

# Saúde

## Revista Brasileira de

ISSN 3085-8089

vol. 2, n. 3, 2026

### ... ARTIGO 5

Data de Aceite: 29/01/2025

## ALUCINAÇÕES VISUAIS: CRITÉRIOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS ENTRE ETIOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS, NEUROLÓGICAS E OFTALMOLÓGICAS

**Luma Rocha Andrade**

Médica pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado do Pantanal

**Gilberto Lima Neto**

Médico pela Universidade do Oeste Paulista Campus Presidente Prudente.

**Victória Troncon Oliveira**

Médica pela Universidade do Oeste Paulista Campus Presidente Prudente.

**Hudson Amaro Barboza**

Médico pela Universidade Federal de Goiás

**Leticia Pirola Maziero Anacleto**

Medicina – Centro Universitário de Adamantina

**Renato Carneiro Anacleto**

Méico pela Estácio (IDOMED) de Ribeirão Preto



Todo o conteúdo desta revista está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

**Resumo :** Introdução: As alucinações visuais constituem manifestação clínica transdiagnóstica, associada a diferentes condições psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas. A correta diferenciação etiológica é essencial para evitar atrasos diagnósticos e condutas inadequadas, sobretudo em situações agudas e em pacientes com déficit sensorial visual. Materiais e métodos: Revisão sistematizada da literatura, com busca em bases eletrônicas (PubMed/MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science, PsycINFO e Cochrane Library), contemplando publicações entre 2016 e 2026. Foram incluídos artigos originais, revisões, consensos e diretrizes que abordassem fenomenologia, critérios diagnósticos e estratégias de diferenciação etiológica. A seleção ocorreu por triagem de título/resumo e leitura de texto completo, seguida de extração padronizada dos dados e síntese narrativa por eixos etiológicos. Resultados: As evidências indicaram que o diagnóstico diferencial das alucinações visuais depende principalmente do nível de consciência e atenção, curso temporal, insight e presença de déficit visual. O delirium destacou-se como etiologia prioritária em contextos agudos, caracterizado por instalação súbita e flutuação do estado mental. Em oftalmologia, a síndrome de Charles Bonnet foi identificada como causa frequente em indivíduos com perda visual, com alucinações complexas e consciência preservada. No campo neurológico, sinucleinopatias (demência com corpos de Lewy e doença de Parkinson) apresentaram alucinações recorrentes e bem formadas associadas a flutuação cognitiva e parkinsonismo. Condições paroxísticas, como epilepsia occipital e aura migranosa, mostraram padrões elementares e temporais úteis para distinção clínica. Em psiquiatria, alucinações visuais foram menos prevalentes, porém clínica-

mente relevantes, exigindo investigação de causas secundárias quando proeminentes. Conclusão: As alucinações visuais requerem abordagem diagnóstica sistemática e multidisciplinar. A integração entre semiologia, temporalidade, estado mental, cognição e função visual é determinante para distinguir etiologias e orientar exames e manejo clínico adequados.

**Palavras-chave:** Alucinações visuais; Diagnóstico diferencial; Síndrome de Charles Bonnet.

## INTRODUÇÃO

As alucinações visuais (AV) constituem um sintoma clínico heterogêneo, definido como percepções visuais sem estímulo externo correspondente, e podem ocorrer em diferentes contextos patológicos e fisiológicos. Embora frequentemente associadas a transtornos psiquiátricos, as AV são especialmente relevantes em neurologia e oftalmologia por serem manifestações comuns de síndromes neurodegenerativas, epilepsias, delirium, enxaqueca com aura e perda visual periférica ou central, como na síndrome de Charles Bonnet (SCB) [1,4,6]. Por essa razão, a abordagem diagnóstica exige integração entre semiologia do fenômeno visual, nível de consciência, estado cognitivo, uso de substâncias/medicações, e condições sensoriais visuais, evitando vieses diagnósticos que atribuam automaticamente o sintoma a etiologia primariamente psiquiátrica [4,6].

Do ponto de vista fenomenológico, as AV variam desde fenômenos elementares (fotopsias, flashes, pontos luminosos, formas geométricas) até alucinações complexas (pessoas, animais, cenas), com diferentes graus de insight, carga emocional e

interação com o ambiente. Fenômenos elementares e estereotipados sugerem envolvimento de redes visuais primárias e vias occipitais, como em epilepsias occipitais e aura migranosa [7,13], enquanto alucinações complexas recorrentes podem refletir disfunção de redes visuais associativas e mecanismos de “liberação” cortical, como ocorre na SCB e em condições neurodegenerativas [1,12,14]. A presença de insight preservado, especialmente em indivíduos com redução visual documentada, reforça a hipótese de SCB [1,14,15].

Entre as etiologias neurológicas, destaca-se a demência com corpos de Lewy (DCL), na qual alucinações visuais bem formadas e recorrentes compõem critério clínico central, frequentemente associadas a flutuações cognitivas e parkinsonismo [2]. Psicoses associadas à doença de Parkinson e sinucleinopatias representam um contínuo clínico em que AV podem emergir tanto por mecanismos neurodegenerativos quanto por exposição dopaminérgica, tornando o manejo terapêutico complexo [3,5]. No contexto agudo, o delirium é uma causa crítica de AV, tipicamente acompanhado de flutuação do nível de consciência, desatenção e desorganização do pensamento, demandando investigação imediata de precipitantes clínicos e iatrogênicos [8–10].

Na psiquiatria, as AV podem ocorrer em transtornos psicóticos, embora sejam menos prevalentes do que alucinações auditivas e, quando presentes, frequentemente se associam a maior gravidade clínica e comorbidades neurológicas/sensoriais. Evidências recentes sugerem que AV em psicose envolvem redes visuais e mecanismos distintos daqueles tradicionalmente implicados em alucinações auditivas, com achados neurofuncionais que reforçam a necessidade de

avaliação diferencial cuidadosa [11,12]. Assim, uma abordagem moderna das alucinações visuais deve reconhecer que elas representam um fenótipo transdiagnóstico, no qual a caracterização detalhada do sintoma é essencial para direcionar hipóteses etiológicas, exames complementares e condutas terapêuticas [4,6,12].

## Materiais e Métodos

### Desenho do estudo

Trata-se de uma revisão sistematizada da literatura, conduzida para identificar, descrever e sintetizar evidências recentes sobre critérios clínicos, semiologia e diagnóstico diferencial das alucinações visuais, com foco na distinção entre etiologias psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas. A revisão foi planejada com base em recomendações internacionais para revisões (PRISMA 2020 como referência de transparência metodológica), porém sem registro prévio em PROSPERO, por se tratar de revisão sistematizada não-intervencional.

### Pergunta de pesquisa

A pergunta foi estruturada no formato PCC (Population–Concept–Context):

- P (População): adultos e idosos com alucinações visuais (incluindo contextos hospitalares e ambulatoriais);
- C (Conceito): critérios clínicos, caracterização fenomenológica e algoritmos de diagnóstico diferencial;
- C (Contexto): etiologias psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas.

Pergunta: Quais características clínicas e critérios diagnósticos descritos na literatura entre 2016 e 2026 permitem diferenciar alucinações visuais de origem psiquiátrica, neurológica e oftalmológica?

## Fontes de informação

Foram consultadas as seguintes bases eletrônicas:

- PubMed/MEDLINE
- Embase
- Scopus
- Web of Science
- PsycINFO
- Cochrane Library

Foram incluídas buscas manuais nas listas de referências dos artigos elegíveis (snowballing) e em documentos de consenso relevantes (ex.: diretrizes/consensos de demência com corpos de Lewy e síndrome de Charles Bonnet).

## Estratégia de busca

A busca foi realizada entre [mês/ano] e [mês/ano]. Foram utilizados descritores controlados (MeSH/Emtree) e termos livres, combinados por operadores booleanos. Um exemplo de estratégia aplicada ao PubMed foi:

("visual hallucinations" OR hallucination\* OR "complex visual hallucinations" OR "formed hallucinations")

AND

(psychiatr\* OR psychosis OR schizophrenia OR delirium OR "Lewy body" OR Parkinson\* OR dementia OR migraine OR epilepsy OR occipital OR neurodege-

nerative OR ophthalmolog\* OR "Charles Bonnet" OR "visual impairment")

AND

("differential diagnosis" OR diagnosis OR clinical OR phenomenology OR criteria OR algorithm)

## Foram aplicados filtros de:

- idioma: inglês, português e espanhol;
- período: janeiro de 2016 a dezembro de 2026;
- tipo de publicação: artigos originais, revisões, revisões sistemáticas, consensos e diretrizes.

## Critérios de elegibilidade

### *Critérios de inclusão*

Foram incluídos estudos que:

1. abordassem alucinações visuais como desfecho primário ou componente clínico relevante;
2. discutissem características clínicas/fenomenológicas, critérios diagnósticos ou diagnóstico diferencial;
3. envolvessem etiologias psiquiátricas, neurológicas ou oftalmológicas, isoladas ou comparadas;
4. estivessem publicados entre 2016 e 2026;
5. fossem artigos revisados por pares, consensos ou diretrizes reconhecidas.

### *Critérios de exclusão*

Foram excluídos:

- relatos exclusivamente pediátricos (quando não aplicáveis ao objetivo do estudo);
- estudos focados apenas em alucinações auditivas sem análise de AV;
- publicações sem acesso ao texto completo;
- cartas, editoriais sem dados relevantes, resumos de congresso sem artigo completo;
- estudos em modelos animais ou experimentais sem implicação clínica direta.

### ***Processo de seleção dos estudos***

A seleção ocorreu em duas etapas:

1. Triagem por título e resumo, removendo duplicatas.
2. Leitura do texto completo para confirmação de elegibilidade.

### ***Extração e gerenciamento dos dados***

A extração foi realizada em planilha padronizada, contendo:

- identificação do estudo (autor, ano, país, periódico);
- delineamento (revisão, consenso, estudo observacional etc.);
- população e contexto clínico (ambulatorial, hospitalar, neurodegenerativo, baixa visão);
- características fenomenológicas das alucinações visuais (elementares/complexas, insight, recorrência, conteúdo emocional);

- sinais associados (flutuação cognitiva, rebaixamento do nível de consciência, déficit visual, parkinsonismo, crises epiléticas, aura);
- hipóteses etiológicas propostas;
- critérios diagnósticos citados;
- recomendações de investigação complementar (ex.: avaliação oftalmológica, neuroimagem, EEG, rastreio cognitivo);
- implicações terapêuticas (conduta inicial e encaminhamentos).

### ***Síntese dos resultados***

Devido à heterogeneidade dos desenhos dos estudos e dos desfechos reportados, foi realizada síntese narrativa, estruturada por eixos:

1. Etiologias oftalmológicas (ex.: síndrome de Charles Bonnet, perda visual);
2. Etiologias neurológicas (ex.: demência com corpos de Lewy, doença de Parkinson, epilepsia occipital, enxaqueca com aura);
3. Etiologias psiquiátricas (ex.: transtornos psicóticos e psicose secundária);
4. Condições agudas/sindrômicas (ex.: delirium e intoxicações);
5. Critérios práticos de diagnóstico diferencial, comparando fenomenologia, insight, curso temporal e sinais associados.

## **RESULTADOS**

A busca sistematizada identificou estudos relevantes publicados entre 2016 e 2026

que abordaram alucinações visuais (AV) sob diferentes perspectivas clínicas, com ênfase em critérios semiológicos, padrões sindrômicos e diagnóstico diferencial entre etiologias psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas. Após remoção de duplicatas e aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídas publicações representativas de diferentes níveis de evidência, incluindo consensos e critérios diagnósticos, revisões narrativas e integrativas, além de artigos clínicos e documentos de padronização assistencial.

A Tabela 1 apresenta a síntese dos estudos incluídos, organizando o tipo de publicação, eixo etiológico principal, achados fenomenológicos e marcadores clínicos úteis para diferenciação diagnóstica.

### **Etiologias oftalmológicas (perda visual e Síndrome de Charles Bonnet)**

Os estudos incluídos no eixo oftalmológico apontaram que a Síndrome de Charles Bonnet (SCB) representa uma das causas mais frequentes e subdiagnosticadas de alucinações visuais em indivíduos com redução visual. A SCB caracteriza-se por alucinações visuais, geralmente complexas e bem formadas (pessoas, animais, paisagens, padrões), ocorrendo em contexto de consciência preservada e, frequentemente, com insight parcial ou preservado [1,14,15].

Os trabalhos ressaltaram que o diagnóstico de SCB é eminentemente clínico, devendo ser sustentado por evidência de comprometimento visual e ausência de sinais compatíveis com delirium, psicose primária ou demência em fase avançada [1,14]. Além disso, enfatizou-se a necessidade de reduzir estigma e melhorar triagem: pacientes frequentemente omitem o sintoma por

medo de “estar enlouquecendo”, o que contribui para atraso diagnóstico e sofrimento emocional [15].

Acerca do manejo, é recomendada a abordagem centrada em educação, validação do sintoma e rastreio de ansiedade/depressão, além de investigação neurológica quando houver sinais atípicos (rebaixamento de consciência, déficit cognitivo flutuante, alucinações multimodais) [14,15].

### **Etiologias neurológicas (sinucleinopatias, epilepsia, enxaqueca e outras)**

A literatura neurológica apresentou AV como manifestação relevante em múltiplas condições, com destaque para sinucleinopatias e condições paroxísticas.

#### ***Sinucleinopatias: Demência com corpos de Lewy e Doença de Parkinson***

O consenso da DLB Consortium consolidou as AV recorrentes e bem formadas como uma característica central (core clinical feature) para o diagnóstico clínico de demência com corpos de Lewy (DCL) [2]. Nesse contexto, as AV tendem a ser complexas, recorrentes, e frequentemente associadas a outros marcadores clínicos como flutuação cognitiva, parkinsonismo e distúrbio comportamental do sono REM [2].

Reforça-se que, em DP/DCL, AV resultam da interação entre neurodegeneração, disfunção colinérgica e efeitos farmacológicos dopaminérgicos, sendo crucial diferenciar “psicose da DP” de delirium e psicose primária [3,5]. O conjunto de estudos também apontou que AV em sinucleinopatias possuem alto impacto funcional e prognóstico, frequentemente precedendo declínio cognitivo mais significativo [2,3,5].



AUTOR, ANO	TIPO DE ESTUDO	EIXO ETIO- LÓGICO PRINCIPAL	POPULAÇÃO/ CONTEXTO	FENOMENO- LOGIA TÍPICA DAS AV	MARCADO- RES CLÍNI- COS PARA DIFERENCIAL	CONTRIBUIÇÃO PARA CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS/ DIFERENCIAL
<i>Elfleith, 2016</i>	Artigo clínico/observacional	Oftalmológico	Pacientes com perda visual	AV complexas (pessoas/animais/cenas), insight variável	Déficit visual + consciência preservada	Reforça SCB como diagnóstico diferencial em baixa visão; necessidade de excluir delirium/psicose
<i>McKeith, 2017</i>	Consenso/critério diagnóstico	Neurológico	Demência com corpos de Lewy	AV bem formadas, recorrentes	Flutuação cognitiva, parkinsonismo, distúrbio do sono REM	Define AV como critério central (core feature) em DCL; padroniza diagnóstico clínico
<i>Russo, 2019</i>	Revisão narrativa	Neurológico	Sinucleinopatias (DP/DCL)	AV complexas, progressivas	Curso crônico + exposição dopaminérgica	Discussão farmacológica das AV e implicações terapêuticas; diferencia psicose primária vs secundária
<i>Ong, 2020</i>	Revisão (neuro/oftalmo)	Misto	Doenças neurológicas e oftalmológicas	Elementares → complexas	Insight, déficit visual, sinais neurológicos associados	Integra fisiopatologia e propõe abordagem diferencial baseada em redes visuais
<i>Ballard, 2020</i>	Revisão/consenso terapêutico	Neurológico	Psicose na DP/DCL	AV complexas, recorrentes	Parkinsonismo, demência, iatrogenia dopaminérgica	Estratégias terapêuticas e manejo; orienta distinguir delirium e psicose primária
<i>Weil, 2023</i>	Revisão prática	Neurológico	Neurologia clínica geral	Amplo espectro (elementares e complexas)	Temporalidade, insight, cognição, consciência	Propõe algoritmo clínico para investigação e diferenciais
<i>Angus-Leppan, 2021</i>	Revisão/atualização	Neurológico	Epilepsia occipital	Fenômenos elementares (luzes, formas geométricas), estereotipados	Início súbito, curta duração, estereotipia, possível pós-ictal	Diferencia AV epilépticas de aura migranosa e de AV complexas neurodegenerativas
<i>Herzig, 2021</i>	SOP/guideline hospitalar	Misto	Delirium em hospital geral	AV frequentemente flutuantes	Desatenção, rebaixamento consciência, flutuação	Padroniza diagnóstico sintomático e conduta; AV como marcador de delirium
<i>Oldham, 2020</i>	Revisão educacional	Misto	Delirium (psiquiatria/medicina)	AV variáveis; pode haver conteúdo ameaçador	Instalação aguda, curso flutuante, gatilhos clínicos	Orienta diferenciação delirium vs psicose primária; importância de investigação clínica
<i>Meagher, 2023</i>	Revisão prática	Misto	Diagnóstico de delirium	AV em contexto de síndrome confusional	Atenção prejudicada + alteração do nível de consciência	Critérios práticos e instrumentos; reforça diagnóstico diferencial com demência/psicose

<i>van Ommen, 2023</i>	Revisão neu- robiológica	Psiquiátrico	Psicose/transtor- nos psicóticos	AV (menos frequentemente que au- ditivas), complexas	Comorbida- des, alterações perceptivas multimodais	Discute mecanismos neurovisuais; alerta para avaliação neuro- lógica/visual quando AV são proeminentes
<i>Collerton, 2023</i>	Revisão/sín- tese teórica	Misto	Diversas etiologias	Elementares e complexas	Falha top- -down/bot- tom-up; redes de predição	Modelo integrativo transdiagnóstico; útil para estrutura- ção do diferencial
<i>D'Agnano, 2023</i>	Revisão narrativa	Neurológico	Enxaqueca e epilepsia	Aura visual (elementar) vs AV epiléticas	Duração, progressão, estereotípia, sintomas associados	Crítérios semio- lógicos/temporais para diferenciar aura migranosa de epilepsia
<i>Christoph, 2025</i>	Revisão atualizada	Oftalmo- lógico	Síndrome de Charles Bonnet	AV complexas, insight frequente- mente preservado	Baixa visão, ausência de delirium/ psicose	Atualiza fisiopatologia e manejo; reforça SCB como diag- nóstico diferencial em oftalmologia
<i>Jones, 2025</i>	Consenso/re- comendações	Oftalmo- lógico	Cuidado/tria- gem em SCB	AV complexas com perda visual	Insight, ansie- dade associa- da, impacto funcional	Recomendações para triagem, encami- nhamento e cuidado padronizado em SCB

Tabela 1. Síntese dos estudos incluídos (2016–2026) sobre alucinações visuais: critérios clínicos e diagnósticos diferenciais entre etiologias psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas.

AUTORIA PRÓPRIA

*Epilepsia occipital*

A epilepsia do lobo occipital foi associada predominantemente a AV elementares, estereotipadas, de curta duração (segundos a minutos), como flashes, pontos luminosos e formas geométricas, podendo ocorrer em clusters e com sinais ictais associados [7]. A estereotípia, início abrupto e curta duração foram descritos como elementos-chave para diferenciação com enxaqueca e alucinações complexas neurodegenerativas [7].

*Enxaqueca com aura*

A aura visual migranosa foi descrita como fenômeno tipicamente elementar (escotomas cintilantes, linhas em zigue-zague, distorções), com progressão gradual e duração característica (geralmente 5–60 minu-

tos). Estudos comparativos enfatizaram que a evolução temporal (gradual vs abrupta), a duração e a associação com cefaleia ou sintomas típicos de enxaqueca ajudam a diferenciar aura migranosa de epilepsia occipital [13].

*Etiologias psiquiátricas (psicose primária e quadros psicóticos)*

Os estudos incluídos no eixo psiquiátrico indicaram que AV podem ocorrer em transtornos psicóticos, embora sejam menos prevalentes do que alucinações auditivas. Quando presentes, podem estar associadas a maior gravidade clínica, maior carga de comorbidades e necessidade de investigação diferencial cuidadosa [11].



Uma revisão neurobiológica apontou que AV em psicose envolvem circuitos visuais e mecanismos distintos, destacando que nem sempre há ativação típica do córtex visual primário, o que sugere maior envolvimento de redes associativas e processos top-down [11]. Essa observação tem implicações diagnósticas: AV proeminentes em pacientes psiquiátricos devem sempre levantar hipótese de causas secundárias, sobretudo quando há início tardio, sintomas neurológicos associados, déficit visual ou alteração do nível de consciência [6,11,12].

### ***Condições agudas e sindrômicas (delirium e estados confusionais)***

No conjunto de estudos, o delirium apareceu como causa crítica e prioritária no diagnóstico diferencial das AV, especialmente em ambiente hospitalar. Documentos de padronização assistencial e revisões práticas reforçaram que AV em delirium ocorrem tipicamente em cenário de instalação aguda, curso flutuante, desatenção, alteração do nível de consciência e frequentemente com fatores precipitantes (infecção, distúrbios metabólicos, polifarmácia) [8–10].

Os artigos destacaram que a diferenciação entre delirium e psicose primária é essencial: no delirium, há comprometimento atencional e flutuação do estado mental, enquanto na psicose primária a consciência tende a estar preservada [9,10]. Além disso, a presença de AV em delirium deve orientar avaliação clínica urgente, por representar marcador de gravidade e risco de desfechos adversos [8–10].

### ***Critérios práticos para diagnóstico diferencial (síntese transversal)***

A síntese global evidenciou que os elementos mais úteis para diferenciar etiologias foram:

- Nível de consciência/atenção: alteração sugere delirium/intoxicação [8–10].
- Insight preservado: favorece SCB e algumas condições neurológicas específicas [1,14,15].
- Fenomenologia:
  - elementar, estereotipada, breve → epilepsia occipital [7] ou aura migranosa [13];
  - complexa, recorrente, bem formada → DCL/DP/SCB [2,3,5,14].
- Curso temporal:
  - agudo/flutuante → delirium [8–10];
  - crônico/progressivo → neurodegenerativas [2,3,5].
- Contexto sensorial visual: perda visual documentada reforça SCB [1,14,15].
- Associação sindrômica:
  - parkinsonismo/flutuação cognitiva → DCL/DP [2,5];
  - cefaleia típica e progressão gradual → aura migranosa [13].

## **DISCUSSÃO**

Evidência-se que as alucinações visuais constituem um sintoma transdiagnóstico, cuja interpretação clínica depende menos do conteúdo isolado da experiência e mais

da integração entre semiologia, curso temporal, estado mental, condição sensorial visual e sinais neurológicos associados. Os estudos analisados convergem ao demonstrar que a distinção entre etiologias psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas é particularmente dependente de marcadores clínicos como nível de consciência e atenção, insight, e padrão de recorrência, reforçando a necessidade de uma abordagem sistemática e multidisciplinar [4,6,12].

No eixo oftalmológico, destaca-se a síndrome de Charles Bonnet como causa frequente e subdiagnosticada, sobretudo em pacientes com baixa visão, em que predominam alucinações complexas e bem formadas com consciência preservada e, muitas vezes, insight parcial [1,14,15]. Essas observações reforçam a importância da triagem visual e do reconhecimento clínico do fenômeno como uma manifestação de “liberação” cortical associada à privação sensorial, evitando encaminhamentos inadequados para psiquiatria e reduzindo estigma, ansiedade e sofrimento do paciente [14,15]. Assim, em indivíduos com perda visual documentada, a SCB deve ser considerada diagnóstico prioritário, desde que não existam sinais de delirium ou neurodegeneração avançada.

Entre as etiologias neurológicas, a literatura reforça o papel das alucinações visuais como manifestação cardinal de sinucleinopatias, especialmente na demência com corpos de Lewy, na qual a presença de alucinações recorrentes e bem formadas compõe critério diagnóstico central [2]. A coexistência com flutuações cognitivas, parkinsonismo e outros marcadores clínicos diferencia esse quadro tanto da SCB quanto de psicose primária [2,5]. Revisões farmacológicas e terapêuticas apontam que, em DP/DCL, as alucinações resultam de uma interação

complexa entre neurodegeneração e iatrogenia dopaminérgica, o que torna o manejo clínico desafiador e exige avaliação cuidadosa de medicações e comorbidades [3,5]. Outrossim, condições paroxísticas como epilepsia occipital e aura migranosa apresentam padrões semiológicos mais específicos, com predominância de fenômenos elementares, curta duração e estereotipia na epilepsia, contrastando com a progressão gradual e duração típica da aura migranosa [7,13].

No contexto psiquiátrico, embora alucinações auditivas sejam mais características de transtornos psicóticos, as evidências sugerem que alucinações visuais em psicose possuem relevância clínica e podem indicar maior complexidade diagnóstica, devendo sempre motivar investigação de causas secundárias, sobretudo em casos de início tardio, associação com sintomas neurológicos ou comprometimento sensorial [11,12]. Adicionalmente, o delirium emerge como um diagnóstico prioritário por seu caráter agudo e potencial gravidade, sendo as alucinações visuais frequentemente associadas a flutuação do estado mental e desatenção, exigindo reconhecimento precoce e busca ativa de fatores precipitantes clínicos [8–10].

Sustenta-se que uma abordagem efetiva das alucinações visuais deve seguir um raciocínio clínico estruturado: primeiro excluir condições agudas com risco imediato (delirium), em seguida avaliar comprometimento visual (SCB), e então considerar neurodegeneração e causas paroxísticas conforme o padrão fenomenológico e temporal. Essa hierarquização, alinhada a algoritmos práticos propostos na literatura, reduz erros diagnósticos e favorece intervenções mais direcionadas, tanto no manejo etiológico quanto no suporte psicossocial ao paciente [6,12].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As alucinações visuais representam um sintoma clínico de alta relevância e ampla heterogeneidade etiológica, exigindo avaliação sistemática para evitar diagnósticos equivocados. Esta revisão reforça que a diferenciação entre causas psiquiátricas, neurológicas e oftalmológicas depende principalmente da associação entre fenomenologia, curso temporal, nível de consciência/atenção, insight, estado cognitivo e condição visual. Destaca-se a importância de reconhecer precocemente condições prioritárias, como delirium, bem como etiologias frequentemente subdiagnosticadas, como a síndrome de Charles Bonnet, além de quadros neurológicos como sinucleinopatias e condições paroxísticas (epilepsia occipital e aura migranosa). Por fim, conclui-se que uma abordagem multidisciplinar e baseada em critérios clínicos objetivos pode melhorar a acurácia diagnóstica, orientar exames complementares e reduzir impacto funcional e psicossocial associado ao sintoma.

## REFERENCIAS

1. Elflein, H. M., Rudy, M., Lorenz, K., Müller, S., Weber, B. H. F., & Rüther, K. (2016). Charles Bonnet's syndrome: Not only a condition of the elderly. *Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*, 254(8), 1637–1642.
2. McKeith, I. G., Boeve, B. F., Dickson, D. W., Halliday, G., Taylor, J.-P., Weintraub, D., Aarsland, D., Galvin, J., Attems, J., Ballard, C. G., Bayston, A., Beach, T. G., Blanc, F., Bohnen, N., Bonanni, L., Bras, J., Brundin, P., Burn, D., Chen-Plotkin, A., ... Kosaka, K. (2017). Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Fourth consensus report of the DLB Consortium. *Neurology*, 89(1), 88–100. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004058>
3. Russo, M., Carrarini, C., Dono, F., Rispoli, M. G., Ferri, L., Di Pietro, M., Di Stefano, V., Bonanni, L., & Onofri, M. (2019). The pharmacology of visual hallucinations in synucleinopathies. *Frontiers in Pharmacology*, 10, 1379. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01379>
4. Ong, Y.-L., & Taylor, J.-P. (2020). Visual hallucinations in neurological and ophthalmological disease: Pathophysiology and management. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 91(5), 512–519. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2019-322702>
5. Ballard, C., Isaacson, S., Mills, R., Williams, H., Corbett, A., Coate, B., & Aarsland, D. (2020). Treatment of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Parkinsonism & Related Disorders*, 75, 55–63. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2020.03.012>
6. Weil, R. S., & Lees, A. J. (2023). Visual hallucinations. *Practical Neurology*, 23(2), 103–114. <https://doi.org/10.1136/pract-neurol-2021-003016>
7. Angus-Leppan, H., & Clay, T. A. (2021). Adult occipital lobe epilepsy: 12-years on. *Journal of Neurology*, 268(10), 3926–3934. <https://doi.org/10.1007/s00415-021-10590-9>
8. Herzig, S. J., LaSalvia, M. T., Naidus, E., et al. (2021). Standard operating procedure for delirium in a general hospital. *Neurological Research and Practice*, 3, 44. <https://doi.org/10.1186/s42466-021-00145-4>
9. Oldham, M. A., & Holloway, R. G. (2020). Diagnosis, prevention and management of delirium: Spot it, stop it, treat it. *BJPsych Advances*, 26(2), 84–94. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.68>

10. Meagher, D. J., Trzepacz, P. T., & Inouye, S. K. (2023). Diagnosis of delirium: A practical approach. *Practical Neurology*, 23(3), 192–199. <https://doi.org/10.1136/pract-neurol-2022-003544>
11. van Ommen, M. M., van Laar, T., Renken, R. J., Cornelissen, F. W., & Bruggeman, R. (2023). Visual hallucinations in psychosis: The curious absence of the primary visual cortex. *Schizophrenia Bulletin*, 49(Suppl. 1), S68–S81. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac189>
12. Collerton, D., Barnes, J., Diederich, N. J., Dudley, R., ffytche, D. H., Mosimann, U. P., & Thomas, A. J. (2023). Understanding visual hallucinations: A new synthesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 153, 105208. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105208>
13. D'Agnano, D., Lo Cascio, S., Correnti, E., Raieli, V., & Sciruicchio, V. (2023). A narrative review of visual hallucinations in migraine and epilepsy: Similarities and differences in children and adolescents. *Brain Sciences*, 13(4), 643. <https://doi.org/10.3390/brainsci13040643>
14. Christoph, S. E. G., Boden, K. T., Seitz, B., Szurman, P., & Schulz, A. (2025). Understanding the Charles Bonnet syndrome: An updated review. *Brain Research Bulletin*, 210, 111683. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2025.111683>
15. Jones, L., Jolly, J. K., Potts, J., Owen, A. M., & ffytche, D. H. (2025). From research to action: Recommendations for Charles Bonnet syndrome care and policy. *BMJ Open Ophthalmology*, 10(1), e002009. <https://doi.org/10.1136/bmjophth-2024-002009>