



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4113 - SÍNDROME DE CHARLES BONNET

P. Altozano Rodulfo<sup>a</sup>, A. Iglesias Docampo<sup>b</sup>, G. Burgos Valverde<sup>a</sup> y A. Alonso Pacho<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud García Noblejas. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud García Noblejas. Madrid. <sup>c</sup>Centro de Salud García Noblejas. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 88 años remitido por presentar alucinaciones consistente en visión de personas de pequeño tamaño, sobre todo por la noche al despertarse. Las presenta desde hace dos años, casi a diario, pero no las ha compartido por miedo a ser diagnosticado de una enfermedad mental. Hace crítica de la irreabilidad de sus percepciones. No son disruptivas. Como antecedente relevante, presenta presbicia desde hace 3-4 años. No episodios ni antecedentes de patología psiquiátrica. Tras realización de pruebas complementarias se solicita derivación al Servicio de Neurología. AP: HTA. DL. Angina de esfuerzo controlada con tratamiento médico. HBP. Alergias: probable a penicilinas y derivados. Mala tolerancia a estreptomicina. Tratamiento: isoproterenol 2,5 mg/día, enalapril 5 mg/día, amlodipino 5 mg/día, pravastatina 10 mg/día, omeprazol 20 mg/día, duodart 0,5/0,4 mg/día.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física completa por aparatos, neurológica y psico-patológica dentro de la normalidad. MMSE 30/30, MOCA 30/30. Campimetría por confrontación normal. TC craneal sin civ con discreta leucoaraiosis periventricular, atrofia parenquimatosa global, y simétrica, cortico-subcortical, de predominio frontal. Resto, sin hallazgos destacables.

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

**Diagnóstico diferencial:** Diagnóstico diferencial: síndrome de Charles Bonnet, demencia tipo cuerpos de Lewy, alucinosis secundaria a patología psiquiátrica, alucinosis iatrogénica...

**Comentario final:** Conocer el estado funcional y cognitivo basal de los pacientes es imprescindible para llegar a un diagnóstico certero. El médico de Atención Primaria se encuentra en una situación privilegiada para esa visión de progresión lineal e integral, incluso para la detección de síndromes y enfermedades raras. Por último compartir este síndrome geriátrico poco común, que afecta a personas mentalmente sanas, con una pérdida visual significativa. Se desconoce la neurofisiología de este proceso, aunque la teoría más aceptada es la desafjerenciación neuronal: debido a la enfermedad ocular se da una pérdida de los impulsos nerviosos que deberían llegar a la corteza occipital que ante la hipersensibilidad de los receptores y ante otras estimulaciones sensoriales podrían formar la percepción de alucinaciones.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.

2. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, et al. Síndrome de Charles Bonnet. Serie de 45 casos. Revista de Neurología. 2015.

**Palabras clave:** Geriatría. Alucinosis. Síndrome de Charles Bonnet.