

# Intento de autoenucleación: un caso incompleto de edipismo

## *Self-inflicted ocular injures: incomplete oedipism case*

GIL HERNÁNDEZ MA<sup>1</sup>, ABREU REYES P<sup>2</sup>, GLEZ. PADILLA J<sup>3</sup>,  
SÁNCHEZ GARCÍA DM<sup>4</sup>

### RESUMEN

Presentamos un caso inusual de autolesión ocular con intento de enucleación o edipismo no completo en paciente varón de 33 años con síndrome bipolar.

**Palabras clave:** auto lesión ocular, edipismo incompleto, síndrome bipolar.

### SUMMARY

We present an unusual case of self-inflicted eye injures with intent of enucleation or incomplete oedipism in a 33 years old man with bipolar disorder.

**Key words:** self-inflicted eye injure, incomplete oedipism, bipolar disorder.

---

### INTRODUCCIÓN

Se conoce como edipismo al acto de autoenucleación o autoinflcción de herida en los ojos. El termino viene del griego Edipo, rey de Tebas, que se cegó a sí mismo tras asesinar a su padre y casarse con su madre (1).

El intento de automutilación ocular, aunque no es una patología frecuente en la práctica diaria, se presenta como entidad en pacientes psicóticos con base de esquizofrenia, tras abuso de drogas o alcohol, desórdenes depresivos u otras psicosis (2,3). Frecuentemente son varones jóvenes que sufren

---

Hospital Universitario de La Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

<sup>1</sup> Doctora en Medicina y Cirugía. Servicio de Oftalmología.

<sup>2</sup> Licenciado en Medicina y Cirugía. Jefe del Servicio de Oftalmología.

<sup>3</sup> Licenciado en Medicina y Cirugía. Servicio de Psiquiatría.

<sup>4</sup> Licenciada en Enfermería. Supervisora de la planta de Oftalmología.

Correspondencia:

M.<sup>a</sup> Antonia Gil Hernández  
Ángel Romero, n.º 74.º n.º 4  
38009 Santa Cruz de Tenerife  
España  
E-mail: marian@comtf.es

de miedo a la castración, conflictos de Edipo, impulsos homosexuales reprimidos, severa culpa y necesidad de castigo (4).

Presentamos el caso de un paciente con intento de enucleación del ojo derecho con sus propias manos.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años que es llevado a urgencias tras autolesión del ojo derecho en un intento de enucleación.

Entre los antecedentes personales destaca ser un paciente psiquiátrico, músico de profesión, en tratamiento desde hace diez años por un trastorno bipolar (episodio maníaco con síntomas psicóticos), que había sido ingresado hace un año por politraumatismo tras precipitación desde una altura.

En la exploración oftalmológica se aprecia el globo ocular derecho fuera de su órbita, con importante laceración conjuntival y ausencia de motilidad (figs. 1 y 2). El paciente refiere percibir la luz, siendo la pupila poco reactiva al estímulo luminoso. Tras mantener el ojo húmedo mediante compresas impregnadas en suero fisiológico, el paciente

es intervenido quirúrgicamente donde se efectúa una recolocación del globo ocular dentro de la órbita, suturando la conjuntiva que estaba desgarrada mediante sutura de vicryl 8/0. En el mismo quirófano se dilata la pupila al enfermo, siendo la exploración del fondo ocular completamente normal. Instauramos tratamiento antibiótico (Ceftazidima, 1gr/8 horas, y Vancomicina, 500 mg c/6 horas) y antiinflamatorio (Urbason 60 mg) por vía sistémica y tópica (Colirio Tobradex, seis veces al día).

En colaboración con el servicio de psiquiatría se completa su historia clínica: el paciente admitía un período de algo más de un mes de duración consistente en hiperactividad, insomnio casi total, planes de futuro excesivos, locuacidad, vivencias subjetivas de aumento espectacular de sus habilidades musicales, ideas de grandeza, interés desusado por los temas religiosos y consumo abusivo de alcohol. Tras instaurar tratamiento psiquiátrico mediante Carbonato de litio, Risperidona y Valproato sódico, el paciente relata el desarrollo de sus síntomas maníacos. Admitió retrospectivamente los trastornos de conducta, que reconocía como patológicos, y haber presentado ideas erotomaníacas, ideas de referencia con tinte megalómano (sentía que la gente le prestaba una atención especial, le miraban por la calle) y de grandiosidad. En cuanto al gesto autolesivo, ofreció varias interpretaciones de forma consecutiva: en un primer momento lo interpretó como «obediencia» a alucinaciones auditivas de tipo comandatorio. Más adelante el paciente refirió que trataba de ver «el más allá», o incluso verse a sí mismo desde fuera. Al final explicaba que no se había tratado de un acto premeditado, y lo inscribía dentro de sus ideas de grandeza (pensaba que sería capaz de ver perfectamente con un solo ojo).

A los quince días de su acto lesivo el paciente presentaba en la exploración oftalmológica una agudeza visual de 0,6 sin corrección por el ojo afecto. La motilidad ocular era normal, no presentando alteraciones en polo anterior ni en la exploración fundoscópica.

En el momento del alta por psiquiatría se encontraba eutímico, habían remitido las ideas



Fig. 1: Aspecto del globo ocular fuera de la órbita.



Fig. 2: Luxación ocular y desgarramiento de la conjuntiva.

delirantes y la actitud era de total cooperación.

## DISCUSIÓN

La automutilación ocular fue descrita por Bergman en 1846, siendo Blondel en 1906 quien, basándose en la mitología griega, propuso el término de Edipismo (1).

Si nos remontamos a la historia podemos recordar episodios y citas bíblicas que hacen referencia a la autoenucleación como un acto de penitencia o autosacrificio: «Si tu ojo derecho te hace tropezar, arrancátelo y arrójalo lejos de ti» (Mateo 5:29).

Santa Lucía de Siracusa, incitaba con sus bellos ojos la pasión de un joven caballero, para defender y no profanar su voto de castidad se los mostró en una bandeja diciendo: «Aquí tienes lo que más deseas» (5).

Moskovitz y Byrd (6), aprecian cinco factores comunes en pacientes que sé autoinfligen daño ocular: 1) el acto era como un medio de salvación de sí mismos o del mundo; 2) el paciente no se arrepiente de su acción; 3) en muchos casos hacían referencia a la cita bíblica (Mateo 5:29); 4) los pacientes presentaban un cuadro sicótico en el momento de la autolesión y 5) en algunos casos, las drogas se asociaban con el acto efectuado.

Nuestro paciente estaba etiquetado como trastorno bipolar, cuyos síntomas se manifiestan al pasar de manera repentina de un estado de ánimo a otro sin causa aparente, dichas «fluctuaciones en el estado de ánimo» a menudo son muy abruptas. En la fase o estado depresivo, el afectado puede llegar hasta el intento o la consumación suicida, y en la fase maniaca, se traslada a un estado de agitación y euforia con manías e incluso pérdida de contacto con la realidad. Este trastorno no es curable, pero detectado a tiempo y atendido adecuadamente mediante medicamentos estabilizadores del estado de ánimo, como el ácido valproico, el litio y la carbamazepina, se controla y permite al afectado desarrollar su potencial y hacer su vida normal en lo familiar, laboral y social. Los medicamentos antipsicóticos pueden ayudar

a la persona que ha perdido el contacto con la realidad, recomendando su ingreso en una unidad hospitalaria hasta que se haya estabilizado su estado de ánimo y los síntomas estén bajo control (7,8).

A nosotros como oftalmólogos nos sorprende no solo la sangre fría sino la rapidez con la que estos pacientes pueden provocarse la proptosis o extracción del globo ocular, pero hay referencias como la de Axenfeld (9) que, de forma experimental en 1899, demostró cómo se podía efectuar una enucleación manual en un cadáver en menos de un minuto. Los dedos entran en la órbita provocando una fuerza continua sobre las inserciones de los músculos extraoculares que origina una tensión capaz de romper sus conexiones. Esta potente fuerza compresiva puede también perforar el globo ocular.

Dentro de las medidas a adoptar ante estos pacientes debemos de tener en cuenta como la avulsión traumática del nervio óptico puede acompañarse de una ruptura de la arteria oftálmica determinando si se rompe, a nivel del agujero optico o posterior a él, una hemorragia intraorbitaria o subaracnoidea. Es importante ante estos pacientes realizar un estudio mediante tomografía computarizada (10).

Si la enucleación no ha sido completa, como fue nuestro caso, es fundamental mantener el ojo hidratado en todo momento y recolocarlo lo más pronto posible.

La panoftalmía también es una complicación frecuente por lo que deberemos siempre efectuar una cobertura antibiótica. La terapia corticoidea reduce la inflamación y presión sobre el nervio óptico, pero puede exacerbar el cuadro psicótico por lo que se debe realizar un tratamiento conjunto entre el servicio de oftalmología y el de psiquiatría.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gerard JP. A propos des auto-mutilations oculaires. Bull. Soc. Ophthalmol. FR. 1968; 68: 622.
2. Kennedy BL, Feldman TB. Self-inflicted eye injuries: case presentations and literature review. Hosp. Community Psychiatry 1994; 45(5): 470-474.

3. Yang HK, Brown GC, Magargal LE. Self-inflicted ocular mutilation. *Am J Ophthalmol* 1981; 91(5): 658-663.
4. MacLean G, Robertson BM. Self-enucleation and psychosis. *Arch. Gen. Psychiatry* 1976; 33: 242.
5. Koch FL. Ptron saints of the eye. *Am. J. Ophthalmol* 1945; 28: 160-172.
6. Moskovitz RA, Byrd T. Rescuing the angel within: PCP related self-enucleation. *Psychosomatic* 1983; 24: 402-403.
7. Milkowitz DJ, Frank E, George EL. New psychosocial treatments for the outpatient management of bipolar disorder. *Psychopharmacol Bull* 1996; 32: 613-621.
8. Green CA, Knysz W, Tsuang MT: A homeless person with bipolar disorder and history of serious self-mutilation. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157-159.
9. Axenfeld T: Über Luxation: Zerstörung und Herausreissung des Augapfels als Selbstverstümmelung bei Geisteskranken. *Z Augenheilkd* 1899; 1: 128.
10. Khan JA, Buesher L, Ide C, Pettigrove B. Medical management of self-enucleation. *Arch. Ophthalmol* 1985; 386-389.