

Síndrome de Bonnet na Oftalmologia: revisão de literatura

Bonnet's syndrome in ophthalmology: literature review

Ana Lindaura Callou Augusto¹, Abrahão da Rocha Lucena², Maria Lys Callou Augusto³, Alexis Galeno Matos⁴

RESUMO

Com o aumento da longevidade e da qualidade de vida da população, o número de pessoas com baixa visão pela senilidade tende a crescer. A síndrome de Charles Bonnet (SCB) foi citada no século XVIII por Bonnet, quando seu avô, psicologicamente saudável e cego por catarata, citava visões de homens, mulheres, pássaros e construções. O principal fator de risco é visão diminuída. Algumas doenças oftalmológicas podem estar envolvidas como catarata ou uso de algumas medicações. Apesar de ser conhecida, é pouco diagnosticada por neurologistas, oftalmologistas e psiquiatras. Até o momento não existe um consenso no tratamento da síndrome de Charles Bonnet.

Descritores: Baixa visão; Alucinação, Saúde do idoso

ABSTRACT

With the increase of longevity and the quality of life, the number of people with low vision due to senility tends to grow up. Charles Bonnet's syndrome (SCB) was cited in the XVIII century by Bonnet, when his grandfather blinded by cataracts and psychologically healthy cites visions of men, women, birds, and buildings. The main risk factor is low vision. Several ocular diseases may be involved as cataract or use of some medications. Although known, it is poorly diagnosed by neurologists, ophthalmologists and psychiatrists. To date there is no consensus on the treatment of Charles Bonnet's syndrome.

Keywords: Low vision; Hallucination; Elderly health

¹ Curso de Especialização em Oftalmologia, Escola Cearense de Oftalmologia, Fortaleza, CE, Brasil .

² Escola Cearense de Oftalmologia, Fortaleza, CE, Brasil. (ORCID: 0000-0002-0426-640X)

³ Disciplina de Saúde Mental, Curso de Enfermagem, Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, CE, Brasil. (ORCID: 0000-0001-9405-7996)

⁴ Escola Cearense de Oftalmologia, Fortaleza, CE, Brasil. (ORCID:0000-0002-2064-9320)

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Recebido para publicação em 09/02/2018 - Aceito para publicação em 07/05/2018.

INTRODUÇÃO

A baixa da visão é uma das causas mais incapacitantes do homem. Nos idosos as estruturas oculares sofrem mudanças e o declínio da função visual é inevitável, sendo a terceira causa de incapacidade funcional nesta população.^(1,2) Grande parte não refere queixa da visão por considerarem essa debilidade típica da idade avançada, sendo pouco detectado na prática clínica.^(3,4)

No século XVIII, o filósofo Charles Bonnet relatou sintomas referidos por seu avô, Charles Lullin, um idoso com quase 90 anos de idade, cego pela catarata, descrevendo visão de homens, mulheres, animais, plantas e objetos. Com exceção da cegueira pela catarata, não apresentava quaisquer outras patologias. O próprio Bonnet, com o envelhecimento, apresentou quadro clínico parecido e posteriormente, seu nome descreveu a síndrome.⁽⁵⁻⁸⁾

A síndrome de Charles Bonnet (SCB) é mais frequente em idosos e em associação a redução da acuidade visual. Estes pacientes, em sua maioria, não possuem distúrbios cognitivos ou psiquiátricos e tem consciência da natureza irreal dos fatos.^(5,7,9)

Esta doença é pouco diagnosticada por médicos psiquiatras, oftalmologistas e neurologistas, embora já seja citada desde o século XVIII.^(5,6,10) Em geral, a população acometida chega de 0,5% a 1,4%, dependendo do estudo, e se fala na população asiática ser mais afetada. No Japão, precisamente na cidade de Kitakyushu, realizou-se um estudo, que o diagnóstico de SCB em pacientes idosos com baixa visão foi de 0,8%. Já na Nova Zelândia, em 500 pacientes que atendidos em um serviço de oftalmologia, a incidência foi de 11%.^(6,10,11)

A SCB caracteriza-se pela presença de alucinações visuais complexas e isoladas, persistentes ou repetitivas, coloridas em que se visualizam pessoas, árvores, animais em movimento, mas não podem ser tocadas e nem emitem som. A duração pode ser de segundos até o dia inteiro, estendendo-se por dias ou anos e variando quanto à frequência e complexidade. Alguns tipos podem ou não desaparecer ao fechar os olhos, principalmente associada à baixa acuidade visual. As patologias oftálmicas mais comuns associadas são: degeneração macular relacionada com a idade (DMRI), seguida de glaucoma e catarata. Todavia, os doentes que sofrem de um início súbito de perda de visão e de campo visual associado à doença cerebral possuem maior probabilidade de experimentar alucinações do que aqueles que tiveram gradual perda de visão.^(5,10,12-15)

O principal fator desencadeante é a baixa iluminação. O isolamento social, fadiga, condições de luz fraca horas à noite e estados de sonolência ou relaxamento têm sido associados a maiores taxas de recorrência. Há relatos também de alucinações com uso de alguns fármacos como antibióticos, hormônios e de ação cardiovascular. O tartarato de brimonidina, colírio frequentemente usado no tratamento do glaucoma, também foi relatado ter precipitado crises, sendo resolvido após suspensão da droga.^(6,14,15)

Um estudo publicado em 2015 descreve mulheres acima de 80 anos e com visão de contar dedos a 1 metro como as mais acometidas e que 40% dos pacientes que apresentaram alucinações não tinham um fator desencadeante.⁽⁸⁾

Dentre as teorias que tentam explicar as alucinações visuais na SCB, a mais aceita é de que a redução ou ausência de estímulos visuais iniciariam os distúrbios pela diminuição de supressão de centros corticais superiores promovendo a liberação da percepção, o que resulta em visões fantasmas. Aventou-se também a possibilidade de “deprivação sensitiva”

somada à liberação das vias tálamo-corticais e por alterações moleculares e bioquímicas que podem afetar os receptores GABA A e GABA B7.^(5,6,10,16)

O diagnóstico diferencial pode ser feito diversas patologias neurológicas e psiquiátricas, tais como: demência por corpos de Lewys, Alzheimer, Parkinson, delirium, esquizofrenia, transtorno bipolar, epilepsia, enxaqueca com áurea, histeria, psicoses, arterite temporal, lesões corticais, estados de exaustão extrema.^(5,6,8,17)

A abordagem é multidisciplinar: psiquiatria, oftalmologia e neurologia. O receio do estigma de doenças psiquiátricas faz com que os pacientes escondam seus sintomas dificultando o diagnóstico. O conhecimento, por parte do paciente, que a SCB não é uma doença mental, reduz a ansiedade dele e de sua família.^(6,18,19)

O tratamento busca cessar as alucinações. Entretanto, até o presente momento não existe um consenso terapêutico para esta condição. As visões de alguns pacientes desaparecem sem intervenção. Autores sugerem que o tratamento seja realizado caso as alucinações sejam frequentes, causando ansiedade ou que alterem a qualidade de vida dos pacientes. Medidas como a melhora da iluminação em domicílio e do contato social, uso de lentes corretivas, cirurgia de catarata ou tratar outra condição que busquem melhorar a visão podem ser eficaz. Porém, em alguns casos as alucinações cessam à medida que a visão piora ou desaparece completamente.^(18,20)

Alguns acusam benefício com medicamentos como risperidona, cisaprida, valproato, carbamazepina, clonazepam, inibidores seletivos da recaptção da serotonina, gabapentina e olanzapina. Nos casos de pacientes que desenvolveram a síndrome após uso de medicamentos específicos, se faz necessário a suspensão do uso.^(6,18,20)

CONCLUSÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

A função visual diminuída está associada com alterações na qualidade de vida e atividades funcionais reduzidas nos pacientes idosos, podendo ocasionar condições de isolamento, perturbação, perda de saúde e dignidade.

Com o aumento da longevidade, o número de pessoas afetadas pela SCB tende a crescer. O diagnóstico e esclarecimento precoce desta forma de alucinação benigna é essencial na tentativa de amenizar o impacto na vida do paciente e de seus familiares.

Atualmente, os profissionais de saúde não estão preparados para a diferenciação de outras patologias alucinatórias senis, prejudicando o início do tratamento ou até instituindo tratamento errado.

Campanhas educativas entre oftalmologistas, geriatras e profissionais que lidam com pacientes senis implementando uma busca ativa em pacientes com queixas visuais associados a baixa visão seria medida eficaz na melhora da condução. Porém uma maior quantidade de estudos é necessária para melhorar o conhecimento da causa e formação de uma rotina padronizada de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro JE, De Freitas MM, De Sousa Araújo G, Rocha TH. Associação entre aspectos depressivos e déficit visual causado por catarata em pacientes idosos. *Arq Bras Oftalmol.* 2004;67(5):795-9.
2. Borges SM, Cintra FA. Avaliação da função visual em idosos em seguimento ambulatorial. *2009;7(3):161-5.*
3. Luiz LC, Rebelatto JR, Coimbra AMV, Ricci NA. Associação entre déficit visual e aspectos clínico-funcionais em idosos da comunidade. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(5):444-50.

4. Borges SM, Cintra FA. Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial. *Rev Bras Oftalmol.* 2010;69(3):146–51.
5. Bonnet C. Síndrome de Charles Bonnet : a propósito de um caso . 2009;45(2):21–4.
6. Cortizo V, Marques Rosa AA, Soriano DS, Takada LT, Nitrini R. Síndrome de Charles Bonnet: Alucinações visuais em pacientes com doenças oculares - Relato de caso. *Arq Bras Oftalmol.* 2005;68(1):129–32.
7. Arun P, Jain R, Tripathi V. Atypical charles bonnet syndrome. *Indian J Psychol Med.* 2013;35(4):402–4.
8. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Porta-Etessam J, Rodríguez-Gómez O, Martínez-De-La-Casa JM, García-Feijoo J, et al. Síndrome de Charles Bonnet. Serie de 45 casos. *Rev Neurol.* 2015;60(8):337–40.
9. Serrador-García M, Santos-Bueso E, Sáenz-Francés F, Díaz-Valle D, Martínez-De-La-Casa-Borrelia JM, García-Feijóo J. Charles Bonnet plus syndrome: Apropos of a case. *Eur J Ophthalmol.* 2012;22(5):836–9.
10. Gama Marques J, Antunes AP, Barroso C. Síndrome de Charles Bonnet : caso clínico e revisão bibliográfica. 2009;11(4):48–59.
11. Shiraishi Y, Terao T, Ibi K, Nakamura J, Tawara A. The rarity of Charles Bonnet syndrome. *J Psychiatr Res.* 2004;38(2):207–13.
12. Vale TC, Fernandes LC, Caramelli P. Charles Bonnet syndrome: characteristics of its visual hallucinations and differential diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr.* 2014;72(5):333–6.
13. Reichert DP, Seriès P, Storkey AJ. Charles Bonnet syndrome: Evidence for a generative model in the cortex? *PLoS Comput Biol.* 2013;9(7): e1003134.
14. Tamsak RL, Zaret CR, Weidenthal D. Charles Bonnet syndrome precipitated by brimonidine tartrate eye drops. *Br J Ophthalmol.* 2003 Jul; 87(7): 917.
15. Garcia-Catalan MR, Arriola-Villalobos P, Santos-Bueso E, Gilde-Bernabe J, Diaz-Valle D, Benitez-del-Castillo JM, et al. Charles Bonnet syndrome precipitated by brimonidine. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2013;88(9):362–4.
16. Rojas-Rojas H, Borja-Ballesteros C, Escobar-Córdoba F. Charles Bonnet syndrome: two cases | Síndrome de Charles Bonnet: Presentación de dos casos. *Rev Chil Neuropsiquiatr.* 2007;45(2):161-5.
17. Donoso A, Silva C, Fuentes P, Gaete G. Síndrome de Charles Bonnet: presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Rev Méd Chile.* 2007;135(8):1034–9.
18. Brucki S, Takada L, Nitrini R. Charles Bonnet Syndrome: case series. *Dement Neuropsychol.* 2009;3(1):61–7.
19. Muñoz Cortés H, Vargas Rueda A. Síndrome de Charles Bonnet: revisión de tema. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;36(2):292–306.
20. Negrete MY, Ramírez-Bermúdez J, Ruiz-Chow A, Aguilar-Venegas LC, Crail-Melendez D, Pérez-Esparza R, et al. Alucinaciones visuales en pacientes con privación sensorial: Síndrome de Charles Bonnet. *Salud Ment.* 2015;38(3):217–24.

Autor correspondente:

Alexis G. Matos, M.D.

Escola Cearense de Oftalmologia Av. Oliveira Paiva, 1599

Cidade dos Funcionários, Fortaleza - CE, 60821-802

Fone: +55.85. 3271-2501 Cel: +55.85.99685-2005

E-mail: alexisgaleno@gmail.com