BUTLLETÍ de l'Atenció Primària de Catalunya

CAMFiC societat catalana de medicina familiar i comunitària

CAS CLÍNIC

Open Acces
creative commons

AL·LUCINACIONS VISUALS COMPLEXES AMB NOM I COGNOM

Dr. M. Soler Pont i DUI. R. Caro

Consultori Castellvell del Camp. CAP Llibertat, Reus 3

Adreça per a correspondència:
Marc Soler Pont

Adreça electrònica:
msoler.tgn.ics@gencat.cat

RESUM

L'article descriu el procés diagnòstic i tractament d'un pacient de vuitanta-cinc anys pluripatològic, sense deteriorament cognitiu però amb una agudesa visual molt reduïda, que va iniciar, un any i mig abans de morir, unes al·lucinacions visuals complexes i estructurades que ell mateix reconeixia com irreals, però que puntualment alteraven el seu comportament i estat anímic. Les al·lucinacions acostumen a presentar un diagnòstic diferencial complex, ja que en molts casos són conseqüència de múltiples processos, la qual cosa dificulta el seu maneig. La mala evolució del cas amb la medicació pautada, va forçar la revisió del mateix que va permetre el diagnòstic d'una síndrome poc habitual.

RESUMEN

El artículo describe el proceso diagnóstico y tratamiento de un paciente pluripatológico, sin deterioro cognitivo pero con una agudeza visual muy reducida, de ochenta y cinco años que inició, año y medio antes de su muerte, unas alucinaciones visuales complejas y estructuradas que él mismo reconocía como irreales, pero que puntualmente alteraban su comportamiento y estado anímico. Las alucinaciones suelen presentar un diagnóstico diferencial complejo, puesto que en muchos casos son consecuencia de múltiples procesos, lo que dificulta su manejo. La mala evolución del caso con la medicación pautada, forzó la revisión del mismo lo que permitió el diagnóstico de un síndrome poco habitual.

ABSTRACT

The article describes the diagnostic process and treatment of an eighty-five-year-old patient with multiple pathologies, without cognitive impairment but with very reduced visual acuity. A year and a half before his death, he started several complex and structured visual hallucinations; the patient recognized those hallucinations as unreal, but they punctually altered his behavior and mood. Hallucinations usually present a complex differential diagnosis, since in many cases they are the consequence of multiple processes, which makes their management difficult. The initial poor evolution of the patient with the prescribed medication forced a review of the case, which allowed the diagnosis of an unusual syndrome.

INTRODUCCIÓ

Es descriu el cas d'un pacient de 85 anys sense deteriorament cognitiu, però amb al·lucinacions visuals complexes que no va respondre com s'esperava al tractament antipsicòtic pautat.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Pacient pluripatològic, adscrit al programa ATDOM per capacitat visual reduïda i estenosi de canal lumbar severa. A partir dels darrers mesos del 2020 es van intensificar les visites domiciliàries després de ser donat d'alta d'un hospital de tercer nivell on va ingressar per una fibril·lació auricular ràpida. Durant l'ingrés es va objectivar una dilatació ventricular esquerra sense hipertròfia però amb hipocinèsia difusa i disfunció sistòlica atribuïda a una doble lesió valvular aòrtica greu. La coronariografia va descartar lesions significatives. Es va proposar una implantació transcatèter de vàlvula aòrtica. L'estudi de l'arrel aòrtica i els accessos vasculars no ho contraindicaven, però van mostrar adenopaties mediastíniques; una de les quals paraesofàgica dreta de 2 cm. El PETTC va mostrar un nòdul pulmonar hipermetabòlic en lòbul mig sospitós de procés neoproliferatiu primari. El Comitè de Tumors va desestimar la substitució valvular aconsellant, a causa de les comorbiditats del pacient, un maneig conservador pal·liatiu.

A més de les patologies esmentades; el nostre pacient patia: hipertensió pulmonar i MPOC des del 2003, insuficiència renal crònica estadi IIIb, fractures osteoporòtiques a L2, L3 i L5; canal estret lumbar, glaucoma terminal i miòpia magna amb una agudesa visual molt reduïda. Precisava edoxaban (pautat per l'hospital de tercer nivell tot i la lesió valvular), amiodarona, furosemida, amlodipina, losartan, tamsulosina, prednisona,

fentanil, citalopram, denosumab, inhalador amb beclometasona, formoterol i glicopirroni; brinzolamida, brimonidina i latanoprost i finalment metamizol, paracetamol i macrogol a demanda.

El maig del 2021 la família va informar que el pacient s'havia alterat molt, cridava i discutia de coses sense sentit; aquell cap de setmana no havia pogut dormir ningú a casa seva; veia coses que l'alteraven. Des d'aleshores i fins a finals de març del 2022 les al·lucinacions es van anar repetint amb més o menys freqüència i més o menys agitació, tot i els esforços terapèutics. El pacient explicava molts tipus d'al·lucinacions algunes l'alteraven i d'altres no. Les que millor tolerava era quan veia la urbanització, on vivia, totalment canviada: "edificios altos y torres eléctricas" segons explicava ell mateix. La cosa empitjorava quan li tocaven el jardí: canalla jugant, gent fent races per passar tubs, arbres o plantes que la gent canviava de lloc… això l'alterava força. Altres cops parlava amb familiars que feia temps que eren morts; ell hi parlava, però no el responien, la qual cosa no l'estressava gaire: "Yo les explico cosas. Poca gente puede hablar con familia que hace tiempo que no ve", de fet ell veia coses rares, però no escoltava res estrany. No vam poder evitar el riure, la família i nosaltres, metre narrava la nit que tenia un nen assegut al peu del llit que li anava tocant el dit gros del peu; ell li deia que li feia mal, "pero el jodido no paraba. Ahora ya no me duele, pero vaya noche me ha dado". Hilarant va ser quan explicava que una nit en posar-se al llit va trobar 4 noies despullades "no hacían nada; yo tampoco, pero aquí estaban". El fet és que algunes al·lucinacions les tolerava força bé, però d'altres l'alteraven molt tot i que, en els períodes intercrítics, reconeixia que el que veia no era real.

L'al·lucinació és una percepció sense objecte o estímul extern, aquesta percepció genera la convicció, al que la pateix que el que percep és real. Una ideació delirant ens orientarà a un trastorn psiquiàtric; si no existeix ideació delirant cal sospitar una patologia orgànica, tòxica o metabòlica[1]. Les al·lucinacions poden classificar-se en: simples (figures geomètriques) o complexes (persones i objectes). També poden classificar-se segons el seu contingut en: hipnagògiques o hipnopòmpiques (alteració sensorial a l'inici o final del son; que no es consideren patològiques) auditives, somàtiques, olfactives, gustatives, i visuals[2]. Les més freqüents són les auditives que orienten a un trastorn esquizofrènic, les visuals són més característiques de trastorns orgànics cerebrals o consum de tòxics.

En tractar-se d'al·lucinacions sense alteració de la consciència, sense idees delirants, ni deteriorament de la memòria, ni altres dèficits progressius; es va desestimar la possibilitat d'atribuir el símptoma a una demència. Tampoc hi havia deteriorament de l'estat d'ànim que fes pensar en una depressió major, un trastorn maníac-depressiu i el fet que les al·lucinacions no fossin auditives i la falta d'altres símptomes psicòtics positius o negatius feien difícil considerar el trastorno esquizofreniforme o l'esquizofrènia com una possibilitat diagnòstica.

Es va sol·licitar una analítica que no va mostrar alteracions remarcables i el TAC cerebral (fig. 1) no va mostrar imatges de patologia aguda tot i mostrar moderats signes d'atròfia difusa compatibles amb l'edat del pacient. Es va revisar la medicació: l'amiodarona pot produir al·lucinacions i el fentanil deliri. Després de comentar el cas amb la companya del PADES es va optar per no tocar l'amiodarona, pel risc que una nova arrítmia deteriores de nou el pacient; es va modificar la dosis de fentanil aprofitant una finestra de descens de dolor lumbar. El descens no va modificar les al·lucinacions; es va optar per substituir el fentanil per tapentadol, tot i que va millorar el restrenyiment habitual, tampoc va modificar les al·lucinacions. Els medicaments antipsicòtics acostumen a ser el tractament farmacològic d'elecció d'avant dels quadres d'agitació; però segons la família del pacient; la quetiapina pautada, primer de forma puntual i posteriorment de forma fixa progressivament fins als 100 mg diaris, ni evitava les al·lucinacions ni calmava el pacient quan s'alterava. Es va optar per disminuir progressivament la quetiapina i substituir-la per risperidona de mig o un mg, a demanda quan l'al·lucinació alterava el pacient… va ser amb aquesta nova pauta que la família va reportar un millor control.

Segons la revisió farmacològica feta, el següent pas havia de ser retirar l'amiodarona, però feia por i finalment no va caler… Per aquells capricis del destí em va arribar un cas de característiques similars a les del nostre pacient. El tweet (fig.2) deia així: "¿Qué pasaría si de pronto comienzas a ver personas en tu habitación pero sabes que no están allí?" vaig seguir el fil... el cas del nostre pacient, té nom i cognom: la síndrome de Charles Bonnet.

REFLEXIÓ

La síndrome de Charles Bonnet apareix en persones sense alteracions cognitives però amb un dèficit visual crònic greu. S'ha descrit en casos de degeneració macular de la retina, oclusió d'artèria central de la retina, cirurgia de translocació macular, enucleació, glaucoma i cataractes, entre altres dèficits visuals. Les al·lucinacions són vívides i complexes i el pacient té la seguretat que allò que està veient no és real però altera la seva qualitat de vida.

Aquesta síndrome no és massa habitual[3], no es coneix del cert la seva prevalença; en pacients amb baixa visió ingressats al servei de Neurooftalmologia de l'Hospital Clínico San Carlos de Madrid la prevalença és de fins al 15%[4]. Acostuma a ser infradiagnosticat i és fàcil confondre-la amb psicosis o demències incipients; el fet que no existeixin uns criteris diagnòstics establerts[3], la por dels pacients a ser qualificats

Figura 1

Figura 2

de malalts mentals i el desconeixement de la síndrome per part dels professionals sanitaris[4] dificulten el seu diagnòstic.

Es creu que les al·lucinacions es deuen a la pèrdua d'aferències cap al còrtex occipital; les neurones del còrtex, intentant compensar l'escassa estimulació, patirien canvis bioquímics i moleculars. Aquestes neurones experimentarien un procés d'hiperexcitació i davant de qualsevol estímul extern generarien les al·lucinacions… el mecanisme es pot comparar al dolor del membre amputat de la síndrome del membre fantasma. Les al·lucinacions es veuen facilitades en situacions de cansament, estrès, llum tènue i enlluernament[3,5].

Abans de diagnosticar una síndrome de Charles Bonnet cal excloure aquelles patologies que poden presentar al·lucinacions visuals complexes agudes: migranya, crisis convulsives, malaltia de Parkinson, demències, secundarismes farmacològics, deliris, encefalitis, narcolèpsia i patologia psiquiàtrica entre altres[3]. Si el tractament pot ser etiològic, corregir el dèficit visual, millor. Si no es pot, s'aconsella explicar la síndrome a pacient i familiars, això redueix l'ansietat experimentada; valorar el tractament dels episodis d'agitació i esperar que el pacient aprengui a conviure amb les seves al·lucinacions mentre la seva visió es va deteriorant fins a l'amaurosi total, moment en què les al·lucinacions desapareixen[3]. Hi ha textos que relacionen la síndrome de Charles Bonnet amb estadis incipients de demència[5]. El tractament farmacològic hauria de ser individualitzat; s'han assajat neurolèptics, benzodiazepines, antidepressius i antiepilèptics; que en general son poc efectius[6].

Com a conclusió, cal sospitar una síndrome de Charles Bonnet davant d'un pacient amb al·lucinacions complexes sense alteracions cognitives. Cal preguntar als pacients amb agudesa visual reduïda si han vist quelcom estrany o anormal, calmarem la seva ansietat i ajudarem a conèixer la seva prevalença en la població atesa a Atenció Primària.

BIBLIOGRAFIA

1. Torres J, Boceta J. Alucinaciones y delirios. Guía de Actuación en Atención Primaria, semFyC, ISBN: 84-89045-77-1: 215-218
2. Arnalich Jiménez MB, Carrasco Serrano A, Aznarte López JI. Delirio y alucinaciones.. Guías para la consulta de Atención Primaria 3ª edición: 689-697.
3. Forgnone I. Alucinaciones visuales sin deterioro cognitivo. Síndrome de Charles Bonnet. Un síndrome poco conocido. Semergen. 2016;42:e17-e8.
4. Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, Serrador-García M, Porta-Etessam J, Martínez de la Casa JM, García-Feijoo J, García-Sánchez J. Prevalence and clinical characteristics of Charles Bonnet syndrome in Madrid, Spain.. Eur J Ophthalmol. 2014;24:960-3.
5. Sender R, Guerrero V, Perelló M, Ivanov P. Síndrome de Charles Bonnet: las alucinaciones no psiquiátricas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;52:106.
6. Fraga JA, López Rego L, Mayán Conesa P, Serrano Vázquez M. Síndrome de Charles Bonnet. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007;42:60-1.