



Clínica cotidiana

Evaluación diagnóstica de las alucinaciones visuales complejas

Natalia Fernández Gamo^{a,*}, Sara García Vila^a, Carolina Coloma Seguí^b,
 Irene García Blanco^a, Ignacio Sevilla Machuca^a

^aCentro de Salud Alpes. Madrid. ^bCentro de Salud Alameda de Osuna. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de julio de 2025

Aceptado el 25 de mayo de 2026

On-line el 23 de julio de 2026

Palabras clave:

Alucinaciones

Síndrome de Charles Bonnet

Demencia

R E S U M E N

Las alucinaciones visuales suponen un reto diagnóstico para el médico de atención primaria, ya que el diagnóstico diferencial de las mismas es amplio y complejo. Además, existe una infranotificación de esta sintomatología por miedo a diagnósticos psiquiátricos o de demencia.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

Diagnostic evaluation of complex visual hallucinations

A B S T R A C T

Visual hallucinations are a diagnostic challenge for the Family Medicine doctor, as their differential diagnosis is broad and complex. Furthermore, there is an underreporting of these symptoms due to fear of psychiatric or dementia-related diagnoses.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Mujer de 86 años de edad, que consulta acompañada de su hija por visualizar una serpiente desde hace meses, especialmente en condiciones de poca luz; ocasionalmente visualiza también flores. Considera extraño lo percibido, verbaliza disconfort y critica sus experiencias en todo momento. Niega síntomas infecciosos, consumir tóxicos, cambios de medicación, alteraciones de memoria, comportamiento, temblor o clínica motora.

La paciente presenta antecedentes personales de hipertensión arterial, gota, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, nefrectomía por tumor renal (hace 19 años) y degeneración macular asociada a la edad (DMAE) bilateral avanzada.

Sigue tratamiento crónico con alopurinol (100 mg/24 horas), furosemida (40 mg/24 horas), telmisartán 80 mg/24 horas, omeprazol (20 mg/24 horas) y salmeterol con fluticasona (25/250 µg/12 horas).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nataliafega@gmail.com (N. Fernández Gamo).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.030>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Es parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria por la pérdida de visión. Vive en su domicilio y tiene ayuda domiciliaria todos los días.

Durante la exploración física el paciente presenta un buen estado general y se encuentra afebril. En la exploración neurológica, no se observan datos de focalidad. No presenta datos de dismetría, temblor o rueda dentada. Los signos meníngeos son negativos y la marcha es normal y sin necesidad de ayudas externas.

Durante la exploración psicopatológica se encuentra consciente y orientada en las tres esferas. Está alerta, es abordable y colaboradora. Su aspecto es cuidado. No hay datos de intoxicación o abstinencia. Su discurso es espontáneo, fluido, coherente, correctamente estructurado y articulado. Verbaliza visualizar una serpiente en ocasiones, haciendo crítica de lo percibido, pero está muy afectada por esto, ya que “siente que se está volviendo loca”. No refiere alucinaciones auditivas ni somatosensoriales. No presenta alteraciones mayores del ánimo. El juicio de realidad está conservado y el insight es adecuado.

En un abordaje inicial se solicitan diversas pruebas diagnósticas (analítica de sangre y de orina), que no presentan ninguna alteración.

Se solicita una TAC de cráneo, en la que se observan leves signos de atrofia parenquimatosa.

A la vista de las características de la anamnesis, los antecedentes personales, el tratamiento habitual y la exploración física y psicopatológica, la paciente es diagnosticada de un síndrome de Charles Bonnet (SCB).

Comentario

La incidencia de alucinaciones visuales en ancianos con disminución de la visión es de 11-15 %^{1,2}, aunque se sospecha que puede ser algo mayor debido a la infranotificación por temor a diagnósticos psiquiátricos o de demencia^{1,2}. El diagnóstico diferencial supone un reto, lo que requiere atención a múltiples datos clínicos^{1,3}.

Las alucinaciones visuales complejas pueden derivar de diversas patologías, por lo que una anamnesis detallada es clave para detectar síntomas concomitantes³.

El SCB no tiene criterios diagnósticos generales, pero es típico de ancianos con enfermedades visuales graves (DMAE, cataratas, glaucoma...) y sin deterioro cognitivo u otra clínica neurológica^{1,2}. No se asocia a otro tipo de alucinaciones sensoriales y se mantiene una adecuada capacidad de crítica hacia la irrealdad de lo percibido². La periodicidad de estas puede variar en frecuencia y duración^{1,2}.

Los factores de riesgo de desarrollar un SCB incluyen el deterioro cognitivo, la privación social, la enfermedad cerebrovascular y la pérdida visual grave¹.

El diagnóstico diferencial de la clínica que presentaba la paciente fue con patología neurológica (enfermedades neurodegenerativas, delirium, migraña con aura, epilepsia, alucinosis peduncular...), patologías psiquiátricas, farmacoterapia crónica, consumo o abstinencia de tóxicos, encefalopatía metabólica y el SCB³.

De las enfermedades neurodegenerativas destacan, por asociarse muy frecuentemente con alucinaciones visuales, la demencia por cuerpos de Lewy (DCL) y la enfermedad de

Tabla 1 – Fármacos relacionados con la aparición de alucinaciones visuales.

Fármacos	
No psicotrópicos	Psicotrópicos
• Digoxina • IECA • Betabloqueantes • Glucocorticoides • Amantadina • Cimetidina, ranitidina • Sildenafil • Claritromicina • Linezolid • Moxifloxacino • Ciclosporinas • Clomifeno	• Benzodiacepinas • L-dopa • Antidepresivos tricíclicos • Benzotropina • Agonistas dopaminérgicos • Opioides
Drogas de abuso	
• Alcohol • Dietilamida de ácido lisérgico (LSD) • Mescalina • Fenciclidina (PCP) • Cocaína • Anfetaminas • Cannabis • Hongos psilocibios • 3,4-metilendioxitetanfetamina (MDMA, éxtasis)	

Parkinson (EP); ambas pueden ser diferenciadas por la temporalidad de la aparición de los síntomas^{3,4}. Hay que tener en cuenta que otros tipos de demencias, como la enfermedad de Alzheimer, también pueden cursar con alucinaciones visuales³.

En la DCL las alucinaciones visuales se presentan en dos tercios de los pacientes de forma precoz y preceden a la clínica motora parkinsoniana y al deterioro cognitivo³. En la EP la prevalencia de las alucinaciones visuales es mayor en estadios más avanzados de la enfermedad y ligadas al deterioro cognitivo (que en comparación con la ECL es más tardío), altas dosis de antiparkinsonianos, disminución de la visión, edad avanzada, depresión...³.

No existen datos de que las alucinaciones visuales en el SCB precedan a una demencia¹; no obstante, hay que tener en cuenta que la pérdida de visión es uno de los factores de riesgo descritos y que, combinada con otros, se relaciona con el desarrollo de deterioro cognitivo⁵.

El SCB se caracteriza por ausencia de alucinaciones auditivas, alteraciones del pensamiento y preservación del juicio crítico; estas características ayudan a diferenciarlo de patología psiquiátrica, que presentan de forma muy habitual de forma simultánea alucinaciones visuales y auditivas^{1,3}.

La frecuencia y duración de las alucinaciones de origen psiquiátrico son variables y suelen asociarse a otra clínica como depresión, ansiedad, manía, alteraciones del pensamiento, delirio... Por ello es fundamental realizar una adecuada entrevista psicopatológica para establecer el diagnóstico diferencial³.

El consumo de alcohol, fármacos u otras drogas y la abstinencia a los mismos también debe tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial, especialmente los que están altamente relacionados con la aparición de alucinaciones visuales (tabla 1)^{3,4}.

El tratamiento de las alucinaciones visuales se hará según la etiología de estas³.

No existe un tratamiento efectivo del SCB, pero hay diversas opciones terapéuticas según el grado de incomodidad que generen las mismas en el paciente y el impacto en su vida¹.

Algunos individuos con SCB consiguen suprimir dichas alucinaciones con un parpadeo frecuente o alternando rápidamente el enfoque visual entre distintos objetos¹. Se recomienda evitar el aislamiento social y fomentar la estimulación visual y cognitiva^{3,4}.

Si las alucinaciones visuales afectan a la calidad de vida de los pacientes, se puede plantear la utilización de medicación³. Dosis bajas de quetiapina u olanzapina parecen ser efectivas, aunque hay descritos varios casos cuyas alucinaciones visuales se controlaron con otros fármacos como escitalopram, velafaxina, gabapentina, carbamazepina, donepezilo...³.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pelak VS. Visual release hallucinations (Charles Bonnet syndrome). [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [acceso 28 diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. Boller F, Birnbaum DS, Caputi N. Charles Bonnet Syndrome and other hallucinatory phenomena. Neurologic-Psychiatric Syndromes in Focus. Part I – From Neurology to Psychiatry. Front Neurol Neurosci; 2018;41:117-24. <https://doi.org/10.1159/000475702>
3. Pelak VS. Approach to the patient with visual hallucinations. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [acceso 28 diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
4. Prieto Matos J, Alcalde Ibáñez MT, López Manzanares I, Pérez Libro P, Martín Gutiérrez L, Fernández Moriano C. Guía de actuación sobre la enfermedad de Parkinson para profesionales de Medicina de Atención Primaria y Farmacia Comunitaria. Madrid: Federación Española de Parkinson; 2023.
5. Larson EB. Risk factors for cognitive decline and dementia. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2024 [acceso 28 diciembre de 2024]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>