



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/430 - MI MADRE NO ESTÁ LOCA

C. Laserna del Gallego<sup>a</sup>, A. Moral Morales<sup>b</sup>, R. Ruiz Merino<sup>c</sup> y C. García Iglesias<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Rondilla I. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Luis. Sevilla. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 85 años, con antecedentes de HTA, dislipemia y obesidad. Viuda, vive sola. Acude a nuestra consulta con su hija porque en los últimos días la nota preocupada y le ha comentado que ve “bichos negros” que corren por las paredes de la casa, los ve por ambos ojos. Su hija nos comenta que su madre siempre ha tenido buen estado cognitivo. No cuenta fiebre, ni otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, eupneica, buena coloración. Auscultación cardiaca y pulmonar normal. Abdomen normal. Bien cuidada, colaboradora consciente y orientada. Exploración neurológica: PICNR, movilidad ocular normal, resto de pares craneales normales, no disimetrías, ni disdiadococinesia, test del reloj normal. Barthel 95. Tiene una analítica reciente sin hallazgos significativos. Derivamos a hospital para ampliación de pruebas dada la ausencia de toma de medicación, alteración neurológica o enfermedad infecciosa que justifique el cuadro. En urgencias se solicita TC de cráneo en la que se aprecia una atrofia cortical frontotemporal bilateral. Analítica y sistemático de orina con PCR normal. Interconsulta a Neurología que no objetiva demencia pero la citará en consulta para pruebas. Interconsulta a oftalmología: agudeza visual sin corrección en OD: 1/2 y en OI: 1/6; facoesclerosis bilateral; tonometría y fondo de ojo normal. Entre los tres especialistas se comenta el caso y se explica a familiares y paciente el síndrome, tranquilizándolos, con observación por parte del MAP.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Charles Bonnet.

**Diagnóstico diferencial:** Esquizofrenia paranoide, delirium, enfermedades neurológicas, demencias.

**Comentario final:** El síndrome de Charles Bonnet se atribuye a la aparición de alucinosis por deterioro visual, es poco conocido en Atención Primaria y en urgencias por lo que muchos pacientes terminan siendo considerados como dementes o psiquiátricos. Nuestra paciente estaba tranquila aunque algo inquieta por lo que se deben evitar antipsicóticos y explicar la naturaleza benigna. Así pues, es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial de alucinosis, junto a un equipo multidisciplinar. Se resuelve el cuadro por completo en 48h, la paciente se intervendrá de cataratas.

## **Bibliografía**

1. Nyundo AA, Mwombeki IR. Complex visual hallucinatory experience in an elderly blind woman with glaucoma: revisiting Charles Bonnet syndrome. Clin Case Rep. 2018;6(5):859-62.

**Palabras clave:** Alucinaciones. Percepción visual.