, trastornos del olfato

ABSTRACT

Background: Olfactory hallucinations are uncommon symptom in psychotic episodes with a prevalence of 6% of patients diagnosed with schizophrenia. There is little research on the phenomenology of these symptoms and their treatment represent a challenge for medical providers every time they occur.

The case: An 18-year-old male patient was derived from the Dermatology department due to a condition of acne and bromhidrosis. He refers having ideas that he has "strange smells" on him, "smell of fried foods" that occur in social contexts. He says that he knows that others also detect these smells although they came to deny this to him.

Conclusion: Olfactory hallucinations or phantosmias can occur in various pathologies from organic conditions such as temporal lobe seizures to psychiatric conditions such as various psychotic disorders, mood and post-traumatic stress disorder

Keywords:

Hallucination; Psychiatry;
Olfaction disorders

INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones olfativas son un síntoma no muy común en los cuadros psicóticos con una prevalencia del 6% de los pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia (1). Estas pueden causar malestar significativo al paciente. Sin embargo, existen muy pocas investigaciones respecto a la naturaleza de estos síntomas, lo que hace que el tratamiento de los cuadros en donde aparecen sea complicado por la poca información acerca de su tratamiento (2).

No son una alteración sensorio-perceptiva que se reduce únicamente al ámbito de la psiquiatría, en realidad son mucho más comunes en el área de la neurología y la neurocirugía (3). La presencia de alucinaciones olfativas en pacientes debe hacer considerar al médico tratante en un abanico de posibilidades diagnósticas y en los posibles estudios auxiliares que podrían brindar un cuadro

más claro a la hora de encarar el pronóstico y el plan terapéutico de estos cuadros. Este caso constituye una aproximación a un paciente con esta sintomatología en donde se abordó desde la perspectiva de la Psiquiatría sin dejar de lado las consideraciones de otras afecciones orgánicas que puedan explicar la presencia de estos fenómenos.

REPORTE DE CASO

El paciente C.N. tiene 17 años, es de sexo masculino, reside en Luque (Paraguay), es referido a la unidad de Psicodermatología del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas por parte de sus médicos tratantes en el servicio de Dermatología. Había consultado en el servicio de origen por un cuadro de "granos en el rostro, sudoración profusa y mal olor en las axilas" según refiere en su ficha de Dermatología. Este cuadro se inició dos años antes que inicie sus

consultas con un cuadro de acné leve que empeora un año antes de acudir a consulta. Se había automedicado con una crema de ácido fusídico y con la colocación de extracto de Aloé vera. La sudoración y el referido "mal olor" inician igualmente 2 años antes de consultar, trató de mitigarlo con el uso de desodorante comercial con lo cual mejora la sudoración, pero no el olor. Ante esto, la impresión diagnóstica del Servicio de Dermatología es de acné y de Bromhidrosis. El plan de tratamiento sugerido es utilizar lavado de rostro con jabón de glicerina dos veces al día y el consumo de Doxiciclina 100 mg/día con el almuerzo, la aplicación de un gel de Adapalene 0,1% + Peroxido de Benzoilo 2,5% en noches alternas por dos semanas, luego todas las noches, la aplicación de protector solar de amplio espectro cada 3 horas por las mañanas, la aplicación de una loción de peróxido de Benzoilo 10% en la espalda y en el pecho por las noches, y la utilización de jabón de iodopovidona para el lavado de las axilas al menos dos veces por día. El paciente realiza este tratamiento por 3 meses, sin cambios en cuanto al olor que percibía por lo que sus médicos tratantes proponen su referencia a la Unidad de Psicodermatología.

Acude a la unidad solo. En cuanto a los antecedentes de la enfermedad actual, el paciente refiere que por un periodo de dos años tiene episodios de sudoración profusa que se acompañan de "olores desagradables". Esto le ocurría al inicio en el colegio, cuando se encontraba rodeado de gente. Estos episodios empeoran 1 año previo a su consulta, donde empieza a notar que sus compañeros "le huelen" o dicen comentarios despectivos hacia un aroma que perciben en él. Refiere que los ve juntándose en grupos, comentando y riéndose de él. Refiere que en una ocasión, una compañera dijo en voz alta "hay que hacer vaquita" lo que el entendió como que se debía juntar dinero entre todos para comprarle desodorante. Al preguntársele el porqué de que creyó que se

refería a él, el paciente indica no tener pruebas, pero que está convencido que era referente a su persona. En otro episodio él nota que tiene olor "a frituras" y una compañera le dice "Carlos, ¡que olor a fritura hay!" lo cual le confirma que es el que desprende el olor y que los demás le huelen, de vuelta sin que la compañera le indique que proviene de él. La naturaleza de los olores cambia, pero siempre son desagradables según refiere. No mejoraron con la medicación, ni con la reducción de la sudoración.

El paciente lo relaciona con el colegio dado que todos los episodios ocurrieron ahí, menos uno que ocurrió mientras esperaba para consultar en Dermatología. Encuentra estos episodios muy desagradables para él, incluso lo llevan a faltar al colegio y empieza a tener problemas en cuanto a sus notas y a sus posibilidades de terminar el colegio por este punto. Refiere que su familia, principalmente su madre, le dice que no tiene olores, que nunca olieron nada extraño, pero él está seguro de que esos olores existen. En otras actividades, como cuando hace ejercicio solo y suda mucho, no aparecen esos olores. Refiere que nunca antes en su vida tuvo episodios similares.

En cuanto a sus antecedentes patológicos personales, no posee internaciones ni procedimientos quirúrgicos previos. No tuvo traumatismos craneoencefálicos previos, tampoco la presencia de episodios convulsivos. Tuvo una evaluación previa por Otorrinolaringología quienes no encontraron alteraciones que puedan explicar esta percepción. Se le llegó a solicitar neuroimágenes (tomografía simple de cráneo) que resultaron sin alteraciones, pero no las trae consigo al momento de consultar con Psiquiatría.

En cuanto a sus antecedentes patológicos familiares, no posee familiares con problemas similares, ni tampoco que hayan con-

sultado alguna vez por Psiquiatría o Psicología.

En cuanto al examen psíquico, se encontraba vigil, ubicado en tiempo, espacio y persona. Apariencia adecuada, psicomotricidad sin particularidades, marcha conservada. Lenguaje con buen tono, bien articulado. Atención focalizada, comprende y entiende. Humor eutímico, afecto congruente. En cuanto a contenido del pensamiento, ideas autoreferenciales "los compañeros hablan de mí cuando se juntan", ideas delirantes "la gente me huele, aunque mi mamá me dice que no tengo olores". Sin alteraciones del curso del pensamiento. En cuanto a la sensoropercepción, no tiene alteraciones al momento del examen, pero refiere haber tenido alucinaciones olfativas de "olores desagradables, frituras". Introspección parcial.

En esa consulta se llega a la impresión diagnóstica de un trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado (F29, según CIE -10) a ser evaluado longitudinalmente, se le solicitó que en la siguiente consulta pueda volver acompañado de un familiar para recabar más datos, se le inicia Risperidona 1,5 mg/día por tres días, luego 3mg/día por las noches y se lo cita para control en una semana. Se le solicita igualmente una evaluación por Neurología. Sin embargo, el paciente no vuelve a sus controles de vuelta ni en el Servicio de Psiquiatría ni en el Servicio de Dermatología.

DISCUSIÓN

En este paciente el cuadro de alucinaciones olfativas se daba en contextos bien relacionados a situaciones sociales en donde el paciente manifiesta malestar. Si bien en la neuroimagen inicial y en las evaluaciones previas por dermatólogos y otorrinolaringólogos no encontraron alteraciones que expliquen el cuadro, se debe estudiar

más al paciente por la posibilidad de un cuadro orgánico. Las alteraciones del olfato (disosmias) pueden ser divididas entre alteraciones cuantitativas (disminución de la percepción-hiposmia, pérdida de la percepción-anosmia) y alteraciones cualitativas (alteración de la percepción-parosmia, percepción con fuente inexistente-fantosmia) (4). Puede existir entre un 5 a un 15% de la población con estos problemas. Entre las causas principales de las alteraciones cuantitativas están: la declinación fisiológica relativa a la edad, patologías sinusales (pólipos, rinosinusitis crónica), infecciones virales, traumatismos cráneo-encefálicos, patologías degenerativas (Parkinson y Alzheimer) (5).

En cuanto a las alteraciones cualitativas, es decir las parosmias y las fantosmias o alucinaciones olfativas, la mayoría de estas reflejan elementos dinámicos que puede estar causados por la degeneración o la regeneración del epitelio olfatorio y que pueden ser temporales. Las causas de estas alteraciones epiteliales pueden ser secuelas de infecciones respiratorias, traumatismo cráneo-encefálico y patologías sinusales (6). En algunos casos, estas alucinaciones pueden aparecer como auras de episodios convulsivos a partir de lesiones del lóbulo temporal. Estas auras pueden pasar tras unos minutos o pueden desembocar en convulsiones con alteración de la conciencia. El electroencefalograma inter-episódico de estos cuadros en un 90% puede mostrar ondas cortas esporádicas y espigas en el lado afectado, con inversión de fase en los electrodos F7 y F8. El patrón durante el episodio es de actividad rítmica temporal theta o alfa entre los 30 segundos de la aparición de los síntomas (7). Las convulsiones del lóbulo frontal (orbito-frontales) pueden ser acompañadas de alucinaciones olfativas o fantosmias (8). Estas alteraciones pueden ser crónicas u ocurrir regularmente sin producir evidencias de actividad convulsiva. También existen al-

teraciones metabólicas que pueden tener episodios de fantasmias, como lo es la trimetilaminuria (6). También existen alucinaciones olfatorias en la enfermedad de Parkinson (9). Existe también evidencia de una relación entre las alucinaciones olfativas y desaferenciación nerviosa. El mecanismo presuntamente involucrado consiste en la hiperexcitación nerviosa. En estas circunstancias, se ha encontrado que el aislamiento social posterior a un daño neuronal aumenta el riesgo de alucinaciones (10). Es por estas condiciones que se había solicitado al paciente una evaluación por neurología.

En cuanto a los cuadros psicóticos con alucinaciones auditivas, existe una minoría importante de pacientes con esquizofrenia que poseen alucinaciones olfativas que llevan a ansiedad social, depresión y sufrimiento (2). En estos pacientes no solo se dan la presencia de alteraciones cualitativas del olfato, sino que también se ha encontrado hiposmias e incluso anosmia (11). Entre los pacientes con esquizofrenia y otros cuadros psicóticos se ha encontrado que las pacientes de sexo femenino tienen más posibilidad de tener hiposmias y alucinaciones olfativas (12). Han existido reportes de cuadros de trastorno de estrés post-traumático con alucinaciones olfativas, donde se realizaron resonancias magnéticas funcionales (f MRI) en donde se encontró una conectividad aumentada entre la corteza olfatoria y las regiones cerebrales en donde se integra la información relacionada con emociones como la insula, la corteza cingulada anterior y el giro frontal inferior (13). Se han encontrado igualmente casos de alucinaciones olfatorias en cuadros del estado de ánimo, principalmente en cuadros depresivos. Se postula que estas alteraciones en cuadros del estado de ánimo puedan explicarse por alteraciones de la función del lóbulo temporal, que en los estudios de neuroimagen funcional se encuentra alterado en cuadros de alteración del humor (14,15). Existen

también datos que indican que la presencia de alucinaciones olfatorias en pacientes con cuadros psicóticos como la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo trae consigo un peor pronóstico en estos pacientes. Si consideramos que el cuadro actual del paciente es de un cuadro psicótico esto trae consigo una particular preocupación por la edad que posee el paciente y por lo que podemos esperar del tratamiento futuro del mismo.

Financiamiento:

Autofinanciado

Conflictos de interés:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzales GM, Cook MJ. Chapter 13 - Disorders Of Smell And Taste. In: Schapira AHV, Byrne E, DiMauro S, Frackowiak RSJ, Johnson RT, Mizuno Y, et al., editors. *Neurology and Clinical Neuroscience* [Internet]. Philadelphia: Mosby; 2007 [cited 2020 Mar 1]. p. 171–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323033541500171>
2. Kimhy D. Cognitive-Behavioral Therapy for Olfactory Hallucinations and Associated Delusions: A Case Report. *Am J Psychother*. 2016;70(1):117–23.
3. Mercadé Cerdá JM, López Gonzalez FJ, Serrano Castro P, Castro Vilanova MD, Campos Blanco DM, Querol Pascual MR, et al. Observational multicentre study into the use of antiepileptic drugs in Spanish neurology consultations. *Neurol Barc Spain*. 2018 Mar 9;
4. Erskine SE, Philpott CM. An unmet need: Patients with smell and taste disorders. *Clin Otolaryngol Off J ENT-UK Off J Neth Soc Oto-Rhino-Laryngol Cervico-Facial Surg*. 2020 Mar;45(2):197–203.
5. Frasnelli J, Collignon O, Voss P, Lepore F. Chapter 15 - Crossmodal plasticity in sensory loss. In: Green AM, Chapman CE, Kalaska JF, Lepore F, editors. *Progress in Brain Research* [Internet]. Elsevier; 2011 [cited 2020 Mar 1]. p. 233–49. (Enhancing Performance for Action and Perception; vol. 191). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780444537522000023>
6. Doty RL, Bromley SM. Chapter 7 - Cranial Nerve I: Olfactory Nerve. In: Goetz CG, editor. *Textbook*

of Clinical Neurology (Third Edition) [Internet]. Philadelphia: W.B. Saunders; 2007 [cited 2020 Mar 1]. p. 99–112. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9781416036180100074>

7. Marcuse LV, Fields MC, Yoo J (Jenna). 5 - The EEG and epilepsy. In: Marcuse LV, Fields MC, Yoo J (Jenna), editors. Rowan's Primer of EEG (Second Edition) [Internet]. London: Elsevier; 2016 [cited 2020 Mar 1]. p. 121–55. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323353878000056>

8. Kuzniecky RI, Jackson GD. CHAPTER 5 - Extra-Temporal Lobe Epilepsy. In: Kuzniecky RI, Jackson GD, editors. Magnetic Resonance in Epilepsy (Second Edition) [Internet]. Burlington: Academic Press; 2005 [cited 2020 Mar 1]. p. 177–96. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780124311527500094>

9. Kim R, Jeon B. Chapter Thirty-Five - Non-motor Effects of Conventional and Transdermal Dopaminergic Therapies in Parkinson's Disease. In: Chaudhuri KR, Titova N, editors. International Review of Neurobiology [Internet]. Academic Press; 2017 [cited 2020 Mar 1]. p. 989–1018. (Nonmotor Parkinson's: The Hidden Face; vol. 134). Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0074774217300521>

10. Marschall TM, Brederoo SG, Ćurčić-Blake B, Sommer IEC. Deafferentation as a cause of hallucinations. *Curr Opin Psychiatry*. 2020 Feb 18;

11. Kopala LC, Good KP, Honer WG. Olfactory hallucinations and olfactory identification ability in patients with schizophrenia and other psychiatric disorders. *Schizophr Res*. 1994 Jun;12(3):205–11.

12. Hubl D. [Phenomenology, clinical diagnostics and treatment of hallucinations]. *Ther Umsch Rev Ther*. 2018 Jun;75(1):19–29.

13. Ridgewell C, Bray A, Curtis K, Velasquez K, Baldwin PR, Fowler JC, et al. Enhanced Olfactory Cortex Connectivity in a Patient With PTSD With Olfactory Hallucinations. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015;27(2):e170-171.

14. Martin P, Scharfetter C. [Olfactory hallucinations in depression]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1993 Sep;61(9):293–300.

15. Tripathi P, Gupta SK, Goyal P, Kar SK. Successful use of olfactory hallucinations as early warning sign in a patient with bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Aug;49(8):756.