# Síndrome de Alicia en el país de las maravillas y depresión psicótica: a propósito de un caso

**Calls M, García D, Pérez-Solá V, Álvarez P.**
Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones, Hospital del Mar, IMIM, Barcelona, España

## Introducción

El síndrome de Alicia en el país de las maravillas (SAPM) es un trastorno perceptivo raro, caracterizado típicamente por la percepción distorsionada del tamaño de la masa o de la forma del propio cuerpo o de su posición en el espacio (SAPM-A), pero también de otras personas u objetos (macropsia, micropsia, etc) y/o de la distancia (SAPM-B), o una combinación de ambos (SAPM-C). A estos síntomas se puede añadir despersonalización, desrealización o percepción distorsionada del tiempo[1].
Identificado principalmente en trastornos neurológicos (especialmente migraña y epilepsia) y en infecciones víricas, ha sido también descrito en el trastorno por uso de sustancias, la esquizofrenia y la depresión[2]. Aunque la duración es habitualmente breve (< 5-30 min), se ha descrito su presencia ininterrumpida durante dos días en un caso de depresión[3]. En depresión se han publicado únicamente 4 casos (todos ellos con síntomas psicóticos): 2 SAPM-A y 2 SAPM-C, ninguno de ellos en nuestro medio.

## Descripción del caso

Presentamos el primer caso de SAPM-B asociado a depresión: un hombre de 67 años, hospitalizado por un trastorno depresivo mayor recurrente (TDMr), que cursó con delirios de ruina y de catástrofe y distorsión en el tamaño de los objetos.

### Antecedentes Sociobiográficos:

Natural de Andalucía. Vive con su pareja. Tiene una hija de una relación anterior con la que no mantiene contacto. Nula escolarización, pero sabe leer y escribir. Profesión: albañil; actualmente jubilado.

### Antecedentes Toxicológicos:

- Fumador esporádico de puros.
- Consumo habitual leve de alcohol (1UBE/día).
- No constan otros hábitos tóxicos

### Antecedentes Médicos:

- No alergias medicamentosas conocidas
- Hipertensión arterial en tratamiento con losartán 50mg/24h
- Dislipemia en tratamiento con simvastatina
- Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento con glicazida y metformina

### Antecedentes Psiquiátricos Familiares:

- Esposa diagnosticada de esquizofrenia (predominio de clínica residual)

### Antecedentes Psiquiátricos Personales:

- Trastorno depresivo mayor recurrente (TDMr) iniciado a los 62 años (previamente asintomático y bien adaptado).
- 4 descompensaciones previas que han requerido ingreso en la unidad de agudos de nuestro centro (primera a los 62 años), todas ellas caracterizadas por quejas somáticas poco específicas y síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes de ruina centradas en la ausencia absoluta de recursos en el hogar (no hay luz, no hay gas, no hay agua...) e ideas delirantes catastrofistas y de culpa.
- Tratamiento habitual con terapia electroconvulsiva (TEC) durante los ingresos por escasa respuesta al tratamiento con venlafaxina (dosis hasta 300mg/día), olanzapina (hasta 20 mg), quetiapina 150mg/día y trazodona 100mg/día. Tras la 4º descompensación (julio 2018) se instauró TEC de mantenimiento (suspendida 4 meses después) y se derivó para seguimiento en la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

### Enfermedad actual:

Traído a urgencias por el Servicio de Emergencias Médico tras alertar los vecinos después de haberlo encontrado limpiando y realizando múltiples comprobaciones en las instalaciones comunitarias del gas.
El paciente refería decaimiento anímico los últimos meses y preocupación secundaria a convencimiento de que le habían cortado el suministro del gas y del agua y de no tener dinero en la cuenta del banco.
La esposa informaba de empeoramiento de una semana de evolución y negaba base real para las preocupaciones.
Ingresa con la OD de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos iniciado a los tres meses de suspensión de la TEC de mantenimiento.
Ultimo tratamiento psicotropo pautado: Venlafaxina R 150 mg/d, Olanzapina 10 mg/d.

### Exploración Psicopatológica:

Consciente, orientado en espacio y parcialmente en tiempo. Tranquilo y colaborador. Euproséxico, sin déficits mnésicos groseros. Inhibición psicomotriz, con hipomimia facial, tono de voz bajo, latencia de respuesta aumentada, escaso discurso espontáneo y respuestas parcas, preferentemente monosilábicas. Ánimo bajo. Niega insomnio. Hiporexia y pérdida ponderal no cuantificada. Hiperpreocupación por el estado del suelo de su casa e ideas delirantes de ruina. No se aprecian alteraciones en la sensopercepción. Niega ideación de muerte/autolisis.

### Exploraciones Complementarias:

- Analítica: hemograma y bioquímica de rutina sin alteraciones, salvo leve hiperglicemia.
- Dada la similitud con episodios depresivos anteriores, la normalidad de un TAC craneal previo y la rápida remisión del SAPM no se practicaron exploraciones adicionales.

### Evolución:

Durante el ingreso se observó marcada inquietud en contexto de preocupaciones delirantes de temática catastrofista. Dada la buena respuesta previa, se reinstauró TEC (8 sesiones, bilateral) asociado al tratamiento psicotropo previo. Previamente a la realización del 2º TEC comenzó a expresar distorsión en la percepción del tamaño de los objetos, sugestivo de SAPM-B, que no había presentado en descompensaciones previas: convencimiento delirante de que las camas eran muy grandes y la habitación muy pequeña y de que los pacientes no cabían en el comedor y no sabía dónde los iba a colocar. Evolución satisfactoria tras continuar la TEC, con remisión parcial de la distorsión del tamaño de los objetos en la valoración pre 3º TEC (a los dos días del inicio) y remisión aparentemente completa de los síntomas afectivos y psicóticos cinco días más tarde.
El SAPM se consideró secundario al cuadro depresivo dada la ausencia de antecedentes personales y/o familiares de otras causas de SAPM (migraña, epilepsia, infecciones, etc) y la buena respuesta al tratamiento con TEC, venlafaxina y olanzapina.
Ante la buena respuesta a TEC y el rápido empeoramiento observado tras la suspensión del TEC de mantenimiento previo, al alta se incluyó de nuevo en TEC de mantenimiento.

### Orientación Diagnóstica

TDMr, episodio actual grave con síntomas psicóticos.

## Discusión

Este caso apoya la asociación entre el SAPM y la depresión psicótica, ya descrita previamente, sugiriendo la existencia de mecanismos fisiopatológicos comunes. Además, demuestra que la depresión psicótica puede cursar con el SAPM-B, descrito sobre todo en procesos infecciosos, y confirma una duración superior del SAPM en la depresión respecto a otros trastornos.

### Referencias Bibliográficas

[1] Yokoyama T, Okamura T, Takahashi M, Momose T, Kondo S. A case of recurrent depressive disorder presenting with Alice in Wonderland syndrome: psychopathology and pre- and post-treatment FDG-PET findings. BMC Psychiatry. 2017;17:150.
[2] Mizuno M, Kashima H, Chiba H, et al. “Alice in Wonderland” syndrome as a precursor of depressive disorder. Psychopathology. 1998; 31:85–89.
[3] Lanska DJ, Lanska JR. The Alice-in-Wonderland Syndrome. Bogousslavsky J (ed): Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus. Part II – From Psychiatry to Neurology. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger, 2018, vol 42, pp 142–150.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions
Parc de Salut MAR Barcelona