



Presentación de caso

Alucinaciones visuales por Síndrome de Charles Bonnet

Visual hallucinations due to Charles Bonnet syndrome

Rafael Salvador Santos Fonseca^{1,2}  

Pedro Rafael Casado Méndez^{1,3} 

Admir Gonçalves Monteiro⁴ 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma, Cuba

² Hospital Provincial Universitario “Celia Sánchez Manduley”, Granma, Cuba

³ Hospital General “Mariano Pérez Balí”

⁴ Hospital Nacional “Simao Mendes”. Guinea Bissau

Recibido: 11/05/2023

Aceptado: 23/05/2023



RESUMEN

Introducción: el síndrome de Charles Bonnet es un cuadro clínico caracterizado por la presencia de alucinaciones visuales en pacientes con estado cognitivo conservado. **Objetivo:** describir las alteraciones psicopatológicas en un paciente producidas por el síndrome de Charles Bonnet.

Presentación de caso: masculino, 51 años, antecedentes de artritis reumatoidea con pérdida de la agudeza secundario a catarata bilateral. Refiere que a los 10 meses de la cirugía comienza a ver figuras de animales domésticos, generalmente perros, con ojos muy grandes y dientes también muy grandes, a una muy corta distancia como si estuvieran haciendo contacto con su cara. El mismo reconoce que esto no puede ser real. Al examen psiquiátrico solo se constatan alucinaciones visuales sin otra alteración sensorial sin trastorno neurocognitivo mayor. Se solicita tomografía axial computarizada de cráneo con resultados normales. El paciente llevó seguimiento por psiquiatría iniciándose psicoterapia y tratamiento con haloperidol a dosis bajas con desaparición de los síntomas y sin recurrencia.

Conclusiones: el síndrome de Charles Bonnet es una causa poco frecuente de alucinaciones visuales, de carácter benigno, sumamente infrecuente, y aunque su etiología no es del todo conocida su aparición es una opción que debe ser siempre considerada por el médico actuante.

Palabras clave: síndrome de Charles Bonnet, alucinaciones, baja visión

ABSTRACT

Introduction: Charles Bonnet syndrome is a clinical picture characterized by the presence of visual hallucinations in patients with preserved cognitive status.

Objective: to describe the psychopathological alterations in a patient produced by the Charles Bonnet syndrome.

Case presentation: male, 51 years old, history of rheumatoid arthritis with loss of acuity secondary to bilateral cataract. He reports that 10 months after surgery he begins to see figures of domestic animals, generally dogs, with very large eyes and very large teeth, at a very short distance as if they were making contact with his face. He himself acknowledges that this cannot be real. The psychiatric examination only confirmed visual hallucinations without any other sensory-perceptive alteration without a major neurocognitive disorder. A computed tomography of the skull was requested with normal results. The patient was followed up by psychiatry, beginning psychotherapy and treatment with low-dose haloperidol with disappearance of symptoms and no recurrence.

Conclusions: Charles Bonnet syndrome is a rare cause of benign visual hallucinations, extremely rare, and although its etiology is not fully known, its appearance is an option that should always be considered by the attending physician.

Keywords: Charles Bonnet syndrome, hallucinations, low vision



Introducción

Charles Bonnet (1720-1793) fue un biólogo y filósofo suizo autor de importantes descubrimientos biológicos, como la partenogénesis. En 1769 en su escrito *Ensayo analítico sobre las facultades del alma*, relató la experiencia alucinatoria de su abuelo Charles Lullin, un anciano de 89 años de edad con deterioro visual agudo y progresivo secundario a cataratas, sin enfermedad psiquiátrica. Años más tarde describe sus propias experiencias alucinatorias, asociadas, al igual que su abuelo, con cataratas y con una disminución idiopática de la agudeza visual, que padecía desde los 24 años de edad.⁽¹⁾

En 1902, H. Fluornoy, y en 1909, E. Naville describen la presentación de un cuadro clínico muy similar. Se presentaron con alucinaciones exclusivamente visuales, que aparecían y desaparecían sin razón aparente, conscientes, es decir, criticadas, y en pleno uso de sus facultades mentales. G. de Morsier, en 1936, da el nombre al síndrome en honor a la primera persona que lo describió. En 1951, Bortl señala que para realizar el diagnóstico los pacientes no deben presentar alteraciones cognoscitivas ni enfermedad mental. En 1956 H. Hecaen y J. C. Badaracco establecen el estrecho vínculo entre el déficit visual secundario a patología ocular y las alteraciones sensorio-perceptivas.^(2,3)

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) es un cuadro clínico caracterizado por la presencia de alucinaciones visuales, que pueden ser simples o complejas. Las más frecuentes son las complejas y estructuradas con personas y caras en movimiento y en color. Aparece en pacientes con estado cognitivo conservado, importante deterioro de la agudeza visual y sin evidencia de enfermedad psiquiátrica o neurológica asociada. Respecto a la duración puede ser episódico, cíclico o crónico, con una duración que suele ser inferior a un año, aunque existen casos descritos de varios años de evolución. La alucinación suele durar diez minutos aproximadamente⁽⁴⁻⁷⁾

La alteración cardinal de este síndrome abarca la diferencia entre las alucinaciones psicóticas y las que produce el SCB donde los pacientes no sufren necesariamente un deterioro de sus funciones cognitivas y son conscientes de que sus visiones son irreales.^(8,9)

La causa exacta del SCB es aún desconocida aceptándose la teoría de la desaferentación donde las afecciones oculares producirían una pérdida de la aferencia de estímulos a la corteza occipital. Esto provoca un proceso de hiperexcitación neuronal, reaccionado exageradamente ante cualquier estímulo exterior y origina así las alucinaciones.^(3,6,10,11) Algunos autores defienden una vinculación del síndrome con el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo **siendo** el riesgo de padecerla 20 veces superior que en la población general.^(8,12)

Los reportes estiman hasta un 3,15% de prevalencia, posiblemente porque los pacientes con este síndrome no reconocen la presencia de alucinaciones por miedo a padecer un trastorno psiquiátrico.^(3,7,13)



El SCB es habitualmente descrito en población anciana, sin diferencias significativas en el sexo, asociados siempre a pérdida visual por procesos degenerativos oculares y con una frecuencia que aumenta a medida que avanza la edad de los pacientes. Las alucinaciones llegan a ser muy molestas y pueden generar un impacto negativo en la calidad de vida.^(3,4,14)

Se decide presentar el siguiente caso pues a pesar de ser un síndrome conocido, su incidencia es muy baja, por lo que existen dificultades en su diagnóstico.

El objetivo de este artículo es describir las alteraciones psicopatológicas en un paciente producidas por el síndrome de Charles Bonnet. De esta forma se espera crear conciencia sobre la potencial aparición de esta psicopatología reactiva al malestar emocional que puede llegar a producir el cortejo sintomático. El artículo cumple con todas las declaraciones éticas de la Declaración de Helsinki.

Presentación del caso

Paciente masculino, 51 años de edad, antecedentes de artritis reumatoidea en tratamiento con leflunomida. Acude a consulta por que desde hace dos años tiene pérdida de la agudeza secundario a catarata bilateral. El mismo fue intervenido quirúrgicamente practicándose faquectomía en ojo izquierdo sin recuperación de la visión.

Datos positivos al interrogatorio: refiere que a los 10 meses de la cirugía comienza a ver figuras de animales domésticos, generalmente perros, con ojos muy grandes y dientes también muy grandes, a una muy corta distancia como si estuvieran en contacto con su cara. El tiempo de duración de estas imágenes eran de tres minutos aproximadamente y ocupa todo el campo visual. Refiere, además, que estas figuras de animales son de colores brillantes e intensos y siempre aparecen en su la sala de estar la cual siempre la ve llena de plantas como siempre quiso tenerla. El mismo reconoce que esto no puede ser real porque no escucha los ruidos de los animales y en su casa nunca han vivido perros o gatos. Refiere, además, que antes ocurrían dos veces por semana pero ya tiene esas “visiones” casi todos los días, incluso dos veces en un mismo día. El mismo niega consultas anteriores con psiquiatría o psicología y no se siente triste o haberse sentido deprimido en algún momento anterior.

Al examen psiquiátrico: alucinaciones visuales sin otra alteración sensoperceptiva. Juicio de realidad y funciones volitivas superiores conservadas. No trastorno neurocognitivo mayor al obtener 26 puntos en el Mini-examen cognoscitivo (MEC-30).

La entrevista a su hija confirma lo antes descrito. Lo describe como una persona de carácter recto, elocuente y estar siempre de buen humor. Refiere que jamás ha dicho una frase ofensiva y mantiene siempre una actitud positiva y alentadora para con su familia ante momentos difíciles y tristes. Niega antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica.

Se solicita tomografía axial computarizada de cráneo con resultados normales,

El paciente llevó seguimiento por psiquiatría. Se inició psicoterapia y tratamiento con haloperidol a dosis bajas, un mg en 24 horas dividido en dos tomas, con desaparición de los síntomas a los 17 días y sin recurrencia en 16 meses de seguimiento.

Discusión

El SCB puede ocurrir en cualquier edad, pero aparece principalmente en ancianos con déficit visual bilateral.^(1,7,11) Se presenta en ambos sexos con ligero predominio en el femenino.^(5,9) Se ha descrito asociado a fotocoagulación retiniana, neuritis óptica, retinopatía diabética o pigmentaria, translocación macular, degeneración macular, enucleación, fotocoagulación retiniana, cataratas, glaucoma y el infarto cerebral, aunque se ha informado que dichas alucinaciones pueden ocurrir en prácticamente todos los trastornos adquiridos que afectan al sistema visual.^(3,7,13)

No se dispone de datos epidemiológicos exactos sobre el SCB.^(6,10) Autores como Rojas et al.⁽¹¹⁾ afirman que el SCB tiene una incidencia de 11% en población mayor de 60 años. Oliver et al.⁽³⁾ refiere que su prevalencia es del 10-15 % en pacientes con déficit visual severo y prevé un aumento en paralelo al incremento de la población adulta mayor. La edad de aparición más frecuente es entre 70 y 85 años, lo cual refleja la edad media a la que se observan las enfermedades más comunes que causan déficits visuales según Padilla et al.⁽⁸⁾

Se define al SCB como un proceso benigno caracterizado por la presencia de pseudoalucinaciones visuales complejas aisladas, generalmente asociadas a déficit visual, en pacientes sin trastornos cognitivos o psiquiátricos, conscientes del carácter irreal de estos fenómenos.^(7,9) El cuadro clínico está caracterizado por trastornos complejos de la percepción que puede cursar, de mayor a menor frecuencia, con varios de los siguientes síntomas visuales: poliopia, dendropsia, teleopsia, hipercromatopsia, palinopsia, protometamorfopsia, heutoscopia o autoscopia, dismegalopsia, pelopsia o alestesia.^(3,6,11)

Las pseudoalucinaciones se caracterizan, además, por ser claramente definidas, brillantes, preferentemente en colores, con un patrón evolutivo de simples a complejas y no a la inversa, son imágenes repentinas y abruptas de objetos inmóviles.^(2,5,10) El 90% de los casos no tienen un significado personal para el paciente donde la disminución en la estimulación sensorial, la fatiga, el estrés, la baja iluminación o las luces resplandecientes contribuyen a la aparición de las pseudoalucinaciones.^(3,9,11)

En el presente caso, el examen físico general y los exámenes complementarios resultaron negativos. Vela et al.⁽¹²⁾ reportan un varón de 85 años atendido en varias ocasiones por un cuadro alucinatorio que progresivamente llevó a una serie de alteraciones de conducta derivadas de la aparición de ideación delirante secundaria a dichas alucinaciones. El mismo consistía en alucinaciones visuales de tres días de

evolución, de predominio nocturno, en las que refería ver gallinas que ponían huevos y mandaba a su hija a que los recogiese, además de caballos por el domicilio y agujeros en el suelo.

Jiménez et al.⁽¹⁴⁾ presentan una paciente femenina de 59 años de edad con alucinaciones visuales después de la pérdida casi completa de la función visual secundaria a microadenoma hipofisiario que comprimía el quiasma óptico. Lomo et al.⁽¹³⁾ reportó tres pacientes con SCB y agudeza visual conservada ($\geq 0,5$ en ambos ojos) con al menos un ojo con defecto avanzado del campo visual (desviación media peor que -12,00 decibelios). Todos informaron alucinaciones visuales vívidas con una idea de la naturaleza irreal de las alucinaciones. Kompella, et al.⁽²⁾ presentaron un caso de SCB atípico en un paciente varón blanco de 67 años que presentaba problemas visuales y alucinaciones auditivas que mejoraron con la tranquilidad.

A día de hoy, no existe una definición, clasificación o criterios diagnósticos aceptados universalmente para diagnosticar el SCB.^(5,8) En la actualidad existen tres propuestas de clasificación diagnóstica: Criterios diagnósticos de Gold y Rabins, Criterios diagnósticos de Podoll y cols. y Criterios diagnósticos de Teunisse.^(1,3) Estos últimos son los más aceptados e incluyen alucinaciones visuales complejas persistentes o repetitivas, conciencia autocrítica de las alucinaciones, no se presentan alucinaciones en otras modalidades sensoriales, no se presenta ideación delirante sobre el contenido de las alucinaciones. Estos criterios han resultado insuficientes por lo que se describen características adicionales como: Los episodios pueden durar de segundos a horas y desde unos días hasta años. No hay factores desencadenantes específicos aunque el aislamiento y la privación sensorial se consideran factores contribuyentes, el uso de beta bloqueadores y la fatiga que aumentan el riesgo. Las imágenes más comunes son de personas, animales, casas y escenarios y la reacción del paciente ante la aparición de los síntomas es variable, pero la más común es el temor a volverse loco y muchos son tratados como psiquiátricos.^(6,9,11)

Hamedani et al.⁽⁶⁾ en 33 estudios que especificaron criterios diagnósticos para SCB encontraron que las alucinaciones y la pérdida de visión fueron un requisito común. Pero hubo una heterogeneidad considerable con respecto a las propiedades de las alucinaciones y la gravedad de la pérdida de visión. La exclusión de trastornos neuropsiquiátricos confusos también fue común. Estos autores concluyen que existe una heterogeneidad diagnóstica considerable con implicaciones importantes y ratifican la necesidad de criterios de diagnóstico unificados.

Se ha descrito una variedad del síndrome, asociado con sordera de moderada a crónica, que se ha denominado síndrome de Charles Bonnet-plus, en el cual se presentan ocasionales alucinaciones auditivas que suelen ser “musicales” y reconocidas como irreales por los pacientes.^(1,3)

Reolid et al.⁽⁴⁾ refieren que cuando un paciente comenta sus alucinaciones, los principales diagnósticos diferenciales planteados por los médicos suelen ser delirium, psicosis o intoxicaciones por fármacos; pero rara vez se tiene en cuenta el SCB. Muñoz et al.⁽¹⁾ afirman que el diagnóstico diferencial debe

hacerse con todos los cuadros clínicos que cursan con alucinaciones visuales complejas, en el paciente anciano, los cuales incluyen desde estados psicológicos normales hasta estados demenciales avanzados.

En pacientes de edad avanzada, la privación sensorial (aislamiento) y la privación del sueño son causa de alucinaciones visuales complejas. Su contenido, por lo general, está relacionado con recuerdos del paciente, son descritas como placenteras y se presentan como poliopsias, teleopsias, metamorfopsias o como perseveraciones.^(7,10) La esquizofrenia puede presentarse con alucinaciones visuales complejas, especialmente si la enfermedad es de inicio tardío. La interpretación de las alucinaciones por parte de estos pacientes generalmente es delirante.⁽⁹⁾ El trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizofreniforme y la depresión con síntomas psicóticos y, más raramente, el trastorno afectivo bipolar suelen cursar con alteraciones sensorio-perceptivas visuales.^(4,8) El delirium cursa con alucinaciones visuales complejas del tipo metamorfopsias, se acompaña de alteración del estado de conciencia y déficits cognitivos y su etiología siempre es orgánica.^(3,7,15) Enfermedades neurológicas, consumo de medicamentos como fentanilo, carbamazepina y otros y el abuso / dependencia del alcohol y otras drogas completan el diagnóstico diferencial de las alucinaciones visuales y en consecuencia del SCB.^(1,11)

El tratamiento de SCB es variable según la gravedad de los síntomas.^(2,7) Cuando la sintomatología es leve se recomienda reposo mientras que ante la presencia de síntomas más graves se precisaran técnicas conductuales y medicamentos para suprimir las alucinaciones. Las técnicas incluyen el parpadeo durante la alucinación o el movimiento rápido de los ojos de un objeto a otro lejos del campo de visión percibido de la alucinación. El pilar del tratamiento es la conciencia y la compasión del médico.^(3,9,13)

Los medicamentos a menudo se reservan para la forma grave de la enfermedad. Incluye el uso de antipsicóticos convencionales y atípicos como las dosis bajas de quetiapina u olanzapina debido a los perfiles de efectos secundarios más seguros, especialmente en los ancianos a los que tiende a afectar el SCB. Otros medicamentos con buena eficacia y efectos secundarios mínimos incluye el donepezilo. Otros fármacos prometedores que son efectivos en pequeñas series de casos incluyen antidepresivos como venlafaxina, escitalopram y cisaprida.^(6,12,14,15)

Conclusiones

El SCB aunque es infrecuente, puede presentarse. A su vez, si el médico no está familiarizado con el síndrome no podrá realizar un diagnóstico efectivo, muchas veces confunde los síntomas con alguna enfermedad orgánica subyacente, consumo de drogas ilícitas, enfermedad psiquiátrica o trastornos neurocognitivo.



Referencias bibliográficas

1. Muñoz Cortés H, Vargas Rueda A. Síndrome de Charles Bonnet: revisión de tema. rev. colomb. psiquiatr. [Internet]. 2007 [cited 2023 May 09] ; 36(2): 292-306. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200009&lng=en
2. Kompella S, Kaushal S, Khan S, Alvarez Villalba C. A Case Report and Review: Charles Bonnet Syndrome Plus With Dementia. HCA Healthcare Journal of Medicine [Internet]. 2022 [cited 2023 May 09];3(1). Disponible en: <https://doi.org/10.36518/2689-0216.1303>
3. Oliver Bretón PM, Cuartielles Berenguer, López Perales B, Martínez Melero M. Manejo del síndrome de Charles Bonnet en atención primaria. A propósito de un caso. Revista sanitaria de investigación. [Internet]. 2021 [cited 2023 May 09]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-del-sindrome-de-charles-bonnet-en-atencion-primaria-a-proposito-de-un-caso/>
4. Reolid Martínez RE, Flores Copete M, Alcantud Lozano P, Fernández Pérez MJ. Esas extrañas alucinaciones: Síndrome de Charles Bonnet. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2018 [citado 2023 Mayo 10]; 11(1): 31-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000100031&lng=es
5. Maruzairi H, Joo CL. A Case Report on Charles Bonnet Syndrome. Iranian journal of psychiatry. [Internet]. 2022 [citado 2023 Mayo 10];17(2): 240–242. Disponible en: <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i2.8914>
6. Hamedani AG, Pelak VS. The Charles Bonnet Syndrome: a Systematic Review of Diagnostic Criteria. Curr Treat Options Neurol. [Internet]. 2019 [citado 2023 Mayo 10];21(9):41. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11940-019-0582-1>
7. Satgunam P, Sumalini R, Chittapu G, Pamarthi G. Screening for Charles Bonnet syndrome: Should the definition be reconsidered? Indian J Ophthalmol. [Internet]. 2019 [citado 2023 Mayo 10];67(7):1127–32. Disponible en: https://doi.org/10.4103/ijop.IJO_1533_18
8. Padilla Romero P, López Arteaga T, Romero Martín C. Síndrome de Charles Bonnet: importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial de las alucinaciones visuales en ancianos. Psicogeriatría [Internet]. 2021 [citado 2023 Mayo 10];11 (1): 45-48. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/1101/PSICO_1101_045_NC_2618007_Padilla.pdf
9. Karson C, Kang C, Albrecht B, Levin G. Charles Bonnet Syndrome With Superimposed Delirium. Cureus, [Internet]. 2022 [citado 2023 Mayo 10];14(8), e27570. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.27570>



10. Vacchiano V, Tonon C, Mitolo M et al. Functional MRI study in a case of Charles Bonnet syndrome related to LHON. BMC Neurol [Internet]. 2019 [citado 2023 Mayo 10];19:350. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1579-9>
11. Rojas Rojas H, Borja Ballesteros C, Escobar Córdoba F. Síndrome de Charles Bonnet: Presentación de dos casos. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2007 [citado 2023 Mayo 10] ; 45(2): 161-165. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272007000200009&lng=es
12. Vela Sánchez B, Navarrete Páez MI, Rosales Muñoz MA. XXII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental: Síndrome de Charles Bonnet: a propósito de un caso. [Internet]. 2021 [citado el 30 de abril de 2023]:7. Disponible en: <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2021-22-pon7.pdf>
13. Lomo T, Singh A, Peters D. Three cases of Charles Bonnet Syndrome in patients with advanced glaucomatous visual field loss but preserved visual acuity. Acta ophthalmologica. [Internet]. 2021 [citado el 30 de abril de 2023]; 99(4):448–451. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/aos.14620>
14. Jiménez Valverde LO, Jiménez López JL. Síndrome de Charles Bonnet: reporte de un caso secundario a macroadenoma hipofisario. Archivos de Neurociencias (Mex) INNN. [Internet]. 2019 [citado el 30 de abril de 2023];24(4):31-35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2019/ane194d.pdf>
15. Dias DV, Suraweera C. Successful treatment of Charles Bonnet Syndrome with sodium valproate and sertraline: A case report. Sri Lanka Journal of Psychiatry. [Internet]. 2020 [citado el 30 de abril de 2023];11(2):31–2. Disponible en: <https://sljpsyc.sljol.info/articles/10.4038/sljpsyc.v11i2.8248/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Declaración de contribución de autoría

- Rafael Salvador Santos Fonseca: Conceptualización, metodología, supervisión, redacción-revisión y edición.
- Pedro Rafael Casado Méndez: Conceptualización, redacción-borrador original.
- Admir Gonçalves Monteiro: Revisión, redacción-borrador original.

