

Alucinaciones visuales

Visual hallucinations

C. Gutiérrez Ortiz, G. Liaño Sanz-Díez de Ulzurrun

Resumen

Las alucinaciones visuales se definen como experiencias que no se correlacionan con objetos del espacio real, ni derivan de la estimulación externa del aparato visual. Son síntomas poco frecuentes, expresión de patologías muy variadas (orgánicas, neurológicas, farmacológicas o psiquiátricas) y muchas veces no representan un estado de psicosis. El diagnóstico de alucinosis por privación visual es de exclusión, y requiere una anamnesis profunda con valoración neuropsiquiátrica, sistémica y por imagen.

Palabras clave: Alucinaciones visuales. Ilusiones. Síndrome de Charles Bonnet. Alucinosis por fármacos.

Resum

Les al·lucinacions visuals es defineixen com experiències visuals que no es correlacionen amb objectes de l'espai real, ni deriven de l'estimulació externa de l'aparell visual. Es tracta d'un símptoma poc freqüent, que pot ser expressió de patologies molt variades - orgàniques, neurològiques, farmacològiques o psiquiàtriques - i moltes vegades no representen un estat de psicosi. El diagnòstic de al·lucinosi per privació visual és d'exclusió, i requereix una anamnesi profunda amb valoració neuropsiquiàtrica, sistèmica i per imatge.

Paraules clau: Al·lucinacions visuals. Il·lusions. Síndrome de Charles Bonnet. Alucinosis per fàrmacs.

Abstract

Visual hallucinations are defined as visual experiences that do not correlate with the natural space objects and are not generated by external stimulation of the eye. These symptoms are uncommon and might be the clinical manifestation of various entities - neurological, psychiatric, or drug-induced - that do not always reflect a psychotic state. Ocular-related hallucinosis is an exclusion diagnosis that requires a thorough anamnesis involving neurological, systemic, and imaging assessment.

Key words: Visual hallucinations. Illusions. Charles Bonnet syndrome. Drug-induced hallucinosis.

4.3. Alucinaciones visuales

Visual hallucinations

C. Gutiérrez Ortiz, G. Liaño Sanz-Díez de Ulzurrun

Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Correspondencia:

Consuelo Gutiérrez Ortiz

E-mail: consuelogutierrez@gmail.com

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 80 años, sin antecedentes médicos, farmacológicos ni psiquiátricos de interés, con historia de glaucoma con afectación severa en ambos ojos (AO) y cirugía mediante esclerectomía profunda no perforante en tratamiento actual con latanoprost y brimonidina en AO, que refiere ver de manera episódica “niños que entran en su habitación y juegan” en lapsos de unos 5 minutos durante los últimos seis meses. La paciente reconoce que esta experiencia no es real, y se encuentra bien anímicamente, pero la familia está preocupada.

En el momento de la evaluación, la agudeza visual es de cuenta de dedos en el ojo izquierdo (OI) y 0,4 en el ojo derecho (OD), la exploración del segmento anterior es anodina y la presión intraocular está en valores de 17 mmHg en AO. El fondo de ojo revela la neuropatía óptica glaucomatosa sin otros hallazgos. A fecha de la exploración, el campo visual del OD está completamente abolido y el OI está afectado severamente, pero con preservación central. Se interconsulta al servicio de neurología, que descarta demencia o focalidad neurológica y se solicita una resonancia magnética nuclear que descarta una patología intracraneal.

Ante la ausencia de otros desencadenantes, se establece el diagnóstico de síndrome de Charles Bonnet, aunque se retira el colirio de brimonidina por su potencial efecto alucinógeno.

Curiosamente, las alucinaciones desaparecen poco después de la supresión del fármaco. Se trata, por tanto, de un caso de alucinosis por mecanismo mixto, en que la privación visual predispone a la producción de alucinaciones, que se desencadenan por un detonante farmacológico.

Este caso pone de relieve la importancia de una anamnesis detallada en el estudio de las alucinaciones visuales, la presencia de patología neuropsiquiátrica previa, así como de medicación o tóxicos desencadenantes, que resulta crucial antes de considerar un síndrome de Charles Bonnet en un paciente oftalmológico. Es importante diferenciar la alucinosis de fenómenos entópticos o fisiológicos que no precisan un estudio neurológico o sistémico. Como se verá, gran parte de las alucinaciones (dejando a un lado causas benignas, como la migraña o la nieve visual) se beneficiarán de un estudio de imagen para descartar entidades graves. Incluso ante el diagnóstico de certeza de alucinaciones por privación visual, es recomendable un seguimiento por el especialista en neurología o psiquiatría, ya que los síntomas pueden tratarse con medicación neurotrópica en los casos más invalidantes.

Alucinaciones y diagnóstico diferencial

Para identificar las alucinaciones visuales, es preciso diferenciar estas de otros fenómenos similares o fronterizos¹. Entre ellos destacan:

- *Fenómenos entópticos*: son derivados de la estimulación de la retina, de elementos intrínsecos al ojo, o causados por estímulos diferentes de la luz². Se trata de percepciones fisiológicas originadas por el propio ojo, que no entrañan una patología neurológica. Su aparición puede requerir una exploración oftalmológica atenta, pero no precisan de un estudio de focalidad neurológica. Son frecuentes las miodesopsias (opacidades vítreas) o los fosfenos, tanto por tracción vitreoretiniana como por frotamiento ocular. Los pacientes con neuropatía óptica aguda pueden presentar fosfenos con la movilización del ojo. Otros fenómenos más sutiles son la visión entóptica de campo azul (de los leucocitos en el flujo vascular retiniano), el árbol vascular de Purkinje (las sombras de la vascularización retiniana) o el cepillo de Haidinger (del pigmento xantófilo)³.
- *Ilusiones*: son alteraciones en la percepción de la imagen de un objeto real⁴. Se trata de fenómenos con base neuropsiquiátrica, que se caracterizan por la percepción distorsionada de las cualidades de la imagen: el tamaño (macropsias o micropsias), la distancia (teleopsias y pelopsias), el número (poliopsias), la profundidad (platiopsias) o incluso la perseveración o el retorno de una imagen ya percibida (palinopsias). A pesar de la diferencia conceptual entre ilusiones y alucinaciones, las causas de ambas son en muchos casos comunes y su diferenciación no cambia la orientación diagnóstica⁵.

Las *alucinaciones visuales* propiamente dichas son síntomas, poco frecuentes, aunque probablemente estén infradiagnosticadas, por las reservas del paciente a expresarlas o por no ser entendidas como relevantes en coexistencia con un déficit visual severo⁵.

Las alucinaciones son debidas a una actividad excitatoria anómala de las cortezas visuales, por desencadenantes que involucran a las radiaciones ópticas de la vía geniculocalcarina, las cortezas temporal, parietal y occipital, y algunos casos también a estructuras del sistema límbico o el córtex prefrontal¹.

De acuerdo con su fisiopatología, las alucinaciones pueden diferenciarse entre *ictales* o *irritativas*, secundarias a descargas anómalas sobre las cortezas visuales, o bien *alucinaciones de liberación*, que son facilitadas por la reducción de las aferencias normales de la vía visual, que desempeñan un papel modulador sobre la activación cortical. Tanto unas como otras se dan más frecuentemente en lesiones hemisféricas derechas¹. Un ejemplo

de alucinaciones irritativas serían las de origen epiléptico, mientras que las que tienen base oftalmológica, como el síndrome de Charles Bonnet, son ejemplo de alucinaciones de liberación⁶.

Según el contenido de las alucinaciones, se distingue entre *simples* o *informes* (luces, colores, formas geométricas sencillas...) y *complejas* o *formadas* (figuras geométricas elaboradas, objetos, animales o personas). Las alucinaciones formadas pueden darse con mayor frecuencia si proceden del lóbulo temporal, mientras que las de la corteza occipital tienden a producir alucinaciones simples. No obstante, este principio se observa de manera errática y posiblemente no sea un signo localizador útil¹.

En ocasiones, las alucinaciones visuales se acompañan de otras experiencias sensoriales (auditivas, olfatorias, etc.), en cuyo caso se habla de *alucinaciones multimodales*, como sucede en los estados psicóticos o alterados de consciencia. En relación al modo en que el paciente vivencia estos síntomas, se establece la diferencia entre alucinaciones propiamente dichas, en las que el paciente no aporta crítica sobre las mismas (por ejemplo, en demencias), y *pseudoalucinaciones*, que el paciente percibe como experiencias intrusas sin conexión con la realidad (por ejemplo, alucinosis alcohólica).

Las alucinaciones pueden ser sucesos fisiológicos, como en el caso de la memoria "eidética" o fotográfica, o en los estados fronterizos de sueño y vigilia (hipnogógicos e hipnopómpicos), con la incursión de imágenes oníricas en la fase de movimiento ocular rápido (REM, *rapid-eye movement*) durante la vigilia.

El *fenómeno de nieve visual* es otra entidad generalmente benigna: el paciente percibe un patrón granulado de puntos, como el "ruido blanco" de un televisor superpuesto a la imagen real. Puede asociar ilusiones y fenómenos entópticos, y es posible que esté vinculado a la migraña y a otras entidades neurológicas⁷.

Entre las formas patológicas, se distinguen los siguientes grupos:

- *Enfermedades psiquiátricas*: la causa psiquiátrica más frecuente es la esquizofrenia, si bien las alucinaciones más frecuentes en esta enfermedad son auditivas. Aparecen en el 20% de los casos. Otras causas son los trastornos afectivos. En estos casos, las alucinaciones pueden ser complejas y guardar un significado y congruencia con el estado anímico, y precisan descartar la propia medicación psicoactiva como causa.

- *Enfermedades neurológicas*: se distingue una amplia variedad etiológica:
 - *Demencia y estados confusionales*: se consideran alucinaciones de liberación por pérdida de conexiones corticales inhibitorias e hiperexcitabilidad. Son típicamente estructuradas y puede haber poca visión del paciente. Se asocian más frecuentemente a la demencia por cuerpos de Lewy (80%), aunque también aparecen en formas de enfermedad de Parkinson (20-30%) y de enfermedad de Alzheimer⁴.
 - *Epilepsia*: la experiencia visual es muy variada e incluye alucinaciones simples en forma de fotopsias parecidas a las auras, generalmente cuando el foco epiléptico es occipital, o bien visiones complejas normalmente debidas a crisis del área temporoparietal. Suelen aparecer al comienzo de las crisis y otras modalidades de alucinación, y el paciente tiene escasa consciencia de realidad⁵.
 - *Accidentes cerebrovasculares y lesiones tumorales* que lesionan las cortezas visuales o las radiaciones ópticas: son causas potencialmente graves, que conviene descartar con pruebas de imagen.
 - *Aura migrañosa*: son pseudoalucinaciones simples en forma de fotopsias, escotomas relativos y líneas quebradas (espectro de fortificación) que van del centro a la periferia del campo visual, con una duración de entre 15 a 30 minutos. Pueden presentarse en ausencia de cefalea. Otros trastornos con afectación occipital pueden remedar esta clínica, como la isquemia por una insuficiencia vertebrobasilar, las malformaciones arteriovenosas o los meningiomas. Su carácter es benigno, pero ante signos de sintomatología atípica, es recomendable solicitar una prueba de imagen.
 - *Las alucinaciones pedunculares* son un cuadro específico de alucinaciones complejas, vívidas y coloridas, con contenido multimodal que asocia otras focalidades, como trastornos de la marcha, ataxia y alteraciones del sueño y la vigilia, que generalmente traducen lesiones talámicas⁵. El *síndrome de Alicia en el país de las maravillas* puede asociarse a diversas causas neurológicas, como la epilepsia, la migraña, las lesiones encefálicas o los fármacos, entre otras, y se caracteriza por ilusiones relacionadas con el tamaño o la relación espacial entre objetos; existe consciencia de enfermedad y el curso es benigno y transitorio.
- *Alucinaciones de origen farmacológico*: existe una enorme variedad de principios activos con potencial alucinógeno. Entre los fármacos de uso recreativo, se encuentran: estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc.), depresores (alcohol, tetrahidrocannabinol) y alucinógenos propios, como los derivados del ácido lisérgico⁸. Entre las drogas de uso terapéutico, destacan: los antidepresivos, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, antiinflamatorios o fármacos de uso cardiovascular, como los digitálicos⁸. Cabe resaltar que muchos de estos fármacos se emplean como tratamiento en patologías que producen alucinaciones visuales, por lo que es preciso mantener un alto nivel de alerta sobre el tratamiento, en vez de atribuir por sistema los síntomas a la enfermedad. El tratamiento consiste en la retirada del fármaco, si bien las alucinaciones pueden aparecer por privación o retirada, como ocurre en el *delirium tremens*. El oftalmólogo debe conocer también que determinados colirios midriáticos, como el ciclopentolato, la fenilefrina o la atropina, y otros como la brimonidina, pueden causar alucinaciones visuales⁸.
- *Alucinaciones con participación oftalmológica*: se trata de alucinaciones de liberación, derivadas de la hiperexcitabilidad de las cortezas por la pérdida de las aferencias moduladoras procedentes de la vía visual. Pueden aparecer por pérdida total o baja visión en uno o dos ojos, formando parte de lo que se conoce como síndrome de Charles Bonnet. Se trata de un trastorno relativamente frecuente, de hasta un 10% en ojos con baja visión en algunas series⁵. Puede aparecer a cualquier edad y parece ser más frecuente si la pérdida visual se instaura de forma aguda. Las alucinaciones también pueden manifestarse sobre defectos campimétricos, como en los pacientes con hemianopsia. En general son pseudoalucinaciones complejas, que se presentan durante los primeros meses desde el comienzo de la enfermedad y tienden a desaparecer con el tiempo, aunque pueden recurrir en momentos de estrés físico o psíquico.

Bibliografía

1. Cummings JL, Miller BL. Visual hallucinations. Clinical occurrence and use in differential diagnosis. *West J Med.* 1987;146(1):46-51.
2. Adamczyk DT. Visual phenomena, disturbances, and hallucinations. *Optom Clin.* 1996;5(3-4):33-52.
3. Bowen SF. Retinal Entoptic Phenomena: Some Diagnostic Use. *Arch Ophthalmol.* 1963;69(5):551-5.
4. O'Brien J, Taylor JP, Ballard C, Barker RA, Bradley C, Burns A, et al. Visual hallucinations in neurological and ophthalmological disease: pathophysiology and management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2020;91(5):512-9.
5. Kölmel HW. Visual illusions and hallucinations. *Baillieres Clin Neurol.* 1993;2(2)243-64.
6. Manford M, Andermann F. Complex visual hallucinations. Clinical and neurobiological insights. *Brain.* 1998;121(10):1819-40.
7. Santos-Bueso E, Sastre-Ibáñez M, Sáenz-Francés F, Porta-Etessam J, García-Sánchez J. Nieve visual. ¿Del síntoma al síndrome? *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2015;90(1):51-2.
8. Glaser JS. *Neurooftalmología.* 2ª ed. Barcelona: Masson; 1992.