

Síndrome de Charles Bonnet: a propósito de um caso.

Charles Bonnet Syndrome: regarding a case.

Péricles de Andrade Maranhão-Filho¹.

Resumo

Idosos com déficit visual por vezes apresentam alucinações visuais relacionadas à Síndrome de Charles Bonnet. O surgimento destas alucinações frequentemente causa ansiedade ao paciente e gera dificuldade diagnóstica e de conduta. Neste artigo descrevemos o caso de uma senhora de 82 anos de idade que se queixou de alucinações visuais complexas e revimos a literatura a respeito da Síndrome de Charles Bonnet; condição que promove alucinação visual em pessoas mentalmente saudáveis.

Palavras-chave: *Síndrome de Charles Bonnet, alucinação visual, alucinoze, idoso saudável.*

Abstract

Visually handicapped elderly people sometimes experience visual hallucinations associated with Charles Bonnet syndrome. The appearance of these hallucinations often causes anxiety to the sufferer and can be difficult for the diagnosis and management.

In this article, we report an 82-year-old woman that suddenly complained of complex visual hallucinations, and review the literature on the Charles Bonnet syndrome, a condition involving visual hallucinations in a mentally normal person.

Keywords: *Charles Bonnet syndrome, visual hallucination, hallucinosis, normal elderly*

¹Professor Adjunto de Neurologia Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ e Neurologista do Instituto Nacional de Câncer – RJ.
Endereço para correspondência:
Prof. Péricles Maranhão-Filho.
Av. Canal de Marapendi, 1680/1802. Rio de Janeiro. RJ. 22631-050
E-mail: pmaranhaofilho@gmail.com

Introdução

A síndrome de Charles Bonnet (SCB) se caracteriza pela presença de alucinações visuais complexas em pessoas idosas psicologicamente íntegras, com déficit visual, e que possuem noção plena ou parcialmente plena da não realidade de suas visões. Embora descrita no século XVIII, esta forma de alucinose visual ainda é pouco identificada ou equivocadamente diagnosticada tanto por neurologistas quanto pelos oftalmologistas e psiquiatras^{2,7,8,12,15,17}.

O suíço Charles Bonnet (Figura 1), foi escritor filosófico e um naturalista muito interessado em formigas e minhocas. Descobriu como as borboletas respiram e foi dos primeiros a utilizar a palavra “evolução” no contexto das espécies. Em 1760 Bonnet descreveu a síndrome que leva seu nome após ouvir as queixas de seu avô Charles Lullin, 87 anos, que apesar de quase completamente cego devido à catarata, apresentava com frequência visões de crianças, pássaros, prédios e tapeçarias⁴. Neste artigo, apresentamos o relato de caso de uma senhora com SCB típica.



Figura 1. Charles Bonnet (1720 –1793)

Relato do Caso

EGP, feminina, 82 anos, sem história de doença psiquiátrica pessoal ou familiar, em junho de 2006 começou apresentar visões de crianças em sua sala de estar. Tais impressões visuais, muito nítidas e detalhadas, duravam vários minutos. Um dos personagens da sua alucinose era “uma menina loura, com laço de fita no

cabelo e vestido todo azul de bolinhas brancas”. Alguns meninos usavam calção vermelho. Certa feita, “um vulto vestido de vermelho”, a acompanhou na rua. Numa outra ocasião, “um homem alto e vestido com uma capa marrom” andou em sua direção dentro de casa. Neste episódio, embora não acreditasse na veracidade do que via, sua mão o transpassou ao tentar tocá-lo. Por orientação do seu médico geriatra, fez uso em seqüência, de risperidona, oxcarbazepina, quetiapina, tioridazina, nemantina e piracetam sem obter melhoras. Três meses após terem se iniciado, suas alucinações tornaram-se mais freqüentes e se modificaram para visão de flores ou desenhos como: painéis, ladrilhos desenhados, papel de parede ou (e principalmente) tapetes de diversos tamanhos, mas sempre tricromáticos, nas tonalidades brancas, amarelas e marrons (Figura 2). As imagens surgem a qualquer hora do dia, duram de alguns minutos a diversas horas, de vez em quando parecem flutuar, sobem e descem, e são perceptíveis também com os olhos fechados.

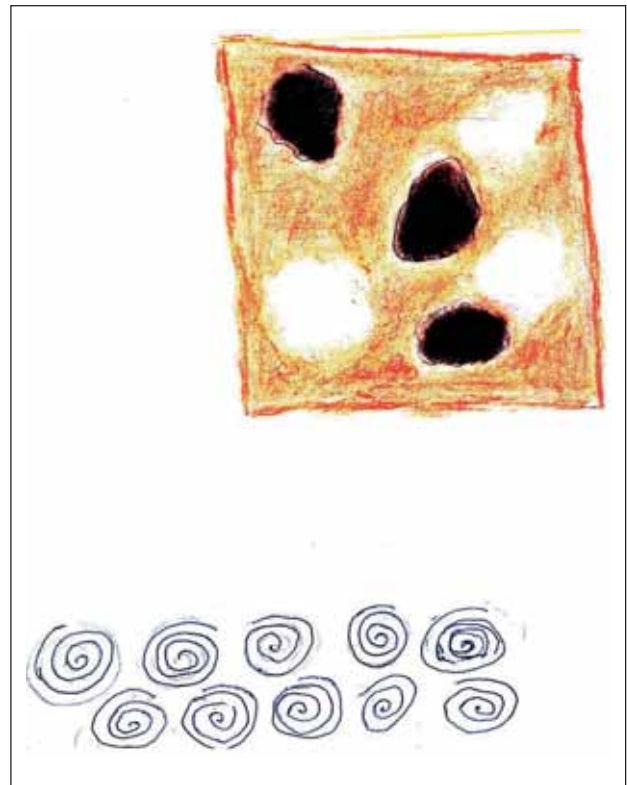


Figura 2. Visões reproduzidas pela própria paciente. Na parte superior, painel tri cromático. Na parte inferior, ladrinhos trabalhados.

Em março de 2007 a vimos pela primeira vez em consulta. Exceto pela redução da acuidade visual para perto, apresentava exame clínico e neurológico normais. No mini exame do estado mental pontuou 29 (não soube dizer o número da sala onde estava). O exame oftalmológico (Dr. Luiz A F Junqueira) revelou acuidade visual com a melhor correção OD= 0,7 e OE= 0,6. Tonometria de aplanção OD= 20 mmHg e OE= 17 mmHg (na vigência de tartarato de brimonidina 0,2% 2 vezes ao dia). Biomicroscopia: opacificação de cristalino OD= +/4+ e OE= ++/4+. Motilidade ocular extrínseca e intrínseca preservadas e *fundus oculi* normal.

Realizou tomografia computadorizada e ressonância magnética de crânio que se mostraram normais. Utilizou ácido valpróico, em aumento progressivo da dose até atingir 750mg/dia, com redução pouco apreciável na frequência das impressões visuais. Ao manter-se com a dose diária de apenas 250mg/dia, afirmou que as visões se reduziram consideravelmente.

A paciente formalmente consentiu com o relato do caso.

Discussão

A Síndrome de Charles Bonnet (SCB) se caracteriza pela presença de alucinações visuais complexas em pessoas psicologicamente normais, e que possuem consciência da não realidade de suas alucinações⁸. Embora exista o relato de casos em crianças¹⁴, este tipo de alucinação ocorre habitualmente em pacientes idosos e com redução da acuidade visual^{1,3,7,19,20}.

Há quase vinte anos, Ribeiro AS. et al.¹⁰, relataram o primeiro caso da SCB no nosso meio. Neste interessante artigo, salientam e discutem diferenças e semelhanças entre as expressões “alucinação” e “alucinose”, concluindo por não haver vantagem prática em se utilizar distintamente tais expressões, uma vez que não há diferença no conteúdo pictórico e nem nas reações induzidas nos indivíduos que as apresentam.

Apesar de até o momento pouco se conhecer a respeito da etiologia e patogênese da síndrome de Bonnet, diversos autores consideram-na de origem proteiforme¹¹. Alguns acreditam que tais alucinações representam um fenômeno de liberação, secundário a desaferentação de áreas de associação do córtex visual promovendo o surgimento de “visões fantasma”^{8,11}. Outros autores reputam tratar-se do resultado de estímulo neural contínuo (“ongoing”) no sistema visual motivado por déficit ocular na idade avançada (degeneração macular, glaucoma, etc.)^{10,11,13,18}. Gonzáles

et al.¹², levantam a hipótese fisiopatológica de “deprivação sensitiva” somada à liberação das vias tálamo-corticais.

Há também quem considere que a baixa qualidade de contato social expressada por solidão, introspecção, timidez e isolamento, sejam indicadores de risco em indivíduos idosos e com redução da acuidade visual¹⁹, o que de maneira nenhuma reflete o caso ora em apreço.

Por meio da aplicação de uma entrevista estruturada Te unisse et al.¹⁸ avaliaram 300 adultos com baixa da acuidade visual e 200 idosos que procuraram o oftalmologista para avaliação de rotina. A prevalência da SCB entre os do primeiro grupo foi de 11%, e se mostrou significativamente relacionada à idade superior a 64 anos e visão de 0,3 ou menos, com a melhor correção. Os autores não observaram associação estatisticamente significativa com o diagnóstico oftalmológico, sexo, estado civil do paciente, ou circunstâncias sociais. No ano seguinte, este mesmo grupo holandês divulgou a avaliação realizada em 505 pacientes com redução visual nos quais 11,8% preenchiam critérios da SCB, e todos possuíam plena consciência da não realidade de suas alucinações¹⁷.

Por outro lado, num estudo retrospectivo envolvendo 434 pacientes referidos a uma unidade psicogeriátrica, Norton-Wilson et al.⁹, encontraram aspectos sugestivos da SCB em apenas 1,8% dos casos, nos quais três características sobressaíram: predomínio feminino, baixa de acuidade visual e idade média de 83,3 anos.

Na SCB as alucinoses consistem de imagens organizadas, bem definidas e nítidas sobre as quais os padecentes possuem pouco ou nenhum controle⁸. As aparições geralmente são coloridas, vivas e animadas, mas não podem ser tocadas e nem emitem som de espécie alguma¹⁰. Podem ser contínuas ou surgir esporadicamente várias vezes ao dia. Tal e qual ocorre com a nossa paciente, os sofreadores desta condição geralmente possuem noção da não realidade de suas experiências visuais, que são na maioria das vezes prazerosas, com pouco impacto na qualidade do seu bem estar⁷. Em apenas 28% dos 60 pacientes com SCB analisados por Tenunisse et al.¹⁷ as visões causavam estresse.

Vale ressaltar que cerca de 12 - 13% dos indivíduos com redução da acuidade visual sofrem alucinações visuais^{7,8}, e que, antes de se firmar o diagnóstico de SCB algumas doenças neurológicas e psiquiátricas devem ser afastadas. O diagnóstico diferencial com a alucinose

peduncular de Lhermitte⁶ por exemplo, é mandatório, ressaltando-se porém que nesta última condição a redução da acuidade visual não constitui pré-requisito.

Alucinações visuais em idosos estão frequentemente associadas com: demência por corpos de Lewys, doença de Alzheimer, delirium, epilepsia, aura da enxaqueca, histeria, psicoses, uso de drogas psicoativas, estados de exaustão extrema, além de fenômenos hipnagógicos e hipnopômpicos^{3,5,16,20}.

A SCB é situação relativamente comum em idosos, porém frequentemente não é considerada como tal na prática clínica. Isso se deve provavelmente a dois aspectos principais: o desconhecimento médico a respeito da síndrome e a relutância do paciente em declarar suas experiências alucinatórias devido ao receio de ser rotulado como mentalmente instável ou “maluco”^{8,15,17}.

Com o aumento da média de idade da população o número de pessoas afetadas pela SCB tende a aumentar, assim como a necessidade, por parte dos profissionais de saúde, em obter maior acurácia na identificação desta forma de alucinação visual¹¹, haja vista as implicações envolvidas principalmente no que diz respeito ao prognóstico das doenças envolvidas no rol de diagnósticos diferenciais⁸. Por esta razão é aconselhável que todos os pacientes com redução da acuidade visual sejam questionados a respeito de visões (ilusões visuais), mesmo as mais simples.

No que tange ao tratamento, os anticonvulsivantes^{1,12,16} e os neurolépticos típicos e atípicos^{11,16}, embora muito utilizados, possuem pouco poder na resolução destas alucinoses^{1,7,10}. Por outro lado, muitos pacientes se beneficiarão sobremaneira quando assegurados da ausência de doença mental subjacente. Esclarecer ao paciente e seus familiares que as alucinações são benignas e que não há doença psiquiátrica subjacente tem um enorme efeito terapêutico^{7,12,17}. Em alguns casos, melhorando-se a função visual e o isolamento social^{8,11}, eventualmente as alucinações visuais podem se resolver.

Concluindo, a SCB é condição relativamente frequente em idosos que apresentam redução da acuidade visual, mas sem alteração cognitiva ou psicopatologia. Não há conhecimento atual de tratamento farmacológico universalmente efetivo e os pacientes se sentirão muito agradecidos e se beneficiarão, com chances de melhoras, ao saberem da não existência de doença mental subjacente. Atualmente, este último aspecto constitui a pedra angular do tratamento^{2,8,7,16,2}.

Agradecimento

O Autor é grato ao Dr. Luiz Antônio F. Junqueira pelo envio de cuidadosa e detalhada avaliação oftalmológica.

Referências

1. Batra A, Bartels M, Wormstall H. Therapeutic options in Charles Bonnet syndrome. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;96(2):129-133.
2. Eperjesi F, Akbarali N. Rehabilitation in Charles Bonnet syndrome: a review of treatment options. *Clin Exp Optom.* 2004;87(3):149-152.
3. Gödecke-Koch T, Schlimme J, Rada D, Emrich HM. Charles Bonnet syndrome in an elderly patient with bilateral vision loss, hyperthyroidism and relative digitalis overdose. *Nervenarzt.* 2002;73(5):471-474.
4. <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/2445.html>
5. Jacob A, Prasad S, Boggild M, Chandratre S. Charles Bonnet syndrome - elderly people and visual hallucinations. *BMJ* 2004;328:1552-1554.
6. Lhermitte J. Syndrome de la calotte du pédoncule cérébral. Les troubles psychosensoriels dans les lésions du mésocéphale. *Rev. Neurol.*, 1922,p.1359.
7. Menkhaus S, Wallesch CW, Behrens-Baumann W. Charles-Bonnet-syndrome. *Ophthalmologe.* 2003;100(9):736-739.
8. Menon GJ, Rahman I, Menon SJ, Dutton GN. Complex visual hallucinations in the visually impaired: the Charles Bonnet Syndrome. *Surv Ophthalmol.* 2003;48(1):58-72.
9. Norton-Willson L, Munir M. Visual perceptual disorders resembling the Charles Bonnet syndrome. A study of 434 consecutive patients referred to a psychogeriatric unit. *Fam Pract.* 1987;4(1):27-35.
10. Ribeiro SA, Oliveira-Souza R., Alvarenga H. Bonnet syndrome and posterior parasagittal tumor: clues to neuronal mechanisms. *Arq Neuro-Psiquiat* 1989;47(2):230-234.
11. Rovner BW. The Charles Bonnet syndrome: a review of recent research. *Curr Opin Ophthalmol.* 2006;17(3):275-277.
12. Saiz Gonzáles D, Diaz Marsá M. The Charles Bonnet syndrome: a case report and a brief review. *Actas Esp Psiquiatr.* 2003;31(1):48-52.
13. Schultz G, Melzack R. Visual hallucinations and mental state. A study of 14 Charles Bonnet syndrome hallucinators. *J Nerv Ment Dis.* 1993;181(10):639-643.
14. Schwartz TL, Vahgei L. Charles Bonnet syndrome in children. *J AAPOS.* 1998;2(5):310-313.
15. Siatkowski RM, Zimmer B, Rosenberg PR. The Charles Bonnet syndrome. Visual perceptive dysfunction in sensory deprivation. *J Clin Neuroophthalmol.* 1990;10(3):215-218.
16. Teunisse RJ. Complex visual hallucinations in partially sighted elderly: Charles Bonnet syndrome *Ned Tijdschr Geneesk.* 2002;146(2):49-52.
17. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, et al. Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome. *Lancet.* 1996;347(9004):794-797.
18. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Verbeek A, Zitman FG. The Charles Bonnet syndrome: a large prospective study in The Netherlands. A study of the prevalence of the Charles Bonnet syndrome and associated factors in 500 patients attending the University Department of Ophthalmology at Nijmegen. *Br J Psychiatry.* 1995;166(2):254-257.
19. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, et al. Social and psychological characteristics of elderly visually handicapped patients with the Charles Bonnet Syndrome. *Compr Psychiatry.* 1999;40(4):315-319.
20. Ukai S, Yamamoto M, Tanaka M, Takeda M. Treatment of typical Charles Bonnet syndrome with donepezil. *Int Clin Psychopharmacol.* 2004;19(6):355-357.