



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

SÍNDROME DE CHARLES BONNET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Vela Sánchez, M^a Isabel Navarrete Páez, M^a Ángeles Rosales Muñoz

beatrizvelasanchez@hotmail.com

Síndrome de Charles Bonnet, Alucinosis orgánica, Demencia

Charles Bonnet syndrome, Organic hallucinosis, Dementia

RESUMEN

El síndrome de Charles Bonnet, también llamado alucinosis orgánica, fue descrito por primera vez por Charles Bonnet en 1760. Se trata de una entidad clínica en la que aparecen alucinaciones visuales en pacientes con déficit visual bilateral sin una patología orgánica de base.

El diagnóstico se realiza por exclusión de otras patologías que produzcan este tipo de sintomatología.

El tratamiento es sencillo, y principalmente está orientado a tratar la causa de pérdida de visión.

Presentamos un caso clínico en el que se muestra a un varón de 85 años que fue atendido en el servicio de urgencias en varias ocasiones por presentar un cuadro alucinatorio que progresivamente llevó a una serie de alteraciones de conducta derivadas de la aparición de ideación delirante secundaria a dichas alucinaciones que, finalmente, requirieron un ingreso en Psiquiatría para su contención. Parece importante conocer dicho cuadro, su diagnóstico y su tratamiento, ya que puede pasar desapercibido en urgencias o ser catalogado como un cuadro psiquiátrico, confusional o de tipo demencial.

ABSTRACT

Charles Bonnet syndrome or organic hallucinosis was first described by Charles Bonnet in 1760. It is a clinical entity in which there are visual hallucinations in patients with bilateral visual deficit without an organic etiology. The diagnosis is made by excluding other diseases that produce these symptoms. Treatment is simple; its aimed primarily at treating the cause of vision loss. We report a case of a 85 years old men who was treated in the

SÍNDROME DE CHARLES BONNET: A PROPÓSITO DE UN CASO

emergency service several times presenting a hallucinatory syndrome that gradually led to a series of behavioral changes resulting from the emergence of delusional secondary symptoms that eventually required a hospitalization in Psychiatry for containment. It seems important to know the syndrome, diagnosis and treatment as it can go unnoticed in the emergency services or be listed as a psychiatric, confusion or dementia case.

INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones visuales aparecen en la población sana, siendo más frecuentes en la población geriátrica. Existen alucinaciones visuales fisiológicas relacionadas con el sueño y también pueden originarse por patología neurológica, psiquiátrica o incluso sistémica; siendo habituales en enfermedades como la demencia por cuerpos de Lewy y la enfermedad de Parkinson.

En las patologías psiquiátricas pueden aparecer en un 30% ¹ y en las patologías oculares se estima que la prevalencia de este síntoma podría superar el 50% en pacientes con deterioro grave de la agudeza visual. Sin embargo, en estudios de casos se muestra una prevalencia del 1,84 al 3,15% debido al desconocimiento por parte del médico y al miedo del paciente de ser diagnosticado con una enfermedad mental².

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) fue definido en el año 1936 por el psiquiatra De Morsier, quien dio el nombre de este síndrome a la entidad descrita en 1760 por el naturalista Charles Bonnet, cuyo abuelo en estado de vigilia percibía imágenes de personas, de animales y de carruajes en movimiento³. Se define por la aparición de este tipo de alucinaciones asociadas a un déficit visual bilateral⁴ y en ausencia de otro tipo de patología. Su frecuencia aumenta con la edad y obliga a hacer un diagnóstico diferencial entre todas las causas que desencadenan esta sintomatología en el anciano.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 85 años que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias por cuadro de alucinaciones visuales de tres días de evolución

Anamnesis

El paciente presentaba cuadro de alucinaciones visuales de tres días de evolución, de predominio nocturno, en las que refería ver gallinas que ponían huevos, mandando a su hija a que los recogiese, además de caballos por el domicilio y agujeros en el suelo.

SÍNDROME DE CHARLES BONNET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Además asociaba insomnio desde hacía una semana con agitación y desorientación parcial asociada, pidiendo constantemente que lo devolviesen a su casa y haciendo referencia a dichas alucinaciones.

Dicho cuadro se acompañaba de deterioro funcional, presentando en los últimos días cierta torpeza para deambular y para el aseo personal.

Su hija refería otro episodio anterior de características similares, autolimitado a un día de duración de alucinaciones, unas tres semanas atrás; en ese momento veía cordones que se desprendían de la pared y los esquivaba.

No había presentado clínica infecciosa respiratoria, tampoco urinaria o digestiva. Negaba cefalea, náuseas o vómitos. No presentaba fiebre ni había antecedentes de traumatismo craneal.

Se intentó manejar de forma ambulatoria pautándole Risperidona 2mg aunque al día siguiente volvió a ser traído a Urgencias por la falta de colaboración en la toma de la medicación antipsicótica pautada. Por ello y la dificultad de contención familiar, se decide ingreso hospitalario.

Antecedentes

Viudo desde hacía unos 5 años, padre de 3 hijos sanos. Su estado basal hasta hacía tres días era parcialmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria debido al déficit visual con buen sustento familiar (su hija vive en el mismo edificio). Salía a pasear con ayuda de bastón a diario. Aparentemente no existía evidencia de deterioro cognitivo. No manejaba la medicación debido a su déficit visual.

Como antecedentes somáticos destacaban: hipertensión arterial, dislipemia, colon irritable, catarata brunesciente del ojo derecho y endotropía en ojo izquierdo en seguimiento por oftalmología.

No tenía antecedentes de enfermedades psiquiátricas salvo una atención puntual hacía unos diez años en la que se diagnosticó de trastorno ansiosodepresivo, manteniendo tratamiento ansiolítico entonces con un ansiolítico pautado de forma condicional.

No tenía hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas.

No tenía antecedentes de patología psiquiátrica familiar.

Manténía tratamiento con: Enalapril 10 mgr, Simvastatina 20 mgr, Omeprazol 20 mgr.

SÍNDROME DE CHARLES BONNET: A PROPÓSITO DE UN CASO

Exploración

Aparente buen estado general. Hemodinámicamente estable. Eupneico en reposo. Glasgow 15/15. Apirético.

Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen anodino. Exploración de miembros inferiores sin hallazgos relevantes, así como exploración neurológica.

Exploración psicopatológica: Varón de edad avanzada con buen aspecto general, bien cuidado y aseado. Consciente pero desorientado en tiempo y espacio en el momento de la exploración. Discurso algo disperso con dificultad para mantener la atención y el hilo de la conversación, pero a pesar de ello colaborador. Sin alteraciones de la memoria inmediata. Estado de ánimo eutímico. Habla coherente, con cierta verborrea. Sin disartria. Ausencia de ideación delirante. Alucinaciones visuales nocturnas que recuerda durante el día con cierto insight. Presenta insomnio global e hiporexia de reciente comienzo, sin pérdida de peso objetivada.

Conciencia de enfermedad presente en el momento de la exploración.

Pruebas complementarias

Las pruebas analíticas realizadas estaban dentro de la normalidad excepto:

Bioquímica: LDH 255. PCR: 1.1 mg/L. Estudio de coagulación: TTPa 20.6 sg.

Tóxicos en orina: benzodiazepinas positivo, resto negativo.

Sedimento urinario sin alteración de parámetros

TAC cráneo sin contraste intravenoso: El estudio realizado muestra imágenes similares a las observadas en el estudio previo realizado el 9 de noviembre de 2012, apreciándose marcada leucoencefalopatía de probable origen vascular oclusivo crónico así como aumento del tamaño ventricular que se encuentra ligeramente por encima del límite superior de la normalidad, pero con tamaño similar a lo observado en el estudio previo anteriormente citado. Se observan áreas de calcificación en los núcleos dentados y núcleos pálidos, al igual que en el estudio previo anteriormente citado.

Citobioquímica de LCR: normal. Tinción de Gram (LCR): no se aíslan gérmenes. PCR virus herpes: negativa.

EEG sin alteraciones.

RM cráneo sin contraste intravenoso: El estudio realizado muestra marcada leucoencefalopatía de probable origen vascular oclusivo crónico así como aumento del tamaño ventricular que se encuentra ligeramente por encima del límite superior de la

SÍNDROME DE CHARLES BONNET: A PROPÓSITO DE UN CASO

normalidad, pero con tamaño similar a lo observado en el estudio TC craneal previo realizado el 9 de noviembre de 2012.

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS

Al inicio de su ingreso hospitalario el paciente venía manteniendo estas alucinaciones visuales de forma recurrente, con relativa conciencia de enfermedad. Además se intensificaban por la noche, asociándose también un mayor grado de desorientación temporoespacial. Durante la estancia hospitalaria las alucinaciones fueron disminuyendo en frecuencia y se mantuvo desde el tercer día de ingreso consciente y orientado.

Tras descartar patología orgánica y/o psiquiátrica secundaria se llegó a la conclusión de que las alucinaciones visuales eran secundarias al gran déficit visual que presentaba el paciente. Apoyaba este diagnóstico el hecho de que presentaba conciencia de realidad y las alucinaciones eran de predominio vespertino-nocturno.

Cuando se dio de alta se recomendó seguimiento por salud mental comunitaria y por oftalmología.

Se introdujo tratamiento con Risperidona solución 3ml/24h, con buena tolerancia del paciente, continuando con el resto de tratamiento por parte de otras especialidades.

Juicio clínico

Alucinosis orgánica: Síndrome Charles-Bonnet

Evolución posterior

Fue intervenido de catarata en ojo derecho, ganando agudeza visual.

En cuanto a las alucinaciones, se mantienen estables actualmente sin tratamiento antipsicótico, que fue retirado de forma progresiva en el seguimiento que mantuvo en la unidad de salud mental comunitaria.

Precisó inicio de tratamiento antidepresivo (Citalopram 20mg) en los meses posteriores por cuadro depresivo moderado que actualmente se encuentra resuelto.

Con respecto al deterioro cognitivo, se hizo cada vez más evidente, con déficits importantes en memoria reciente, de trabajo y de fijación, con fluctuaciones a lo largo del día.

En la consulta de oftalmología se mantuvo una actitud conservadora tras la cirugía de catarata.

SÍNDROME DE CHARLES BONNET: A PROPÓSITO DE UN CASO

DISCUSIÓN

El síndrome de Charles Bonnet se ha asociado a enfermedades en las que existe una disminución bilateral de la visión, apareciendo cuando progresa la disminución de la agudeza visual.

Los criterios diagnósticos de este síndrome se resumirían en^{5,6}:

- Alucinaciones visuales vividas, elaboradas y a veces estereotipadas en un paciente con un déficit parcial de visión con conciencia de enfermedad de lo irreal de las percepciones.
- Ausencia de cuadro psicótico, alteración sensorial, proceso demencial, intoxicación, alteración metabólica o daño neurológico focal.
- Es más probable que ocurra en personas de edad avanzada.
- Las causas más frecuentes son degeneración macular por la edad seguidas de catarata y glaucoma
- Las alucinaciones se encuentran siempre fuera del cuerpo y pueden durar de segundos a días. Pueden persistir desde días hasta años, cambiando su frecuencia y complejidad. Muchos pacientes pueden hacerlas desaparecer voluntariamente, al cerrar los ojos.

Hay otros factores que podrían estar implicados en el desarrollo de las alucinaciones visuales en este síndrome, como el daño cerebral, la edad o el aislamiento social. Los pacientes con un deterioro brusco de la agudeza visual por una afección cerebral tienen más riesgo de desarrollar estas alucinaciones que los pacientes que presentan un deterioro de la agudeza visual más gradual². Algunas de las causas posibles de la disminución de la agudeza visual serían neuritis óptica, enucleación, retinopatía diabética o pigmentaria, cataratas, glaucoma o degeneración macular.

Se encuentran algunos autores que relacionan la instauración este síndrome como un proceso evolutivo hacia la demencia⁷, aunque en las pruebas de neuroimagen no se encuentran datos concluyentes⁸. Los factores que precipitarían este proceso serían que apareciese un deterioro cognitivo, alteraciones en el ciclo vigilia-sueño, un proceso depresivo intercurrente y la duración de la enfermedad.

El diagnóstico de Síndrome de Charles Bonnet debe ser de exclusión, descartando enfermedades en las que aparecen este tipo de alucinaciones como enfermedades psiquiátricas y neurológicas, reacciones bajo el efecto de drogas psicoactivas, rituales culturales, acontecimientos vitales estresantes, alucinaciones visuales alrededor del sueño o aislamiento social.

SÍNDROME DE CHARLES BONNET: A PROPÓSITO DE UN CASO

El tratamiento consistirá en primer lugar en informar al paciente, para tranquilizarlo. No está demostrado que los antipsicóticos mejoren la sintomatología⁸, incluso deben evitarse si las alucinaciones alivian al paciente, aunque en casos como el presentado sí que pueden ser útiles². Además el tratamiento definitivo vendrá de la mano del tratamiento de la enfermedad orgánica ocular.

Resulta útil conocer este síndrome para realizar un diagnóstico diferencial eficiente en los casos sospechosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Waters F, Collerton D, Ffytche DH. Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizopr Bull.* 2014;40:233-45.
2. Schadlu AP, Schadlu R, Sheperd JB III. Charles Bonnet syndrome: A review. *Curr Opin Ophthal.* 2009;20:219-22.
3. Bonnet C. *Essai Analytique sur les Facultés de l'Âme.* Copenhagen: Freres CI & Ant. Philibert; 1760.
4. Reyes Ortiz CA. El síndrome de Charles Bonnet: un caso y su diagnóstico diferencial. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1996;31:375-8.
5. Menon GJ, Rahman I, Menon SJ, Dutton GN. Complex visual hallucinations in the visually impaired: The Charles Bonnet syndrome. *Surv Ophthalmol.* 2003;48:58-72.
6. Fernandez A, Lichtshein G, Vieweg WV. The Charles Bonnet syndrome: A review. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185:195-200.
7. Terao T, Collinson S. Charles Bonnet syndrome and dementia. *Lancet.* 2000;355:2168.