



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1761 - SÍNDROME DE CHARLES BONNET

E. Bengochea Botín<sup>a</sup>, P. Bengochea Botín<sup>b</sup>, Á. Peña Irún<sup>c</sup> y R. Grande Grande<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santoña. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Renedo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años que acude a la consulta por un cuadro de 24 horas de evolución de alucinaciones visuales. Éstas consisten en jugar al tetrís, colocar las piezas (ella jugaba antes) lo cual le produce angustia, porque continuamente aparecen piezas, de tal forma que durante la anamnesis me dice que espere un poco porque está colocando una pieza. Antecedentes personales: depresión, artrosis, y retinosis pigmentaria con ceguera total desde hace 5 años. En tratamiento actual con paracetamol, diazepam, venlafaxina, buprenorfina parches desde hace meses.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 145/90, eupneica, FC 100 lpm, T<sup>a</sup> 36,5 °C. Funciones intelectuales superiores conservadas. Auscultación normal. Neurológica normal. ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, sin alteraciones. Analítica normal salvo 30-40 leucos/campo en orina. Es derivada a Urgencias y posteriormente ingresada en Neurología. TAC craneal, RMN y EEG sin hallazgos.

**Orientación diagnóstica:** Se inicia tratamiento con cefuroxima y se suspende buprenorfina. Al no mejorar se pauta quetiapina 50 mg por la noche. Se reintroduce el opioide por temblor de extremidades y nerviosismo. Posteriormente se pauta gabapentina 400 mg, refiriendo remisión parcial (piezas sin colores) subiéndolo a 400 mg cada 8h y suspendiendo la quetiapina tras la remisión total.

**Diagnóstico diferencial:** Parece poco probable que una Infección urinaria explique el cuadro y la única causa tóxica metabólica que parece existir sería el parche de buprenorfina aunque lleva meses con él. Se decide derivar a urgencias para descartar un ictus o una causa tumoral. Del mismo modo que parece improbable el origen comicial.

**Comentario final:** El síndrome de Charles Bonnet aunque poco frecuente parece estar aumentado (35%) por el aumento de la esperanza de vida y patología asociada con la edad, pues típicamente se presenta en mujeres ancianas con un déficit visual bilateral (degeneración macular, cataratas, glaucoma...) y consiste en alucinaciones visuales complejas con estado cognitivo conservado.

### Bibliografía

1. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, et al. Síndrome de Charles Bonnet. Serie de 45 casos. Rev Neurol. 2015;60(8):337-40.
2. Sánchez Marín B, Senar Calderón A, Cuartero-Gutiérrez R. Síndrome de Charles Bonnet. Rev Neurol. 2007;44:187-8.

**Palabras clave:** Alucinaciones. Déficit visual. Síndrome Charles Bonnet.