

Síndrome de Charles Bonnet: las alucinaciones no psiquiátricas



Charles Bonnet syndrome: Non-psychiatric hallucinations

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) es un cuadro clínico caracterizado por la presencia de alucinaciones visuales, que suelen ser complejas y estructuradas, en pacientes con estado cognitivo conservado, importante deterioro de la agudeza visual y sin evidencia de enfermedad psiquiátrica o neurológica asociada^{1,2}.

Las condiciones subyacentes de la pérdida de la visión asociados con este síndrome afectan el ojo, el nervio óptico, o en el cerebro y se compone de un conjunto diverso de afecciones, como la degeneración macular y el accidente cerebrovascular^{3,4}. Aunque a menudo no incapacitan funcionalmente, las alucinaciones pueden ser muy molestas para los pacientes, y pueden generar un impacto negativo en la calidad de vida⁵.

Se estima que la prevalencia puede llegar al 15%, pero otros trabajos han descrito una prevalencia del 3,15%, posiblemente porque los pacientes con este síndrome no reconocen la presencia de alucinaciones por miedo a padecer un trastorno psiquiátrico^{6,7}.

Describimos una paciente de 72 años, conocida HTA, degeneración macular asociada a la edad (DMAE) bilateral de hasta un 80%, trastorno depresivo mayor y alergia a penicilina. En tratamiento con quetiapina y escitalopram. Acude a urgencias de psiquiatría acompañada de su hijo; el cual refiere empeoramiento anímico, tristeza, aislamiento social y alucinaciones visuales asociadas a una ideación delirante de perjuicio que habían empeorado en los últimos 3 meses en la paciente.

En la exploración psicopatológica realizada la paciente se mostraba consciente, orientada en las 3 esferas, era capaz de orientarse por la luz y los colores a pesar del déficit visual, no presentaba fallos amnésicos y relataba de una forma ordenada el proceso de enfermedad con un discurso fluido y coherente. Refiere ánimo depresivo de carácter crónico, con ideas tanáticas pasivas, sentimientos de soledad, abandono y culpabilidad sin verbalizar ideas delirantes ni alteraciones formales del pensamiento. Describe alteraciones sensorio-perceptivas en forma de alucinaciones visuales complejas, persistentes y continuas las cuales remiten tras explicar a la paciente la naturaleza benigna de las mismas y administrando tratamiento ansiolítico para disminuir su estado de ansiedad. Percepción subjetiva de minusvalía con dificultades para aceptar su progresiva ceguera y las limitaciones consecuentes. Resto de la exploración física anodina.

En el análisis de ingreso realizado no se aprecian alteraciones significativas. Se realiza un TC craneal como prueba de imagen, en la cual se objetivan signos degenerativos acordes con la edad de la paciente. Asimismo, se realiza una evaluación neuropsicológica en la cual se determina que no existen signos de deterioro cognitivo ni demencia.

Las alucinaciones visuales pueden ser simples o complejas y estructuradas. Pueden ser en color o en blanco y negro, y estáticas o en movimiento. El curso puede ser episódico, cíclico o crónico, con una duración que suele ser inferior a 12 meses, aunque existen casos descritos de varios años de evolución. En promedio suele durar 10 min aproximadamente.

La causa de la aparición de las alucinaciones se desconoce, aunque se cree que la teoría de la desaferentación sería la responsable del SCB. Según esta teoría, la pérdida de la aferencia de estímulos a la corteza occipital por las diferentes afecciones oculares produciría el fenómeno de la desaferentación, con cambios histológicos, bioquímicos y anatómicos en las neuronas para intentar compensar la escasa estimulación⁷. Las células sufrirían un proceso de hiperexcitación, por lo que las alucinaciones se originarían ante cualquier estímulo del medio exterior.

La aparición del SCB se ha asociado a determinados factores desencadenantes, como fatiga, estrés, baja iluminación y deslumbramiento⁸. También se ha asociado el SCB a aislamiento social, pérdida sensorial y baja calidad de contactos sociales.

El desarrollo del SCB podría estar relacionado con un proceso de evolución hacia la demencia, riesgo que podría llegar a ser hasta 20 veces superior que en la población general, por lo que sería recomendable derivar a geriatría todos los pacientes diagnosticados de SCB para valoración y seguimiento, y así establecer un diagnóstico precoz en aquellos pacientes con evolución hacia la demencia^{9,10}.

El tratamiento del SCB debe de ser individualizado e incluir todos aquellos aspectos relacionados con la etiopatogenia del síndrome. Aportar una información adecuada al paciente y su familia, mejorar sus condiciones de vida, tratar la causa del déficit si es posible o el síndrome ansioso secundario son fundamentales para un tratamiento integral.

De este caso podemos concluir que en la práctica clínica este síndrome no es bien reconocido por los médicos ya que suele ser diagnosticado como psicosis o una demencia temprana sino se tiene presente dentro de los diagnósticos diferenciales de las alucinaciones.

Agradecimiento

Al Dr. Manel Sánchez Pérez, coordinador de la Unidad de Psico-geriatría del Hospital Sagrado Corazón, Martorell, Barcelona.

Bibliografía

1. Lerario A, Ciammola A, Poletti B, Girotti F, Silani V. Charles Bonnet syndrome: Two case reports and review of the literature. *J Neurol*. 2013;260:1180–6.
2. Yacoub R, Ferrucci S. Charles Bonnet syndrome. *Optometry*. 2011;82:421–7.
3. Nguyen ND, Osterweil D, Hoffman J. Charles Bonnet syndrome: Treating nonpsychiatric hallucinations. *Consult Pharm*. 2013;28:184–8.
4. Paradowski B, Kowalczyk E, Chojdak-Lukasiewicz J, Loster-Niewińska A, Służewska-Niedźwiedz M. Three cases with visual hallucinations following combined ocular and occipital damage. *Case Rep Med*. 2013;2013:450725.
5. Russell G, Burns A. Charles Bonnet syndrome and cognitive impairment: A systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2014;22:1–13.
6. Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, Serrador-García M, Porta-Etessam J, Martínez-de-la-Casa JM, García-Feijoo J, et al. Prevalence and clinical characteristics of Charles Bonnet syndrome in Madrid, Spain. *Eur J Ophthalmol*. 2014;24:960–3.
7. Vale TC, Fernandes LC, Caramelli P. Charles Bonnet syndrome: Characteristics of its visual hallucinations and differential diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014;72:333–6.
8. Nair AG, Nair AG, Shah BR, Gandhi RA. Seeing the unseen: Charles Bonnet syndrome revisited. *Psychogeriatrics*. 2015;15:204–8.
9. García Fraga JA, López L, Mayán P, Serrano M. Síndrome de Charles Bonnet. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007;42:60–1.
10. Pliskin NH, Kiolbasa TA, Towle VL, Pankow L, Ernest JT, Noronha A, et al. Charles Bonnet syndrome: An early marker for dementia? *J Am Geriatr Soc*. 1996;44:1055–61.

Rolf Sander^{a,*}, Viviana Guerrero^a, Montserrat Perelló^b y Paul Ivanov^c

^a Servicio de Geriatría, Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca, España

^b Unidad de Larga Estancia Psicogeriátrica, Hospital Sagrado Corazón, Martorell, Barcelona, España

^c Unidad de Agudos de Psicogeriatría, Hospital Sagrado Corazón, Martorell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanderrolf14@gmail.com (R. Sander).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.06.003>

0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.