



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/3722 - ALUCINACIONES VISUALES Y DETERIORO DE LA VISIÓN

M.E. Montes Belloso<sup>a</sup>, M. Rivera Tejido<sup>b</sup>, M.R. García Martín<sup>c</sup>, J. Atance García de la Santa<sup>d</sup>, B. López Serrano<sup>e</sup>, B. López Uriarte<sup>f</sup>, E. Cisneros Aguirre<sup>a</sup>, A. Ruiz-Valdepeñas González<sup>a</sup>, P. Rodríguez Rodríguez<sup>a</sup> y H. Campos Rodríguez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud. Isabel II. Parla. <sup>c</sup>FEA Geriátrica; <sup>d</sup>FEA Medicina Interna. Servicio de Urgencias. Hospital Severo Ochoa. Leganés. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud M<sup>ra</sup> Ángeles López Gómez. Leganés. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud. Humanes. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 88 años, con buena situación basal, sin deterioro cognitivo conocido, obeso, exfumador desde hace 26 años, hipertenso en tratamiento con lecanidipino e indapamida, EPOC en tratamiento con Spiriva e Inaladuo, degeneración macular húmeda asociada a la edad en ambos ojos, con agudeza visual disminuida (contar dedos/0,7) y faquectomía bilateral, que consulta por presentar alucinaciones binoculares visuales simples y complejas de 4 meses de evolución, de minutos de duración y autolimitadas, que el sujeto reconoce como irreales y le producen disconfort y ansiedad. No refiere cefalea, ni focalidad neurológica ni por aparatos. Se derivó a Servicio de Urgencias para valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración no destacaron hallazgos significativos ni presentaba focalidad neurológica. La analítica excluyó alteraciones hidroelectrolíticas y el TAC craneal, descartó patología aguda intracraneal. Se solicitaron consultas de Neurología y Oftalmología, para evaluación y confirmación del diagnóstico de sospecha. Se explica la sintomatología al paciente, para disminuir la ansiedad y para mejorar la calidad de vida.

**Juicio clínico:** Síndrome de Charles Bonnet (SCB).

**Diagnóstico diferencial:** Migraña, crisis convulsivas, demencia de cuerpos de Lewy, Parkinson, reacciones adversas a medicamentos, delirium, encefalopatía metabólica, encefalitis, narcolepsia, patología psiquiátrica.

**Comentario final:** No existen criterios diagnósticos claros de SCB, por lo que se trata de una patología infradiagnosticada. La aparición brusca de alucinaciones visuales vívidas y complejas en paciente anciano cognoscitivamente normal, con compromiso de la vía visual, debe hacernos pensar en este síndrome. El tratamiento siempre debe ser individualizado; corregir la patología oftalmológica, realizar intervenciones no farmacológicas y farmacológicas (grado 2c de recomendación), recordando al paciente la naturaleza de la enfermedad. Ante un anciano con déficit visual, siempre preguntar por la aparición de alucinaciones, ya que la educación previa a su aparición puede reducir su repercusión en la vida diaria.

## **Bibliografía**

1. Scott IU, Schein OD, Feuer WJ, Folstein MF. Visual hallucinations in patients with retinal disease. Am J Ophthalmol. 2001;131:590.
2. Jacob A, Prasad S, Boggild M, Chandratre S. Charles Bonnet syndrome--elderly people and visual hallucinations. BMJ. 2004;328:1552.

**Palabras clave:** *Alucinaciones visuales. Patología oftálmica. Ansiedad.*