

SINDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

Ana Rebelo

Email:

acd.rebelo@gmail.com

RESUMO

Neste trabalho, procura-se explicar a Síndrome de Gilles de la Tourette sob o ponto de vista psicopatológico.

Relativamente à estrutura, será apresentada num primeiro ponto uma breve visão histórica sobre esta perturbação. Seguidamente, no ponto 2. Será descrito o quadro clínico da doença, bem como os critérios de diagnóstico.

Palavras-chave: Síndrome de la Tourette, perturbação, tiques, psicopatologia

1. BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA

1.1. A origem do nome

Foi aproximadamente em 1885 que o médico francês Gilles de La Tourette (1857-1904), escreveu um artigo, em que descrevia o caso de um indivíduo que desde a infância sofria de movimentos e sons involuntários e compulsão para exhibir rituais invulgares.

A este conjunto de sinais foi dado o nome de Síndrome de Gilles de La Tourette, em sua honra, tendo, com o passar do tempo, sido conhecido apenas como Síndrome de La Tourette.

Todavia, não foi apenas o nome que mudou. A definição desta síndrome e o que hoje sabemos a seu respeito também foi mudando.

1.2. O Mito de Tourette

Tempos houve, em que esta doença era tida como uma maldição e que quem a tinha estava condenado a manifestar comportamentos bizarros até ao fim da vida.

Não é incomum, nos dias de hoje, conhecermos pessoas que, por via de uma informação deficiente, continuam a achar que estamos perante uma doença rara. De facto não é assim, é, pelo contrário, uma das mais comuns. No entanto é por vezes subdiagnosticada ou mal entendida no aspecto neurobiológico. Ainda que a Associação Americana da Síndrome de La Tourette tenha publicado estimativas sugerindo que esta doença afectava apenas 1 em cada 10.000 pessoas, sabe-se hoje que, segundo o DSM-IV no grupo dedicado à prevalência, esta perturbação ocorre em 4 a 5 indivíduos por cada 10.000.

1.3. Para Sempre ou Estádio de Desenvolvimento?

Nos últimos anos, os estudos têm indicado que, na maioria dos casos, as crianças com estes sintomas podem ao fim de alguns anos entrar em remissão, por vezes mais cedo do que se possa pensar. As pesquisas levadas a cabo por Spencer et al (1999) e Leckman et al (1988)¹ mostraram que a maior parte dos jovens portadores desta síndrome, entraram em remissão por volta dos 12 anos.

Estas constatações levam a que não se ponha de parte a hipótese que esta doença poderá ser resultado de uma passagem conturbada em determinado estágio de desenvolvimento psicomotor, usando o conceito de Piaget, eventualmente o operatório concreto, em que a criança está numa fase em que a sua estrutura interna se está a preparar para o momento em que adquirirá as competências próprias do raciocínio hipotético-dedutivo, que adquirirá no estágio seguinte – o operatório formal. Uma descompensação familiar ou traumatismos psicológicos podem ser factores causais (Fonseca, 1987).

2. A SINDROME DE GILLES DE LA TOURETTE

2.1. Quadro clínico

Esta doença está classificada no CID-10 no grupo das Perturbações Emocionais e de Comportamento com Início Habitualmente da Infância e Adolescência, com o código F95.2 e descrita como *Perturbação de tiques vocais e motores múltiplos combinados*.

Sendo a descrição supracitada bastante explícita dos sinais que se podem observar, importa contudo referir que os múltiplos tiques motores e vocais, incluindo coprolalia, podem aparecer em simultâneo ou em diferentes períodos da doença. Numa primeira fase da doença, esta manifesta-se por episódios de tiques simples, normalmente faciais.

A doença manifesta-se quase sempre na infância e adolescência e tem sido observado que é mais frequente em indivíduos do sexo masculino. Os tiques podem ser simples – piscar de olhos ou pigarrear - ou complexos – movimentos faciais, dos membros, ou coprolalia. São movimentos súbitos, rápidos, estereotipados, recorrentes e não ritmados. Situações que provoquem stress podem agravar os sintomas.

Esta perturbação pode estar ainda associada à Perturbação Obsessivo-Compulsiva, podendo o doente apresentar ambas em simultâneo.

Relativamente às causas que podem estar associadas ao aparecimento da doença, para além das descritas no ponto anterior, Fonseca (1987) refere que podem estar relacionadas com modificações nas taxas de dopamina, o que faz com que hajam alterações neurotransmissoras ao nível dos centros extrapiramidais. Esta anomalia pode ficar a dever-se a uma certa vulnerabilidade genética transmitida hereditariamente.

2.1.1. Vias Piramidais e Extrapiramidais

A via piramidal, composta por neurónios que vêm do córtex, caminha pelos cordões lateral e anterior, indo até aos cornos anteriores da medula e tem como função decidir da contracção muscular, mas sem possibilidade de gradação. Comanda, portanto a motricidade *idiocinética*.

A via extrapiramidal é composta por múltiplos feixes neuronais que se dirigem dos centros superiores para a medula e é a responsável pela motricidade *holocinética*, i.e., garante a harmonia dos movimentos.

Ambas as vias confluem sobre o corno anterior da medula, donde sai um neurónio que formará um nervo que se dirige para os músculos. A conjugação das duas resulta num impulso nervoso adequado ao movimento desejado.

Desta forma, havendo uma deficiência ao nível da via extrapiramidal, que como vimos, proporciona a harmonia dos movimentos, não deverá pôr-se de lado a hipótese de esta ser uma possível causa da Síndrome de La Tourette.

2.2. Diagnóstico

Antes de se poder fazer o diagnóstico definitivo de Síndrome de La Tourette, é necessário despistar se os tiques apresentados pelo paciente não ficam a dever-se a outro tipo de perturbação de tiques, a saber:

- Perturbação de Tique Transitório;
- Perturbação de Tique Motor ou Vocal crónica;
- Perturbação de Tiques sem Outra Especificação;
- Perturbação do Movimento Induzida por Fármacos sem Outra Especificação.

Assim, e tal como descrito no DSM-IV, a Síndrome de La Tourette pode ser diagnosticada com segurança se se verificarem os seguinte 5 critérios:

- A. Presença de múltiplos tiques motores e vocais (um ou mais), em simultâneo ou não;
- B. Verifica-se a ocorrência de acessos de tiques várias vezes ao dia, ou durante um período de mais de um ano, sem que haja um período sem tiques superior a mais de três meses consecutivos;
- C. Grande mal-estar e significativo défice social, ocupacional e outros;
- D. A doença manifesta-se antes dos 18 anos de idade;
- E. Não é devida a efeitos fisiológicos induzidos por substâncias ou a um estado físico geral.

¹ Citados em www.tourettesyndrome.net

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association, “DSM-IV”, 4ª edição, Climepsi Editores, Lisboa, 1996.

Fonseca, A. Fernandes da, “Psiquiatria e Psicopatologia – II volume”, 1ª edição, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1985.

Fonseca, A. Fernandes da, “Psiquiatria e Psicopatologia – I volume”, 2ª edição, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1997.

Frances, Allen, Ross Ruth, “DSM-IV: Casos Clínicos, Guia para o diagnóstico diferencial”, 1ª edição, Climepsi Editores, Lisboa, 1999.

www.tourettesyndrome.net, em Dezembro de 1999.