



160/2020 - Cuando el cerebro se niega a dejar de ver

I. Asunción Sola^a, J. Sánchez Sánchez^b, C. Pérez Llanes^c, M. Rodríguez Márquez^d, B. Blanco Sánchez^a, A. Sánchez de Toro Gironés^c, M. Moreno Alfaro^e, V. Buendía Carrillo^f, F. Rosique Gómez^f y M. Ruíz Sánchez^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Narejos. Murcia.

^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 85 años con ceguera bilateral (95%) secundaria a retinopatía diabética que consulta por alucinaciones desde hace 8 o 9 meses, con insight conservado. Las alucinaciones consisten en figuras con contorno bien definido y son principalmente personas familiares a la paciente ya fallecidas. Las experimenta como reales aunque realiza crítica de la situación, pues reconoce que no pueden serlo. Al inicio eran de predominio nocturno pero en la actualidad le ocurren continuamente. Presenta una conducta normal y memoria conservada. Estaba en seguimiento por psiquiatra que le ha pautado Abilify y sertralina. Ha sido derivada a neurología para descartar deterioro cognitivo. Otros antecedentes: Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipemia, obesidad, AcxFA. Anticoagulada con sintrom, situación basal NYHA 1. En tratamiento con: sertralina 50 mg, Janumet 50 mg, liplat 20 mg, coaprovel 300/25 mg, Januvia, Serc 16 mg, Diazepam prodes 2,5 mg, pantoprazol 20 mg y lercanidipino 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias: BEG consciente y orientada amaurosis bilateral. Discurso coherente. Sin datos de focalidad neurológica. TC cerebral: no se aprecian lesiones hemorrágicas intra o extraaxiales, efecto masa ni desviación de la línea media. Sin evidencia de signos de isquemia aguda intensa establecida. Atrofia subcortical difusa. Signos de leucoencefalopatía vascular crónica de pequeño y mediano vaso.

Juicio clínico: Síndrome de Charles-Bonnet. La aparición de este síndrome es más frecuente en ancianos con deterioro sensorial severo. Pudiendo aparecer en el contexto de diversos trastornos visuales. Tratamiento: sertralina y quetiapina 25 mg empezando con una dosis baja que irá en ascenso hasta la desaparición de la sintomatología.

Diagnóstico diferencial: Demencia. Psicosis. Ictus. Deterioro cognitivo.

Comentario final: Ante la aparición de alucinaciones visuales en un paciente anciano con pérdida importante de visión se debe considerar este síndrome entre las opciones diagnósticas. La importancia de tenerlo en cuenta se debe a que su sintomatología puede inducir a errores

diagnósticos de patologías severas y tratamientos equivocados. Además deberíamos interrogar a los pacientes ancianos con pérdidas importantes de la agudeza visual sobre la presentación de alucinaciones, pues en numerosas ocasiones no consultarán por el miedo a que les sea diagnosticada una patología psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asensio VM. Síndrome de Charles Bonnet. *An Med Int (Madrid)*. 2002;19:492.
2. Menon GJ, Rahman I, Menon SJ, Dutton GN. Complex visual hallucinations in the visually impaired: the Charles Bonnet Syndrome. *Surv Ophthalmol*. 2003;48:58-72.
3. Santhouse AM, Howard RJ, ffytche DH. Visual hallucinatory syndromes and the anatomy of the visual brain. *Brain*. 2000;123:2055-64.