

CARTAS AO EDITOR

A senhora que ouvia música tradicional portuguesa: Um caso clínico de alucinação musical idiopática

CATARINA DA COSTA CAMPOS*

Serviço de Psiquiatria do Hospital de Braga

MARIA DO CÉU FERREIRA

JOANA MESQUITA

Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Braga

A alucinação musical (AM) consiste na audição de músicas, melodias, ritmos e/ou timbres que são percebidos na ausência de estímulo acústico¹. O seu conteúdo é geralmente familiar para o paciente (por exemplo, canções da infância, cânticos religiosos)² e, apesar de não terem uma natureza ameaçadora ou assustadora, têm geralmente um impacto negativo no funcionamento do dia-a-dia¹. O início é frequentemente abrupto e por vezes o fenómeno ocorre de forma continuada³. A AM ocorre mais frequentemente no espaço objetivo externo¹, e pode ser repetitiva e estereotipada (AM estável) ou mais elaborada e com tendência a alterar-se (AM complexa)¹.

Pode ocorrer em múltiplos contextos patológicos, tais como na perda adquirida de audição moderada a grave, distúrbios psicóticos ou do humor, lesões cerebrais focais, atrofia cerebral generalizada, epilepsia ou encefalopatia^{1,4}. Outros fatores potencialmente contributivos incluem a idade avançada, o sexo feminino e o isolamento social⁵. Alguns fármacos e substâncias também foram descritos como indutores de AM^{2,4}.

Relato de caso

Senhora de 79 anos de idade que se apresenta em consultas de neurologia e psiquiatria com um historial de 10 anos de AM. Era iletrada, aposentada e completamente independente em todas as suas atividades.

O historial médico relevante incluía hipertensão e bronquite crónica, doenças para as quais se encontrava medicada com um inalador de dose fixa de salmeterol/propionato de fluticasona 25/50 microgramas a utilizar quando necessário (raramente usado), ramipril/hidroclorotiazida 5/25 mg/dia, e lercanidipina 10 mg/dia. Também foi controversamente medicada, a nível dos cuidados de saúde primários, com alprazolam 0,5 mg e lorazepam 2,5 mg uma vez por dia à noite, devido a queixas de insónia secundárias à atividade alucinatória.

A doente descrevia ouvir música tradicional portuguesa e canções da sua juventude desde há 10 anos, e que tal tinha começado de forma abrupta. Por vezes a alucinação assumia uma forma menos organizada, como barulhos e zumbidos indistintos. A atividade alucinatória era mais severa à noite durante os momentos de silêncio (períodos de menor interação e estímulos), e ocorria bilateralmente. A paciente tinha consciência da natureza irreal das suas experiências auditivas anormais, e não existiam evidências de construção delirante secundária. A dificuldade em adormecer por causa da atividade alucinatória era o sintoma que mais a perturbava, e por isso foram-lhe prescritas benzodiazepinas. Não existiam mais queixas associadas. A sua filha tinha um historial idêntico no contexto de perda grave da acuidade auditiva.

A paciente não possuía nenhum antecedente conhecido de alcoolismo, doença cerebrovascular ou história familiar de demência. Não apresentava outros antecedentes psiquiátricos relevantes. Não existia relação temporal entre o início dos sintomas e alterações na terapia medicamentosa.

O exame neurológico não mostrou quaisquer alterações ou défices significativos, além de um estrabismo convergente congénito do olho direito. Não existiam evidências de défice cognitivo ou de perda de audição, nem queixas que sugerissem ataques epiléticos.

Foram realizadas análises sanguíneas (hemograma; ionograma; testes de função hepática, renal e tiroideia; proteína C reativa) e análise à urina, com resultados normais. A pesquisa urinária de drogas de abuso foi negativa para opiáceos, canábis e heroína. Foram realizados um eletroencefalograma, um audiograma e um timpanograma, todos com resultados normais. A ressonância magnética cerebral revelou a presença de alterações isquémicas cerebrovasculares não recentes, envolvendo a matéria branca periventricular e subcortical fronto-parietal, assim como alterações bilaterais a nível estriato-capsular.

Tendo em consideração a frequente refratariedade da AM às abordagens farmacológicas, a idade avançada da doen-

* Correspondência: ana.campos@hospitaldebraga.pt

te, para além das suas comorbilidades médicas, optou-se pela não introdução de medicação psicotrópica. Foram fornecidos conselhos psicoeducativos no sentido de tranquilizar e esclarecer a natureza dos sintomas, aos quais a doente pareceu aceder. Foi feito um ajuste terapêutico da medicação hipnoindutora.

Discussão

O relato de caso descrito é ilustrativo de AM, mas o que o torna peculiar e único é o facto de ser idiopático, uma vez que a doente não apresentava nenhuma diminuição da acuidade auditiva, dano estrutural cerebral relevante, doença psiquiátrica subjacente ou declínio cognitivo sugestivo de demência. É igualmente improvável que a causa esteja relacionada com a medicação, uma vez que não foi encontrada uma relação temporal entre quaisquer medicamentos prescritos e o desenvolvimento da sintomatologia. Desta forma, a doente foi diagnosticada com AM idiopática. Este caso destaca o facto de que a AM é um fenómeno mal compreendido, particularmente na ausência das causas subjacentes mais frequentes.

A sua fisiopatologia não está completamente esclarecida. Os poucos estudos imagiológicos funcionais realizados até ao momento indicam que a AM ocorre em simultâneo com a atividade numa rede extensa de áreas cerebrais, que incluem as áreas da audição e da visão, o córtex motor, os gânglios basais, o tronco cerebral, a protuberância, o tegmento, o cerebelo, os hipocampos, a amígdala, e mesmo o sistema auditivo periférico¹. Na maior parte dos casos de AM, dá-se a libertação de atividade nesta rede musical quando os mecanismos normais de inibição ou de restrição estão enfraquecidos¹. Na perda adquirida moderada ou grave da capacidade auditiva ou na surdez, a situação

clínica mais comumente associada à AM^{1,4}, pode ser considerada análoga às alucinações visuais presentes nos deficientes visuais, conhecida como síndrome Charles Bonnet¹. Em ambos os casos, as redes normalmente envolvidas na perceção musical e visual ativam-se de forma autónoma, na ausência de perceção adequada pelos órgãos sensoriais. Portanto, nestes casos, a AM resulta de um fenómeno de desaferenciação¹.

Na presença de AM, é necessário investigar a existência de uma patologia subjacente que, caso exista, deve ser tratada em primeiro lugar^{1,6}. Nos casos idiopáticos, o facto da causa subjacente ser desconhecida coloca problemas adicionais quanto ao alívio satisfatório destes sintomas. Na ausência de uma causa identificável, o tratamento sintomático poderá envolver a prescrição de anticonvulsivantes, antidepressivos, antipsicóticos^{1,6} ou mesmo inibidores das acetilcolinesterases, como é sugerido pelas evidências recentes⁶.

Porém, a maior parte dos casos de AM parece ser refratária aos métodos de tratamento atuais, especialmente os casos idiopáticos¹. Além disso, é sempre necessário pesar os riscos *versus* benefícios de utilizar estes fármacos e, nos casos idiopáticos, é da maior importância fornecer conselhos psicoeducativos¹, encorajar a interação social, promover as alterações comportamentais e, eventualmente, propor terapia cognitivo-comportamental⁶, apesar de, em alguns casos, a AM poder remitir sem intervenção⁶.

É frequente os doentes recearem ser perçecionados pelos outros como doentes mentais ou como dementes, e, por isso, tendem a esconder estas experiências sensoriais anómalas¹. Desta forma, é muito importante desconfiar da presença destes sintomas, em especial quando o doente apresenta fatores de risco para desenvolver AM.

Bibliografia

1. Blom JD: «Auditory hallucinations», in *Handbook of Clinical Neurology*, Vol. 129, 1.st edition. Edited by G.G. Celesia, G. Hickok. Elsevier, 2015, pp. 433-455.
2. Tomar A, Cheung G. Musical hallucinations induced by drugs. *Int Psychogeriatr* 2007; (19): 1169-1172.
3. Mahendran R. «The psychopathology of musical hallucinations». *Singapore Med J* 2007; (48): 68-70.
4. Evers S, Ellger T. The clinical spectrum of musical hallucinations. *J Neurol Sci* 2004; (227): 55-65.
5. Fischer CE, Marchie A, Norris M. Musical and auditory hallucinations: A spectrum. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; (58): 96-98.
6. Coebergh JA, Lauw RF, Bots R, Sommer IE, Blom JD. Musical hallucinations: review of treatment effects. *Front. Psychol* 2015; (6): 814.