

Síndrome de Charles Bonnet: desafios no reconhecimento e necessidade de conscientização na prática clínica

Charles Bonnet Syndrome: Challenges in recognition and the need to raise awareness in clinical practice

Francyne Veiga Reis Cyrino¹

1. Departamento de Oftalmologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

A população mundial está envelhecendo. O aumento da sobrevida vem acompanhado de doenças debilitantes, tanto sistêmicas quanto oculares em decorrência das mais diversas causas, incluindo-se entre elas catarata, degeneração macular relacionada a idade (DMRI), retinopatia diabética, glaucoma, trauma, oclusão de artéria central da retina, entre outras. Atualmente são cerca de 45 milhões de pessoas cegas e 2,2 bilhões de deficientes visuais em todo o mundo^{1,2}. A incapacidade visual traz não somente consequências pessoais, familiares e financeiras, como também pode vir acompanhada de uma condição frequentemente desconhecida dos profissionais da saúde, chamada síndrome de Charles Bonnet (SCB).

A SCB se caracteriza pela manifestação de alucinações visuais, em indivíduos saudáveis psicologicamente, que apresentam baixa visual significativa em decorrência de doenças oftalmológica³. Tem caráter benigno, contudo, traz consigo grande ansiedade aos pacientes, que, conscientes da irrealidade das alucinações, muitas das vezes são erroneamente diagnosticados como doentes psiquiátricos ou em processo de demência⁴.

O termo SCB foi cunhado em 1967, por De Morsier, para caracterizar este quadro de alucinações visuais em pacientes idosos com função cerebral intacta⁵, fazendo alusão aos relatos do filósofo suíço Charles Bonnet (1720-1792), que, em 1760, relata os achados de alucinação percebidas por seu avô, Charles Lullin, de 89 anos. Devido a catarata avançada, Charles Lullin apresentava baixa visual e referia visões de homens, mulheres, pássaros e construções que mudavam de forma, de tamanho e lugar, e o mesmo tinha consciência de que estas visões não eram reais. Anos mais tarde, o próprio Charles Bonnet apresentou alucinações semelhantes a do seu avô, em decorrência a baixa visual secundária catarata^{3,5,6}.

A alucinação visual pode ocorrer em diversas situações clínicas e é definida como uma percepção visual na ausência de estímulo externo, podendo ser simples, compostas de imagens abstratas, flashes de luz, linhas e formas geomé-

Autor correspondente: Francyne V. R. Cyrino. E-mail: franveigacyrino@gmail.com

Recebido em: 25 de Julho de 2024. **Aceito em:** 5 de Agosto de 2024.

Fonte de financiamento: Declara não haver. **Conflito de interesses:** Declara não haver.

Como citar: Cyrino FV. Síndrome de Charles Bonnet: desafios no reconhecimento e necessidade de conscientização na prática clínica. eOftalmo. 2024;10(2):56-8.

DOI: 10.17545/eOftalmo/2024.0011

 Esta obra está licenciada sob uma *Licença Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

tricas ou complexas, ondem ocorrem como imagens como de pessoas, animais, plantas ou objetos^{3,4-7}. Podem durar de segundos a dias, podendo ocorrer todos os dias, mensalmente ou em episódios ao longo do ano. A frequência é também variável, podendo ser episódicas, periódicas ou contínuas. As alucinações episódicas são geralmente únicas e duram de dias a meses e geralmente se resolvem completamente. As contínuas são persistentes e não desaparecem^{3,5,6}. Não está bem estabelecido se há gatilhos desencadeadores como fadiga, stress ou níveis de iluminação, mas, nos pacientes muito incomodados, o simples fato de fechar e abrir os olhos pode fazer com que a alucinação desapareça^{3,6}.

A teoria da dor do membro fantasma, na qual a dor ocorre mesmo quando o membro foi removido é a teoria proposta para a SCB. Da mesma forma, os pacientes podem ter sensações visuais apesar de serem incapazes enxergar. A etiologia é variada, e, excetuando-se a cegueira congênita, a SCB pode ter origem em qualquer fator causador que acarrete em baixa ou perda visual e/ou que afete a via visual, estendendo-se do córtex visual até os olhos⁴⁻⁹ como catarata, opacidade corneana, degeneração macular relacionada a idade, glaucoma, retinose pigmentar, retinopatia diabética, neurite óptica, arterite temporal, oclusão venosa, alta miopia, infarto cerebral ou acidente vascular cerebral com acometimento do lobo occipital^{5,6,10}.

A hipótese mais aceita para explicar o mecanismo fisiopatológico do processo de alucinação visual na SCB é a desaferentação, que se refere à perda de neurônios aferentes responsáveis pela visão, geralmente devido a uma lesão na via visual. Essa perda causa hiperexcitabilidade no córtex visual, resultando em formação de imagens, neste caso, as alucinações visuais. Fatores como aumento na liberação de neurotransmissores pré-sinápticos, aumento no número de receptores pós-sinápticos e diminuição na liberação de neurotransmissores inibitórios contribuem para esse fenômeno^{4,8,9,11,12,14}. Os critérios diagnósticos para SCB também são controversos, sendo os mais utilizados: I) Presença de alucinação visual complexa, estereotipada, persistente ou repetitiva; II) Manutenção da consciência do caráter irreal do fenômeno; III) Ausência de alucinações em outras modalidades sensoriais; IV) Ausência de comprometimento cognitivo. Todos estes critérios são necessários para o diagnóstico da SCB^{8,11,15}.

A SCB acomete principalmente os pacientes idosos, entretanto, pode ocorrer em qualquer idade.

A média de idade dos pacientes, segundo os relatos da literatura, varia entre 70 e 80 anos³⁻¹². Alguns estudos relataram a síndrome em pacientes mais jovens, entre 29-52 anos, não havendo predileção por sexo^{3,8,11,12,14}. Ainda segundo os estudos, a prevalência varia entre 0,4% até 36%, valor este subestimado devido ao elevado número de subdiagnóstico, seja pelo desconhecimento desta condição ou pelo receio dos pacientes em reportarem as alucinações, com a preocupação de serem estigmatizados como pacientes psiquiátricos ou mentalmente incapazes^{16,17}. Na década de 90, estudos já consideravam a SCB relativamente comum através da análise de estudos de prevalência no período e a estimativa é de que 1 a cada 7 pacientes idosos já tenham apresentado uma experiência alucinatoria, sendo as alucinações visuais simples mais comuns do que as complexas^{15,16}.

Como visto, a falta de conhecimento e compreensão sobre SCB pode acarretar em diagnósticos equivocados de demência, Alzheimer e esquizofrenia, podendo fazer com que os pacientes sejam submetidos a tratamentos equivocados e impactando negativamente na qualidade de vida dos mesmos, seja pelo stress emocional relacionado a suposição de demência iminente ou quadro psiquiátrico, quanto pelo insucesso nas terapias instituídas que não servem de alívio para as alucinações^{8,9,11,12,16,17}.

Até o momento, não há nenhuma terapia eficaz para SCB. E com o aumento da sobrevida e o envelhecimento da população, se faz fundamental o reconhecimento desta condição pelos profissionais de saúde em geral, para que o diagnóstico seja mais assertivo propiciando a correta orientação do paciente e de seus familiares. O reconhecimento da Síndrome de Charles Bonnet é fundamental para a redução da ansiedade, para o cuidado adequado e a boa relação familiar, impactando positivamente na qualidade de vida de todos os envolvidos.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization; Geneva: Oct 8, 2019. World report on vision. <https://www.who.int/publications-detail/world-report-on-vision>
2. Demmin DL, Silverstein SM. Visual Impairment and Mental Health: Unmet Needs and Treatment Options. *Clin Ophthalmol*. 2020 Dec 3;14:4229-4251.
3. 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.

4. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, Verbeek AL, Zitman FG. Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome. *Lancet*. 1996;347(9004):794-7.
5. Rojas LC, Gurnani B. Charles Bonnet Syndrome. [Updated 2023 Jul 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
6. 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):512-519.
7. Subedi B, Grossberg GT. Phantom limb pain: mechanisms and treatment approaches. *Pain Res Treat*. 2011;2011:864605.
8. Vaphiades MS, Celesia GG, Brigell MG. Positive spontaneous visual phenomena limited to the hemianopic field in lesions of central visual pathways. *Neurology*. 1996;47(2):408-17.
9. Schultz G, Melzack R. The Charles Bonnet syndrome: 'phantom visual images'. *Perception*. 1991;20(6):809-25.
10. Holroyd S, Rabins PV, Finkelstein D, Nicholson MC, Chase GA, Wisniewski SC. Visual hallucinations in patients with macular degeneration. *Am J Psychiatry*. 1992;149(12):1701-6.
11. Ffytche D, Howard R, Brammer M, David PA, Woodruff SW. The anatomy of conscious vision: an fMRI study of visual hallucinations. *Nat Neurosci*. 1998;1(8):738-42.
12. Burke W. The neural basis of Charles Bonnet hallucinations: a hypothesis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73(5):535-41.
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):639-43.
14. Lepore FE. Spontaneous visual phenomena with visual loss: 104 patients with lesions of retinal and neural afferent pathways. *Neurology*. 1990;40(3 Pt 1):444-7.
15. Gonçalves, CM, Figueirôa, FLS. Síndrome de Charles Bonnet: Uma Revisão Integrativa. *Rev Neuro Psiquiatr*. 2018;22(3):302-321.
16. Pang L. Hallucinations Experienced by Visually Impaired: Charles Bonnet Syndrome. *Optom Vis Sci*. 2016;93(12):1466-1478.
17. Doeller B, Kratochwil M, Sifari L, Hirnschall N, Findl O. Benefit of psychiatric evaluation on anxiety in patients with Charles Bonnet syndrome. *BMJ Open Ophthalmol*. 2021;6(1):e000463.

INFORMAÇÃO DO AUTOR



» **Francyne Veiga Reis Cyrino**

<https://orcid.org/0000-0002-1892-6210>

<https://lattes.cnpq.br/0720130883701897>