



## CARTA CLÍNICA

### Alucinaciones visuales sin deterioro cognitivo. Síndrome de Charles Bonnet. Un síndrome poco conocido



### Visual hallucinations without cognitive impairment. Charles Bonnet Syndrome. A little known syndrome

#### Caso clínico

*Motivo de consulta:* Alucinaciones visuales.

Mujer de 99 años de edad que da un aviso para atención domiciliaria a su centro de salud porque ve un sombrero formado por flores en la cabeza de personas que se encuentran a su alrededor, de 24 horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. La paciente reconoce que sus alucinaciones no son reales. Posee antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, bocio multinodular y disminución crónica y severa de la agudeza visual por maculopatía, no deterioro cognitivo.

En la exploración física no se encontraron alteraciones por lo que es derivada al servicio de urgencias hospitalarias donde realizan TAC craneal, descartando organicidad y solicitando valoración por oftalmología que emite el siguiente juicio clínico:

Se descarta patología oftalmológica aguda en el momento actual.

Degeneración macular seca asociada a la edad en ambos ojos.

Probable síndrome de Charles Bonnet (SCB).

Se prescribe quetiapina 25-50 mg/día, mejorando claramente la sintomatología.

Teniendo en cuenta las comorbilidades y la edad de la paciente se decide realizar su seguimiento en atención primaria. Se le explica la sintomatología del síndrome, consiguiendo disminuir aún más la ansiedad producida por las alucinaciones no erradicadas por completo con el tratamiento con quetiapina, y logrando que aprenda a convivir con ellas.

Se confirma el diagnóstico de SCB.

#### Introducción

El SCB es una dolencia de presentación poco frecuente, subdiagnosticada y con frecuencia confundida con trastornos mentales severos<sup>1</sup>.

Se caracteriza por alucinaciones visuales complejas en personas cognitivamente normales, frecuentemente ancianas con déficit visual crónico y severo.

En este síndrome las alucinaciones tienen 2 características: son complejas (las alucinaciones forman objetos) y tienen la certeza de que no es real lo que ven. Esto en ocasiones crea gran ansiedad<sup>2</sup>.

El cese del SCB se produce cuando el paciente pierde el resto de la capacidad visual, evolucionando a amaurosis. La falta de estimulación en la retina y el córtex correspondiente hacen desaparecer las alucinaciones debido a que las neuronas desaferentadas e hiperexcitadas pierden el estímulo que desencadena el SCB<sup>3</sup>.

Los clínicos ante esta sintomatología tendemos a pensar que la etiología se debe a un deterioro cognitivo. Estas alucinaciones, de acuerdo con la semiología psiquiátrica, podrían considerarse en un sentido más estricto *alucinosis*, ya que los individuos no presentan alteraciones neurológicas focales, metabólicas, delirium, demencia o alteraciones del estado de conciencia que expliquen este fenómeno, y este término por sí mismo define con más precisión la naturaleza de las alteraciones.

El síndrome ha sido encontrado en casos de: degeneración macular, oclusión de la arteria central de la retina, cirugía de traslocación macular y enucleación, pero las dolencias más comunes encontradas son degeneración macular asociada a la edad, glaucoma y cataratas<sup>4</sup>.

No existe un conjunto de criterios diagnósticos establecidos y esto ha hecho difícil conocer su prevalencia. Sin embargo, las características centrales de esta entidad son: la aparición de alucinaciones visuales vividas y complejas, elaboradas y con frecuencias estereotipadas, en una persona casi siempre de la tercera edad y con compromiso de la vía visual.

Estas alucinaciones son percibidas como provenientes de fuera del cuerpo y tienen una duración variable de minutos a horas y cambian en complejidad y frecuencia a medida que avanza el tiempo. Las alucinaciones descritas

con más frecuencia corresponden a personas, plantas, figuras geométricas, que típicamente aparecen en el centro del campo visual; el 72% están asociadas con color y el 63% con movimiento<sup>4</sup>.

En cuanto a la fisiopatología se refiere, una de la hipótesis más aceptada es la teoría de la *denervación*. De acuerdo con esta teoría, las alucinaciones surgen como consecuencia de la pérdida de aferencias hacia la corteza visual, tras la lesión de las vías visuales periféricas. Esta desconexión entre la corteza y las vías visuales sensitivas podría generar cambios bioquímicos y moleculares que producirían los síntomas<sup>4</sup>.

Existen pacientes que, después de lesiones cerebrales o periféricas específicas, pierden alguna función sensorial, como la vista o el oído. Paradójicamente, después de perder esta función, presentan alucinaciones complejas<sup>5</sup>.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con todas aquellas entidades que cursan con alucinaciones visuales complejas y de aparición aguda: migraña, crisis convulsivas, trastornos neurodegenerativos como la demencia de Cuerpos de Lewy y la enfermedad de Parkinson, efectos secundarios a medicamentos, delirium, encefalitis de cualquier causa, narcolepsia y patología psiquiátrica, etc.<sup>6</sup>.

En general, el curso y el pronóstico del SCB es variable. Es un dato significativo que al explicar la naturaleza de los síntomas disminuye la ansiedad de manera notable<sup>6</sup>.

## Conclusión

Ante un paciente anciano con déficit severo de la visión, es importante interrogar acerca de la aparición de alucinaciones visuales porque suelen ser reacios a comentar sus experiencias. La mayoría de las veces estos casos no se diagnostican por desconocimiento del clínico.

Ante la aparición brusca de alucinaciones en un anciano sería recomendable tener en cuenta este síndrome a la hora de hacer el diagnóstico diferencial.

En personas mayores en ocasiones nos encontramos grados leves de deterioro cognitivo que se acompañan de alucinaciones visuales que podrían valorarse como cuadros subsindrómicos. La literatura no consigue ponerse de acuerdo en si en estos casos puede hacerse el diagnóstico. Se podría proponer una evaluación neuropsicológica. Es probable que en estos pacientes las bases de las teorías fisiopatológicas que se proponen como causa también formen parte en estos casos que pueden considerarse subsindrómicos y que no se acomodan a los criterios diagnósticos de la entidad<sup>6</sup>. El estudio de estos pacientes debería ser tenido en cuenta en las investigaciones y considerar el modelo fisiopatológico que se propone en el SCB para determinar si se correlaciona con la aparición de los síntomas en casos subsindrómicos.

Los pilares del tratamiento son por una parte tratar, si se puede, la enfermedad oftalmológica, y por otra, explicar la naturaleza de las alucinaciones con el fin de disminuir la ansiedad, aunque si no es suficiente se pueden usar neurolépticos tipo quetiapina<sup>6,7</sup>.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Rojas-Rojas H, Borja-Ballesteros C, Escobar-Córdoba F. Síndrome de Charles Bonnet: presentación de dos casos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2007;45:161-5.
2. Tubío Ordóñez J. Alucinaciones visuales en sujetos psicológicamente normales: el síndrome de Charles Bonnet. *Revista Agathos.* 2007;6:31-5.
3. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Sáenz-Francés F, Méndez-Hernández CD, Martínez-de-la-Casa JM, García-Feijoo J, et al. Cese paradójico de un caso de síndrome de Charles Bonnet. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2014;89:418-20.
4. Rojas-Rojas H, Pereira-Manrique F. Síndrome de Charles Bonnet. *Revista Salud Bosque.* 2011;1:63-70.
5. Yoldi-Negrete M, Ramírez-Bermúdez J, Pérez-Esparza R. Síndrome de Charles Bonnet: aspectos neuropsiquiátricos. *Arch Neurocién (Mex).* 2011;16 Supl-II:70-2.
6. López-Mompó C, López-Pavón I, Ruiz-Izquierdo J, Ignacio Ferro J. Alucinaciones visuales en ancianos sin deterioro cognitivo: síndrome de Charles Bonnet. *Semergen.* 2011;37:263-6.
7. Santos-Bueso E, Serrador-García M, García-Sánchez J. Tratamiento del síndrome de Charles Bonnet. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2013;88:244-5.

I. Forgnone<sup>a,\*</sup> y A. Siguero Angui<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Medicina familiar y Comunitaria, Centro de Salud Dr. Cirajas-Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Medicina familiar y Comunitaria, Centro de Salud Dr. Cirajas, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iforgnone@hotmail.com (I. Forgnone).