

Síndrome de Charles Bonnet

CMN 20 de Noviembre
ISSSTE

Dra. Grecia García Rubio
Dr. Juan José Lara Vera

Charles Bonnet fue un científico sueco que describió por primera vez alucinaciones visuales en su abuelo en 1970.

La enfermedad consta de tres características principales: alucinaciones, patología ocular subyacente y cognición sin alteraciones.

Es una enfermedad cuyo predominio es en edades avanzadas, usualmente, en pacientes con degeneración macular asociada con la edad. No obstante, se puede presentar en pacientes pediátricos con padecimientos que afecten la visión.

Se conocen múltiples asociaciones entre enfermedades oftalmológicas con el síndrome de Charles Bonnet. Algunas de ellas son: retinitis pigmentaria, miopía alta, catarata, retinopatía diabética, glaucoma, neuritis óptica, oclusión de arteria y vena central de la retina; también se puede ocurrir secundaria a algunos procedimientos como lo son iridotomías láser bilaterales, inyecciones de anti-VEGF, enucleación, entre otras.

Se han identificado factores de riesgo para el desarrollo de este síndrome, siendo los más asociados la edad avanzada y la disminución de la agudeza visual de manera aguda.

En algunos estudios se han propuesto otros factores de riesgo, aunque con evidencia débil o inconsistente. Entre ellos se encuentran: aislamiento social, atrofia cortical y el sexo femenino.

Fisiopatología

Actualmente, no se conoce con certeza la fisiopatología del síndrome; sin embargo, se han propuesto múltiples teorías para intentar explicar las alucinaciones en el contexto de baja visual.

Una alteración a cualquier nivel de la vía visual puede desencadenar la aparición del síndrome. La primer teoría intenta dilucidar la fisiopatología relacionando las alucinaciones con los sueños, diciendo que ambas son parte del mismo continuo. Con esto, nos habla que la disminución sensorial visual resulta en actividad cerebral similar al sueño, generando alucinaciones.

Otra teoría, la más aceptada, es la teoría de la **deafferentación**. Ésta nos habla de la lesión en la vía visual con pérdida de fibras nerviosas aferentes responsables de la transducción visual, resulta en un estado de hiperexcitabilidad aberrante en la corteza visual. Ésto aunado al aumento presináptico de neurotransmisores excitatorios y a la disminución de la liberación de neurotransmisores inhibitorios, concluye en la aparición de alucinaciones visuales.

Cuadro clínico

Se presenta más comúnmente en pacientes de edad avanzada con algún diagnóstico oftalmológico que predisponga a la disminución de la visión.

Los pacientes pueden referir alucinaciones simples o complejas. Las alucinaciones simples pueden presentarse como destellos de luz, resplandores, etc. Las alucinaciones complejas o escénicas son aquellas en las cuales se pueden apreciar figuras humanas, animales, objetos inanimados, escenas vívidas, etc.

Las imágenes experimentadas pueden ser familiares o no para el paciente, pero no puede influenciar conscientemente el contenido.

Pueden ser congruentes con la realidad o incongruentes; también pueden tener una duración de segundos o de minutos, pero su resolución es espontánea.

Los pacientes pueden identificar algunas situaciones que desencadenan a las alucinaciones como lo son: estrés, fatiga, disminución de la luz.

Los episodios pueden presentarse de manera diaria, semanal o mensual. De acuerdo a esto, se pueden clasificar en:

- Episódicas: un episodio de alucinaciones semanal o después de varios meses con posterior resolución permanente.
- Periódicas: episodios de alucinaciones seguidos de periodos libres de estas.
- Continuas: episodios sin remisión de las alucinaciones.

Diagnóstico

El primer paso en la evaluación del síndrome de Charles Bonnet es la evaluación de trastornos neurocognitivos, déficits neurológicos y deterioro neurocognitivo a través de un examen neurológico completo. El estudio puede incluir imágenes cerebrales, electroencefalograma, exámenes de laboratorio y pruebas genéticas según las condiciones neurológicas sospechosas.

También se debe completar una evaluación de conciliación de medicamentos para las alucinaciones inducidas por medicamentos. Algunos medicamentos comunes no psicotrópicos que causan alucinaciones son los betabloqueantes, los glucocorticoides, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, la cimetidina, la ranitidina, el sildenafil, la digoxina, los carbapenemes, las penicilinas, los macrólidos, las cefalosporinas, la linezolidina y la doxiciclina.

Por último, también se deben descartar los medicamentos psicotrópicos y las drogas de abuso como causa de las alucinaciones. Una vez descartadas las alucinaciones secundarias a una afección neurológica o medicación subyacente, el siguiente paso es confirmar la presencia de deterioro o pérdida de la visión mediante una evaluación oftalmológica exhaustiva con pruebas de campo visual.

Las imágenes cerebrales también se pueden usar para evaluar el deterioro o la pérdida de la visión en personas cuyo examen de la vista no presenta alteraciones. En resumen, se puede hacer un diagnóstico en personas que solo tienen alucinaciones visuales en ausencia de anomalías neurológicas y en presencia de deterioro o pérdida de la visión conocida.

Tratamiento

El tratamiento debe individualizarse e incluir todos los aspectos relacionados con la etiopatogenia del síndrome. Hay que informar de que se trata de un proceso benigno. Santos-Bueso et al. destaca la utilidad de compararlo con el síndrome de miembro fantasma para el adecuado entendimiento por parte del paciente. Remarcan la importancia de tranquilizar al paciente, convencerle de que no es un cuadro psicótico, evitando así posibles cuadros ansiosos secundarios a la misma. Establecer ciertas medidas que mejoren la calidad de vida y que disminuyan los posibles desencadenantes descritos: fatiga, estrés, baja iluminación, deslumbramiento, etcétera.

Por último un adecuado abordaje del tratamiento causal de la enfermedad ocular si fuera posible, y del síndrome ansioso secundario a las alucinaciones. Como fármacos se han utilizado antipsicóticos y antiepilépticos, que en general resultan poco eficaces.

Cabe destacar la importancia de conocer el Síndrome de Charles Bonnet y tenerlo en cuenta como posible opción dentro de los diagnósticos diferenciales de las alucinaciones. El abordaje multidisciplinar del mismo es importante para un adecuado tratamiento y calidad de vida de dichos pacientes.

Bibliografía

Dorothea Peters, Stellan Molander, Trine Lomo, Amardeep Singh, Charles Bonnet Syndrome in Patients with Open - Angle Glaucoma: Prevalence and Correlation to Visual Field Loss, *Ophthalmology Glaucoma*, Volume 5, Issue 3, 2022, Pages 337-344, ISSN 2589-4196,

Reolid Martínez, Ricardo Enrique, Flores Copete, María, Alcantud Lozano, Pilar, & Fernández Pérez, María José. (2018). Esas extrañas alucinaciones: Síndrome de Charles Bonnet. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(1), 31-33.

Rojas, L; Gurnani, B. December 6, 2022. Charles Bonnet Syndrome, National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information.