

SÍNDROME DE CHARLES BONNET – A PROPOSITO DE UN CASO

DRA. CECILIA CARIAS, DRA. XENIA REGALADO, DR. OCTAVIO LÓPEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS

POSTGRADO DE PSIQUIATRÍA DE HONDURAS

HOSPITAL PSIQUIATRICO DR. MARIO MENDOZA



INTRODUCCIÓN

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) se caracteriza por alucinaciones visuales complejas formadas y recurrentes en personas psicológicamente normales, frecuentemente asociado a patología ocular.¹ El síndrome lleva el nombre de Charles Bonnet, un naturalista y filósofo suizo,² que en 1760 describió por primera vez el síndrome, en su abuelo que experimentaba alucinaciones visuales a pesar de ser ciego a causa de una catarata.³

El SCB o "Síndrome del Ojo Fantasma", es de particular interés ya que la prevalencia se ha informado que afecta desde un 1,4% hasta un 40% de los pacientes con oftalmopatías.⁴ Es importante señalar que suele ocurrir en personas de edad avanzada, pero también se ha descrito en pacientes más jóvenes e incluso en niños. Es necesario considerar este diagnóstico en pacientes con disminución de la agudeza visual o defectos del campo visual que reportan alucinaciones visuales.⁵ A continuación se presenta un reporte de caso con su diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO

Femenina, de 29 años de edad, mestiza, soltera, bachiller en ciencias y letras, ama de casa, nacida y procedente del Olingo, Danlí, El Paraíso.

SP: Alucinaciones visuales.

HEA: Paciente con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo I, hace 8 años le indicaron tratamiento con insulina NPH, la paciente no quería inyectarse por lo que le iniciaron tratamiento vía oral con glibenclamida. No lo tomaba todos los días y no cuidaba su dieta; tenía episodios de hiperglicemia frecuentemente.

Hace 4 años inicia con disminución de la agudeza visual y hace 1 año pierde totalmente la visión, fue referida a oftalmólogo y asistió 8 meses después de ser referida. Este año fue ingresada por 7 días en el Hospital General San Felipe, por presentar edema de miembros inferiores que evolucionó a anasarca. Fue referida a continuación al Hospital Escuela Universitario, por presentar una convulsión tónico-clónica por hipoglicemia posteriormente presenta cambios de conducta, habla incoherente, agresividad física y verbal hacia la madre, amenazaba de muerte al personal médico, se quitaba catéteres; fue sedada con diazepam 10mg I.V. cada 8 horas y sujeta por 3 días, cuadro anterior sede al cuarto día. Al sexto día de internamiento es inconsultada con psiquiatría por presentar alucinaciones visuales (veía la mitad superior de 4 niños y 2 hombres con camisa negra que bailaban al lado de su cama, 3 mujeres y un niño pequeño que cargaba a un bebe desnudo), duraban 1 minuto y medio, episódicas, ocurrían dos veces al día y no presentaba sonidos asociados. La paciente refiere episodios similares hace 6 meses. Seis días después de iniciado el cuadro, recibe primera dosis de risperidona de 1.5mg /día. Hace 1 año presenta tristeza con llanto fácil, ideas sobrealzadas de minusvalía, de culpa, anhedonia, descuido del aseo personal, perspectiva negativa del futuro, ideas de muerte e ideación suicida (ingiriendo medicamentos o ahorcándose), nunca lo ha intentado.

FOGS: Alteración del sueño, con hipersomnio durante el día (duerme aproximadamente 10 horas durante el día).

IOAS: Ver convulsión tónico – clónica descrita en la HEA.

Antecedentes Personales:

Abuso sexual: Jefe de la paciente intento abusar sexualmente de la paciente.

Historia escolar: inicio escuela a los 7^a, repitió 4^o grado de primaria. Se retiraba constantemente de sus estudios perdiendo varios años escolares. Terminó la escuela primaria a los 15 años y se graduó de bachiller en ciencias y letras a los 25 años.

Historia laboral: trabajo como niñera por 2 meses a los 21^a, renunció por acoso sexual. Trabajó como empleada doméstica a los 22^a, renunció por que no quería trabajar. Trabajó como impulsadora en Supermercado por 3 meses, renunció por el mismo motivo anterior

Antecedentes Personales Patológicos:

Diabetes Mellitus Tipo 1
Glaucoma neo vascular terminal
Catarata bilateral
Retinopatía diabética
Insuficiencia Renal Aguda
Miocardiopatía Dilatada en Estudio

Antecedentes Familiares Psiquiátricos:

Madre con trastorno depresivo tratado con amitriptilina en el Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza

Antecedentes Personales Psiquiátricos:

Ninguno.

Examen Físico:

SIGNOS VITALES ESTABLES.

ROAS:

Ojos: simétricos con edema palpebral, fondo de ojo no valorable por cornea blanquecina.



Extremidades: con presencia de edema bilateral +++, que llegaba hasta rodilla.

Examen Neurológico:

II y III par craneal no valorables. Resto normal.

Examen Mental:

Apariencia general:

paciente femenina en la tercera década de la vida, cuya edad real concuerda con edad aparente, mestizo, buena higiene personal, viste ropa intrahospitalaria adecuada, biotipo mesomórfico, buen estado nutricional, con facies de enfermedad crónica, abotagada. Luce tranquila, colaboradora a la entrevista. Permanece acostada en cama hospitalaria durante la entrevista.

Consciente, atenta, orientada globalmente, memoria conservada, **sensopercepción: con alucinaciones visuales complejas**, conducta motora sin alteraciones, afecto con tono depresivo, pensamiento con ideas sobrevaloradas de minusvalía y culpa, Insight: IV/VI y juicio adecuado.

RESULTADOS

Gabinete 15/9: Hemograma: normal. Glucosa 91mg/dl, BUN: 31mg/dl, ácido úrico 3.5mg/dl, creatinina 0.49mg/dl, proteínas totales 5.5mg/dl, colesterol 231mg/dl, triglicéridos 247mU/l. Na+: 138mEq/l K+: 4.7mEq/l.

27/9: Hemograma normal, Glucosa 84mg/dl, BUN: 49mg/dl, Creatinina 1.5mg/dl Ca++: 8.5mEq/l

Química especial: péptido C y perfil tiroideo normales. (TSH 2.56 y T4 libre 1.3).

General de orina: Proteínas ++, cilindros de 0 a 5 por campo.

E.E.G.: sin alteraciones.

E.K.G.: sin alteraciones.

ECOCARDIOGRAMA: dilatación de cuatro cámaras, e hipertrofia ventricular izquierda excéntrica y valvulopatía de bajo flujo.

RESONANCIA MAGNÉTICA: normal.

HAM-D: 14 puntos, equivalente a trastorno depresivo mayor moderado. **PANNS:** no reportó psicosis, ni presencia de síntomas positivos ni negativos. **Pruebas de valoración de atención y memoria:** sin alteraciones.

DIAGNÓSTICO

Eje IA:

Episodio depresivo moderado sin síntomas psicóticos. F32.1. Alucinosis Orgánica. F06.0 versus Síndrome de Charles Bonnet.

Eje IB:

Trastorno de personalidad en estudio. No retraso mental.

Eje IC:

Diabetes mellitus tipo 1, Nefropatía diabética con insuficiencia renal aguda secundaria, miocardiopatía dilatada en disfunción clase funcional tipo II, retinopatía diabética, catarata bilateral, glaucoma neo vascular terminal, vejiga neurogénica, cardiopatía valvular (en estudio).

Eje II:

Personal = 5 social = 5 y familiar = 5.

Eje III:

Patología subyacente incapacitante. Pobre apego al tratamiento. Sin Insight completo de su enfermedad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de las alucinaciones visuales de un paciente incluye enfermedades psiquiátricas con síntomas psicóticos prominentes (por ejemplo, trastorno bipolar) y enfermedades neurológicas (por ejemplo: enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson). Las alucinaciones pueden ser prominentes en el delirio, estados de intoxicación con drogas y estados de abstinencia de drogas (especialmente la abstinencia de alcohol) y también pueden ocurrir como un efecto adverso de la medicación.⁶

En este caso se debe de realizar el diagnóstico diferencial con los siguientes trastornos, episodio depresivo mayor grave con síntomas psicóticos, delirium, alucinosis orgánica y Síndrome de Charles Bonnet.

Se descarta un cuadro afectivo psicótico mediante el examen PANSS quien determina que no hay existencia de psicosis en esta paciente. Con respecto al delirium lo descartamos ya que no presenta criterios diagnósticos como ser alteración en el estado de consciencia y fluctuaciones del estado mental. Con respecto a la enfermedad de Alzheimer y de Parkinson podemos descartarlas ya que la paciente no pertenece al grupo etario característico para estos trastornos ni presente sintomatología sugerente de las mismas. Con respecto a los trastornos por consumo de alcohol y drogas, estos se descartan ya que no existe historia de consumo. En relación a la alucinosis orgánica esta se puede descartar con el electroencefalograma y la resonancia magnética que no presentan alteraciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- KAZUI H. ISHII R. YOSHIDA T. IKEZAWA K. Neuroimaging Studies in Patients With Charles Bonnet Syndrome. PSYCHOGERIATRICS 2009; 9: 77-84.
- 2.- Bellés X. Charles Bonnet (1720-1793), Descubridor De La Partenogénesis. Boln. S.E.A., n1 36 (2005): 316.
- 3.- Yacoub R, Ferrucci S. Charles Bonnet syndrome. Optometry (2011) 82, 421-427.
- 4.- Farida C, Faiza B, Ilyes B, Said A. Charles Bonnet syndrome: An under reported entity in endocrinology. Indian J Endocrinol Metab. 2012 Sep-Oct; 16(5): 867-868.
- 5.- Lim L, Li K, Tan C. The diagnosis of Charles Bonnet syndrome in visual field defects. Indian J Endocrinol Metab. 2013 May-Jun; 17(3): 534.
- 6.- Jackson M, Ferencz J. Charles Bonnet syndrome: visual loss and hallucinations CMAJ AUGUST 4, 2009.181(3-4).
- 7.- Ricard P. Vision loss and visual hallucinations: the Charles Bonnet syndrome. Community Eye Health. 2009 March; 22(69): 14.



Artista Cecil Riley, quien sufre de SCB, representa sus visiones en sus pinturas. Reino Unido.⁷