

## Síndrome de Charles Bonnet: presentación de un caso en la población infantil y breve revisión de la literatura

Charles Bonnet syndrome: presentation of a case in the child population and a brief review of the literature

Yesyka Sibila Jaramillo Orrego (1), Dagoberto Nicanor Cabrera Hemer (2)

### RESUMEN

El síndrome de Charles Bonnet se ha mencionado desde el siglo XVIII como la presencia de alucinaciones visuales complejas con deterioro de la visión sin otras enfermedades asociadas en ancianos. Este síndrome también se encuentra en la población infantil, al parecer poco frecuente por la escasa literatura en este grupo de edad. Se muestra el caso de una menor de edad que cumple los criterios.

PALABRAS CLAVES: disfunción cognitiva, alucinaciones, baja visión, niños, trastornos mentales (DeCS).

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Yesyka Sibila Jaramillo Orrego, recogió información, revisó literatura y presentó el caso.  
Dagoberto Nicanor Cabrera Hemer, asesor temático, corrección final del artículo.

### SUMMARY

The Charles Bonnet syndrome has been mentioned since the 18th century as the presence of complex visual hallucinations with impaired vision without other diseases associated in the elderly. This syndrome is also found in the child population, apparently infrequent because of the scarce literature in this group. The case of a minor who meets the criteria is shown.

KEY WORDS: cognition, hallucinations, vision disorders, child, mental disorders (MeSH).

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Charles Bonnet (SCB) está compuesto por alucinaciones visuales de predominio complejas en pacientes con deterioro de la visión y estado cognitivo conservado, sin la presencia de enfermedades psiquiátricas o neurológicas demostradas (1).

El aumento en la esperanza de vida conlleva a un incremento de enfermedades oculares relacionadas con el envejecimiento, esto explica la mayor prevalencia en este grupo de edad. Inicialmente se pensaba que era de carácter benigno pero su presencia se asocia con un riesgo 25 veces mayor de tener demencia que la población en general adulta.

Su prevalencia es del 11 al 13 % en personas con pérdida visual parcial y de 1 a 2 % en la población geriátrica. En una serie de casos de 45 pacientes con SCB en el 2015, de predominio femenino y mayores de 80 años, tenían como etiología principal la degeneración macular y otras causas encontradas, pero menos frecuentes fueron: glaucoma, cataratas, desprendimiento de retina (2-11).

El SCB es excepcional en personas jóvenes, de allí la importancia de este reporte de caso, ya que fue en un individuo joven, que no tenía condición psiquiátrica. Se debe tener presente como un posible diagnóstico diferencial en estos casos.

(1) Neuróloga clínica-Fellow, neurología infantil, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

(2) Neurólogo infantil, Hospital Universitario San Vicente Fundación; docente Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

### Presentación del caso clínico

Se presenta el caso de una paciente femenina de 11 años, sin antecedentes perinatales de importancia, con neurodesarrollo adecuado y buen rendimiento académico. Tiene un antecedente de retinoblastoma bilateral a los 7 años, con enucleación de ojo derecho con seguimiento por oftalmología y oncológica sin recaídas. Ingresó al Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín-Colombia, por cuadro de un mes de alucinaciones visuales estructuradas, visualizando arañas, rostros de personas en colores, con ilusiones visuales en un ambiente de baja luminosidad y alucinaciones auditivas presentes. La paciente es consciente que las alucinaciones e ilusiones no son reales, desaparecen cuando cierra los ojos y con movimiento de la cabeza.

Se encontró un examen neurológico normal para la edad, excepto la evaluación oftalmológica donde se encontró enucleación de ojo derecho. El ojo izquierdo tiene una agudeza visual de 20/50; al fondo de ojo se encontró una lesión cicatrizada plana en arcada temporal superior atrófica, deprimida sin actividad. Se le descartaron causas orgánicas como actividad convulsiva, reactivación del tumor, neuroinfección. La valoración por parte de psiquiatría infantil descartó patología mental asociada.

Se diagnosticó síndrome de Charles Bonnet y se inició manejo con ácido valproico, a una dosis baja de 250 mg cada 12 horas.

### DISCUSIÓN

En 1760, el filósofo suizo del siglo XVIII, Charles Bonnet (1720-1793) fue el primero en describir este síndrome como un fenómeno de alucinaciones complejas en un paciente con deterioro visual por cataratas, el cual era su abuelo de 89 años, en el texto: “Ensayo Analítico de las Facultades del Alma” (2,12,13).

El diagnóstico de SCB es fundamentalmente clínico. La tabla 1 muestra los criterios diagnósticos.

Su aparición se ha asociado a determinados factores como fatiga, estrés, baja iluminación, deslumbramiento, aislamiento social, defectos cognitivos, privación sensorial y baja calidad de contacto sociales (11).

Las alucinaciones son percepciones de imágenes, sonidos u olores que tienen como característica en el SCB el saber que no son reales. Las alucinaciones visuales pueden ser simples o complejas: las simples son fundamentalmente fopsias, miodopsias o espectros de fortificación. Las complejas son las más comunes, principalmente en forma de personas y caras, en general son a color y en movimiento. El curso puede ser episódico, cíclico o crónico, la duración

**Tabla 1. Criterios diagnósticos (14)**

Un episodio único diagnosticado de alucinosis visual independientemente de su duración.

Deterioro de la agudeza visual o del campo visual

No padecer otra enfermedad neurológica que lo justifique

de las alucinaciones suelen ser menores a diez minutos, se presentan varias veces al día y aproximadamente en un 30 % se desencadenan por baja iluminación (1,11,15).

El deterioro del campo y/o en la agudeza visual puede ser la causa del SCB, la patología de dicho síndrome se basa en la teoría de la desaferentación, en relación a cambios bioquímicos, histológicos y anatómicos en las neuronas de la vía visual que para intentar compensar la escasa estimulación, las células sufrirían un proceso de hiperexcitación, por lo que las alucinaciones se originarían ante cualquier estímulo del medio exterior (16,17).

El tratamiento debe ser individualizado y con un manejo multidisciplinario por psiquiatría, neurología y oftalmología, se debe aportar información adecuada al paciente y a su familia sobre el origen no psiquiátrico del síndrome, tratar las causas del déficit visual de ser posible, agregar recomendaciones tales como: tener buena iluminación, aprender maniobras de distracción (pestañeo, dirigir la mirada en otros sentido) y tratar con medicamentos de ser necesario, aunque los resultados son contradictorios, los más utilizados con los neurolépticos tanto típicos como atípicos y anticonvulsivantes como la carbamazepina y el ácido valproico a dosis bajas (18-20).

El pronóstico es muy variable, se han descrito casos en los que las alucinaciones se han remitido espontáneamente y otros en los que nunca lo hacen, ni siquiera con farmacoterapia (6).

### CONCLUSIÓN

El SCB también se presenta en la población infantil y aunque al parecer es menos común que en la población adulta mayor, se debe sospechar por el tipo de alucinaciones que son principalmente complejas en pacientes con deterioro de la agudeza visual pero con estado cognitivo conservado para evitar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

### Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener conflictos de intereses en este estudio.

## REFERENCIAS

1. Santos-Bueso E, Porta-Etessam J. Síndrome de Charles Bonnet. Criterios diagnósticos. *Arch Soc Esp Oftalmol*; 2016;91(11):511-2. <https://doi.org/10.1016/j.oftal.2016.07.005>
2. Donoso A, Silva C, Fuentes P, Gaete G. Síndrome de Charles Bonnet: presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Rev méd Chile*. 2007;135(8):1034-9. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000800011>
3. Vukicevic M, Fitzmaurice K. Butterflies and black lacypatterns: The prevalence and characteristics of Charles Bonnet hallucinations in an Australian population. *Clin Exp Ophthalmol*. 2008;36(659):665. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-9071.2008.01814.x>
4. Choi E-J, Lee J-K, Kang J-K, Lee SA. Complex visual hallucinations after occipital cortical resection in a patient with epilepsy due to cortical dysplasia. *Arch Neurol*. 2005;62(481):484. <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.62.3.481>
5. Tan CS, Sabel BA, GK-Y. Visual hallucinations during visual recovery after central retinal artery occlusion. *Arch Neurol*. 2006;63(4):598-600. <http://dx.doi.org/10.1001/archneur.63.4.598>
6. M DSG, Marsa D. Síndrome de Charles Bonnet : exposicion de un caso y breve revision. *Actas spiquiatr*. 2003;31(1):48-53.
7. Teunisse RJ, CruysbergJR HW. Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnets syndrome. *Lancet*. 1996;347(4):794-7.
8. Manfbrd M AF. Complex visual hallucinations. Clinical and neurobiological insights. *Brain*. 1998;121(Pt 10):1819-40.
9. Mewasingh LD, Kornreich C, Christiaens F, Christophe C DB. Pediatric phantom vision (Charles Bonnet) syndrome. *Pediatr Neurol*. 2002;26(2):143-5.
10. Schwartz TL, Vahgei L. Charles Bonnet syndrome in children. *J AAPOS*. 1998;2:310-3.
11. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, Rodríguez-Gómez O, Martínez-De-La-Casa JM, García-Feijoo J, et al. Síndrome de Charles Bonnet. Serie de 45 casos. *Rev Neurol*. 2015;60(8):337-40.
12. G de M. The Charles Bonnet syndrome: visual hallucinations in the aged without mental deficiency. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1967;2(5):678-702.
13. Jr HT. Charles Bonnet, his life, and his syndrome. *Surv Ophthalmol*. 2007;52(1):111-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.survophthal.2006.10.007>
14. Fernández A, Lichstein G, Vieweg W VR. The Charles Bonnet syndrome: a review. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(3):195-200.
15. Schadlu AP, Schadlu R, Shepherd JB. Charles Bonnet syndrome: a review. *Curr Opin Ophthalmol [Internet]*. 2009;20(3):219-22. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKP.TLP:landingpage&an=00055735-200905000-00013>
16. Naranjo-Bonilla P, Giménez-Gómez R, Gallardo-Galera JM. Charles Bonnet syndrome, glaucoma and moderate visual acuity. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2014;89(8):340-2. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oftale.2014.08.015>
17. Madill SA FD. Charles Bonnet syndrome in patients with glaucoma and good acuity. *Br J Ophthalmol*. 2005;89:785-6. <http://dx.doi.org/10.1136/bjo.2005.066027/10.1136/bjo.2005.068510>
18. Santos-Bueso E, Serrador-García M, G-SJ. Treatment of Charles Bonnet syndrome. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2013;88:369-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oftale.2012.06.014>
19. Santos-Bueso E, Serrador-García M, García-Sánchez J. Donepezil as treatment of Charles Bonnet syndrome. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2013;88:244-5. <http://dx.doi.org/10.1016/j.oftale.2012.12.002>
20. Mori H, Terao T, Shiraishi Y, Nakamura J. Treatment of Charles Bonnet syndrome with valproate. *Int Clin Psychopharmacol*. 2000;15(2):117-9.