

Fatores Etiológicos nas Oligofrenias

Ana Regina Geciauskas Lage Castillo*

Introdução

O comportamento humano, seu psiquismo, e aqui está incluída a inteligência, são determinados por fatores hereditários e ambientais. Discutível tem sido, ao longo dos séculos, em que grau cada um desses fatores contribui para a expressão do comportamento e da inteligência. Estudos relatam, por exemplo, que 45% a 80% da inteligência, medida por escores de Q.I., são atribuíveis a fatores hereditários (Plomin e DeFries, 1980; Scarr e Carter-Saltzman, 1982 – em Lewis, M., 1992). Até o momento, estes fatores hereditários seriam melhor explicados por modelos poligênicos⁸.

Oligofrenia fica melhor definida não como uma entidade nosológica, mas como um estado de funcionamento intelectual abaixo do normal, condição esta que pode ser devida a uma série de fatores, na maioria das vezes combinados. Tais fatores etiológicos podem ser mais claramente relacionados com retardo mental, como por exemplo em casos de hipotireoidismo congênito, ou mais controversos: a influência das condições de estimulação ambiental sobre o desenvolvimento da inteligência.

O objetivo deste trabalho é classificar etiológicamente os casos de pacientes com retardo mental em uma amostra da população do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo. Para isso, serão consideradas as causas que podem ser mais evidentemente responsáveis pela condição encontrada, oligofrenias de causa orgânica e, onde não estiver claro este tipo de causa, ficarão incluídos os casos de etiologia desconhecida. Nesta última categoria estão: – casos que ficam no extremo inferior da curva normal de distribuição da inteligência, devidos a inteligência constitucional senso lato; – casos em que os instrumentos disponíveis não detectam as causas, embora características do quadro clínico sugiram organicidade; – casos em que não ficou clara, pela análise do prontuário, a etiologia.

Avaliando-se os fatores ambientais envolvidos na etiologia, é importante considerar o instante em que o insulto ocorreu⁴; um dado fator pode levar a uma grave ou a nenhuma deficiência dependendo do tempo em que incidiu (exemplo: rubéola em um feto no primeiro trimestre da gestação ou numa criança eutrófica de 5 anos de idade). Portanto, classicamente, é feita divisão entre os fatores etiológicos em pré-natais, perinatais e pós-natais, que será seguida também neste estudo.

RESUMO

Este trabalho é um estudo retrospectivo, sobre as possíveis causas de retardo mental, realizado através da análise dos prontuários do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP, com hipótese diagnóstica de oligofrenia, associada ou não a outras condições. Foram selecionados todos os casos atendidos em primeira consulta, no período de novembro de 1993 a novembro de 1995 (n=27 pacientes). Classificados, primeiramente, de acordo com o grau de retardo mental em déficit leve (Q.I. entre 70 e 50) e moderado ou severo (Q.I. abaixo de 50) e, a seguir, de acordo com fatores etiológicos pré, peri, pós-natais e etiologia desconhecida. Foram encontrados 48,1% de causas pré-natais, 25,9% perinatais, 7,4% pós-natais e 29,6% desconhecidas. Causas específicas foram encontradas ou suspeitadas em 64,7% dos pacientes com oligofrenia leve e em 80% dos pacientes com oligofrenia maior que leve. Estes últimos dados se aproximam do referido pela literatura. A maior fonte de informações a respeito da etiologia foram dados de anamnese, pouco contribuindo os exames laboratoriais disponíveis, na época da consulta psiquiátrica.

UNITERMOS

Oligofrenia. Etiologia.

* Médica Assistente do Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP e pós-graduanda do Departamento de Psiquiatria (FMUSP).

Entre as causas pré-natais, são incluídos: erros inatos do metabolismo; doenças endócrinas congênitas; síndromes de malformação de causa desconhecida; doenças genéticas e cromossômicas; infecções e fatores teratogênicos (uso de medicamentos, intoxicações e radiação) gestacionais; fatores maternos como abuso e dependência de substâncias, anemia gestacional grave, desnutrição materna, disfunções endócrinas maternas durante a gestação; doenças da placenta e do líquido amniótico. Entre as causas perinatais: anoxia; distocias de parto; toxemia gravídica; pós-maturidade gestacional; prematuridade; infecções perinatais ou neonatais; convulsões neonatais; distúrbios hidroeletrólíticos; eritroblastose fetal; doença hemorrágica do recém-nascido; tocotraumatismos. E finalmente, entre as causas pós-natais: meningoencefalites e outras infecções graves; traumatismos encefálicos; intoxicações; iatrogenias; desnutrição. Também serão apontados e discutidos fatores ambientais e psicossociais⁵.

Segundo alguns autores, uma causa específica pode ser identificada em até 2/3 dos casos de retardo mental. E, quanto mais severo o grau de deficiência cognitiva, mais facilmente se encontra uma causa específica. Por exemplo, uma etiologia pode ser identificada em aproximadamente 80% dos pacientes com retardo mental severo, 50% naqueles com oligofrenia leve, e 25% a 35% em pacientes com inteligência limítrofe (Bregman e Harris, 1995)².

O esforço em se classificar oligofrenias de acordo com a etiologia tem importância em alguns casos potencialmente tratáveis, na antecipação e abordagem das possíveis complicações, aconselhamento genético e avaliação do prognóstico. Em alguns outros países, também tem importância na indicação de aborto terapêutico⁵.

Metodologia

Foram selecionados os casos atendidos em primeira consulta, no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (I.Pq.-HC-FMUSP), dos setores de Psiquiatria Infantil e de Adolescentes e Psiquiatria de Adultos, indistintamente, no período de novembro de 1993 a novembro de 1995, com diagnóstico de oligofrenia.

Realizou-se então uma análise, retrospectiva, dos dados dos prontuários selecionados, com descrição dos itens: idade; sexo; nível sócio-econômico; procedência; exames solicitados e resultados (entre eles, exames laboratoriais, avaliações psicológicas e avaliações médicas outras registradas); condições de nascimento e história de intercorrências relevantes anteriores à

época da consulta; diagnóstico do grau de oligofrenia e de condições associadas. Não é feita referência, de rotina, nos prontuários à raça do paciente e portanto este item não pode ser descrito.

Os dados encontrados nos prontuários são obtidos através de entrevista direta dos pacientes e seus familiares. Nível sócio-econômico é inferido através de dados da entrevista, e na maioria das vezes houve pouca condição de se chegar a uma conclusão neste item, por falta de dados. Com relação a condições de nascimento e outros antecedentes pessoais, foram obtidas informações pelo relato de pais do paciente, em geral; raramente estava anexado um relatório médico do hospital onde nasceu o paciente. Não havia relatório médico de seguimento pré-natal.

Os diagnósticos são dados com base no CID-9, manual classificatório oficial e vigente, até o momento, no país. E foi levada em consideração para a seleção a hipótese diagnóstica levantada pelo médico que o atendeu, que foi coerente, em todos os casos, com os dados de anamnese e os de avaliação psicológica, neste estudo.

Foi feita, a seguir, uma síntese dos dados, buscando-se apontar uma causa específica para o retardo mental em cada caso e relacionando, sempre que possível, com o grau de retardo mental. Para análise, a amostra foi dividida em 2 grupos: 1) Causas encontradas em pacientes com oligofrenia leve (Q.I. entre 70 e 50) e encontradas em pacientes com oligofrenia maior que leve, ou seja, moderada, grave e profunda (Q.I. inferior a 50). Estes 3 últimos subgrupos vistos como um só grupo pois, por dados de literatura⁷, são menos significativas as diferenças entre eles, com relação à etiologia, do que as diferenças entre retardo mental leve e maior que leve. Casos de oligofrenia não especificada foram avaliados à parte.

Resultados

Entre os 27 casos analisados, que compunham esta amostra, foram encontrados 17 casos (63%) de oligofrenia leve, 5 casos (18,5%) de oligofrenia maior que leve e 5 casos (18,5%) de oligofrenia não especificada. Pacientes com idade entre 3 e 39 anos, sendo 15 pacientes (55,5%) do sexo masculino e 12 (44,5%) do sexo feminino. Eram 19 pacientes (70,4%) procedentes da cidade de São Paulo e 8 (29,6%) de outras cidades do Estado de SP.

Outros diagnósticos além de oligofrenia eram frequentes (48,1%), sendo mais comum epilepsia, em 6 casos (2 em oligofrenia maior que leve e 4 em oligofrenia leve). A maioria dos quadros epiléticos foi descrita como com crises tipo Grande Mal; 1 caso foi descrito

como tendo crises atônicas cervicais. Também foi diagnosticado: transtorno hiperativo com déficit de atenção (1 caso), autismo (3 casos), transtorno depressivo (1 caso), transtorno ansioso (1 caso), suspeita de transtorno obsessivo-compulsivo (1 caso) e tricotilomania (1 caso), podendo haver até 3 diagnósticos em um dado caso.

Ainda com relação à idade, havia 20 pacientes (74%) entre 3 e 17 anos de idade e dentre eles 15 (55,5%) com 10 anos ou menos; os restantes entre 18 e 39 anos.

Com relação ao nível sócio-econômico, 7 pacientes (25,9%) viviam em condições regulares a ruins, em geral ruins, muitas vezes com pais com distúrbios (alcoolismo; comportamento agressivo e história de maus tratos ao paciente, 1 era procedente de Instituição – FEBEM; abuso e dependência de outras substâncias além de álcool; 1 pai com transtorno bipolar). Nestes casos, como causas possíveis, eram relatadas na anamnese: hemorragia gestacional e prematuridade, num caso; anemia materna grave e ameaça de abortamento, noutro.

Um outro caso tinha evidências de razoável nível sócio-econômico, com história de hemorragia uterina desde o primeiro mês de gestação, de causa desconhecida.

Não foi possível ter uma apreciação do nível sócio-econômico e condições de vida, nos demais casos.

Entre os exames solicitados estavam, com frequência: eletroencefalograma; tomografia axial computadorizada de crânio; avaliação psicológica; triagem urinária para erros inatos do metabolismo; hormônios tireoidianos; reações sorológicas para toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis, sarampo. Mais raramente foram solicitados: enzimas hepáticas, hemograma, eletrólitos, uréia e creatinina sanguíneas, ácido úrico sanguíneo. E foram solicitadas também avaliações fonoaudiológica, audiometria, neurológica, ortopédica em casos onde se suspeitava de comprometimento nestas áreas ou funções; por exemplo: avaliação fonoaudiológica para um paciente autista, oligofrênico, com comprometimento da linguagem; consulta ortopédica para um paciente com história de cisto ósseo; avaliação neurológica em um caso de história de lues congênita.

Avaliação genética e exames de cariótipo vieram realizados em 2 casos fora do Instituto, casos estes encaminhados para avaliação psiquiátrica.

Avaliação psicológica para confirmação do diagnóstico do grau de oligofrenia e testagem do comprometimento de outras funções psíquicas, avaliação dinâmica do paciente foram pedidas em 17 casos (63%) e, até o momento desta pesquisa, realizadas em 10 (37%).

Alguns exames não tinham resultado quando foi realizada a pesquisa. Mostraram alterações:

1. Alguns exames de tomografia de crânio (em 3 casos), inespecíficos, com alargamento de sulcos, dilatação do sistema ventricular, assimetria ventricular leve (em 1 caso, história de parto prematuro aos 6 meses gestacionais, quadro autístico associado; e outro com suspeita de anoxia neonatal);

2. Eletroencefalograma:

- atividade irritativa difusa (inespecífico) em um caso com história de crises epiléticas tipo Grande Mal;
- atividade irritativa temporal E, e lentificação temporal D em 1 caso com hiperatividade e epilepsia tipo Grande Mal, além de história de meningite neonatal.
- disfunção epileptiforme bifrontal e disfunção córtico-subcortical inespecífica, em 1 caso de oligofrenia profunda e crises convulsivas.
- disfunção córtico-subcortical moderada (inespecífica), em um caso com história de prematuridade (7 meses gestacionais) sem crises epiléticas.

Nos demais casos, ou sem alterações ou sem resultado de EEG.

Com relação a todos os demais exames acima referidos, ou mostraram-se sem alterações ou não levaram à suspeita sequer de alguma causa específica. Este foi o caso, por exemplo, dos exames de reações sorológicas, que muitas vezes apresentavam-se positivos (exceto lues) em sua fração IgG, indicando cicatriz imunológica de um processo infeccioso antigo, pela sua titulação, sem estigmas físicos ou relato em

Grau de Oligofrenia	Causas*			
	Pré-Natais	Perinatais	Pós-Natais	Desconhecida
Leve	9 (33,3%)	4 (14,8%)	1 (3,7%)	5 (18,5%)
Maior que Leve	2 (7,4%)	2 (7,4%)	0	1 (3,7%)
Inespecífico	2 (7,4%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)	2 (7,4%)
TOTAL	13 (48,1%)	7 (25,9%)	2 (7,4%)	8 (29,6%)

* Mais de um fator causal foi observado, ou suspetado, em alguns casos; por exemplo: prematuridade (pré-natal) e septicemia aos 7 meses de idade (pós-natal), com convulsões e coma, em um paciente com oligofrenia leve. Não são incluídos aqui fatores causais de difícil avaliação, e controversos, como condições de vida e estimulação.

anamnese, que pudessem indicar etiologia. Os dados mais ricos nesse sentido foram os relatos de condições gestacionais, de parto e de intercorrências pós-natais.

Em 2 pacientes foi identificada causa cromossômica: Síndrome do "X-Frágil" confirmado por cariótipo e Síndrome de Turner (mosaico 45 0X e 46 XX).

A próxima tabela sintetiza os resultados do trabalho, dividindo em fatores causais pré, peri e pós-natais e causas desconhecidas por grau de oligofrenia, a saber, leve, maior que leve e inespecífico.

Analisando-se a proporção de pacientes com causas identificáveis ou suspeitas, em casos de oligofrenia leve e maior que leve, nesta amostra, encontra-se:

- 11 pacientes com oligofrenia leve, ou seja, 64,7% dos pacientes neste subgrupo;
- 4 pacientes com oligofrenia maior que leve, ou seja, 80% dos pacientes neste outro subgrupo.

Excluíram-se, desta análise, os pacientes com oligofrenia não especificada.

Foram encontrados os seguintes eventos associados com o déficit intelectual, aventados como possíveis causas específicas, computadas na tabela 1.

I. Causas pré-natais:

- Hemorragia intra-uterina recorrente desde o primeiro mês de gestação.
- Sífilis congênita (história relatada pela mãe do paciente).
- Síndrome de Turner.
- Síndrome do "X-Frágil".

II. Causas perinatais:

- Anemia materna grave.
- Prematuridade.
- Distocia de parto e recém-nascido grande para idade gestacional (peso=5.900g).
- Recém-nascido pequeno para idade gestacional.
- Meningoencefalite, septicemia neonatal.
- Anoxia neonatal.
- Pós-maturidade e pré-eclâmpsia.

III. Causas pós-natais:

- Meningoencefalite aos 7 meses de idade.
- Septicemia grave, coma e parada cardíaco-respiratória aos 7 meses de idade.

Discussão

É importante ressaltar as características do Instituto de Psiquiatria, onde foi colhida a amostra estudada, para que se compreenda a avaliação dos

resultados encontrados. Além de Serviço médico de atendimento de nível terciário à população das regiões circunvizinhas à sua localização geográfica, tem interesse nas áreas de ensino e pesquisa, podendo atender pacientes de qualquer região do país ou mesmo de fora dele, em condições especiais. Pacientes com oligofrenia sem complicações psiquiátricas mais importantes são, via de regra, encaminhados a outras Instituições. Isto torna, ou pelo menos pode tornar, a população estudada não representativa da população com oligofrenia no Estado de São Paulo.

O interesse deste estudo limita-se então à população com as características da atendida no I. Pq., e a discussão dos resultados tem o objetivo de ilustrar como se procede à pesquisa etiológica nesses pacientes, o que tem sido encontrado e como ela poderia ser mais frutífera nesses casos.

A maior fonte de informação a respeito de possíveis causas específicas de oligofrenia foram dados de anamnese referidos por pais ou cuidadores dos pacientes. Os exames laboratoriais pouco auxiliaram nesse sentido. Exames de reações sorológicas para infecções de risco durante a gestação não se mostraram úteis. Em casos com estigmas físicos que fizessem suspeitar de uma infecção neonatal precedente, tais exames poderiam ter utilidade em pesquisas com amostras significativas da população; em casos isolados, dificilmente³.

Exames de imagem encefálica e eletroencefalogramas, aqui, foram de interesse para avaliar complicações psiquiátricas ou neurológicas associadas à oligofrenia. Com relação à etiologia, algumas vezes reforçaram a suspeita de causa orgânica envolvida mas não a elucidaram melhor⁴. Outros exames de laboratório e avaliações de outros profissionais e especialistas médicos, embora pudessem determinar causas específicas, excluíram algumas que poderiam indicar tratamento específico (resultados negativos), como no caso de testes endocrinológicos (ex.: função tireoidiana) e triagem de erros inatos do metabolismo.

Dados de literatura indicam que causas genéticas e cromossômicas são bastante raras em nosso meio⁵, com exceção talvez de Síndrome de Down, que não ocorreu nesta amostra. São poucos os Serviços especializados neste atendimento, e não havendo sinais físicos ou ocorrência de oligofrenia de características semelhantes em vários membros de uma mesma família, justificaria-se a ausência de solicitações de avaliação genética nesta amostra. Dois casos, um de síndrome de Turner e outro de síndrome de "X-Frágil", foram encaminhados ao I. Pq. já com estes diagnósticos confirmados.

Como já foi referido, fonte importante de informações foram dados de anamnese. Embora dêem pistas, por vezes, razoavelmente claras a respeito da etiologia (ex.: paciente com desenvolvimento neuropsicomotor

normal até os 7 meses de idade quando apresentou meningoencefalite com regressão no comportamento e atraso no desenvolvimento a seguir) dificilmente podem definir fatores causais. Em parte porque uma injúria do Sistema Nervoso Central, independente de sua gravidade, até certo ponto, não prediz com precisão as complicações futuras; portanto um traumatismo de parto pode não estar relacionado com a oligofrenia encontrada. E, de outro lado, porque é fenômeno corriqueiramente observado, a tentativa, por parte dos pais, de se encontrarem explicações para a deficiência encontrada no paciente; assim é possível que situações irrelevantes durante a gestação e/ou o parto tenham sido supervalorizadas e, numa análise retrospectiva, levado por exemplo à conclusão de anoxia ou sofrimento fetal de outra ordem. De modo que os resultados apresentados devem ser vistos com certa reserva.

Diante de um paciente com oligofrenia, o psiquiatra deve e está, em geral, atento para as possíveis causas envolvidas e que podem determinar tratamento específico e interrupção ou diminuição do ritmo de evolução da oligofrenia, previsão e tratamento de complicações, aconselhamento genético aos pais e paciente, e abordagem global do paciente melhor estruturada, planejada. Para determinação de causas encontradas na população e planejamento de prevenção de oligofrenia, são mais precisos estudos realizados durante a gestação ou perinatais e, quando pós-natais, no momento do insulto, com seguimento prospectivo, pela limitação dos instrumentos de avaliação ao nosso dispor^{1,6}.

ABSTRACT

This is a retrospective study about possible etiologic factors of mental retardation. From november of 1993 to november of 1995 we sought all first admission records whose diagnosis were mental retardation with or without association with other medical conditions in the Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP (n=27 patients). Then

they have been classified at first according to mental retardation's level in mild (I.Q. between 70 and 50) and moderate or severe/profound (I.Q. less than 50) and next according to pre-, peri-, postnatal and unknown etiologic factors. We found 48.1% with prenatal causes, 25.9% perinatal causes, 7.4% with postnatal causes and 29.6% unknown. Specific etiologic factors have been found or suspected in 64.7% patients with mild retardation and in 80% patients with moderate or severe/profound retardation. These data were closed to literature referral. The majority of etiologic factors was provided mainly by means of the psychiatric anamneses; the laboratorial investigation were hardly useful in this way.

KEY WORDS

Mental retardation. Etiologic factors.

Bibliografia

1. AZIZ, K. e col. - Province-based study of neurologic disability of children weighing 500 through 1249 grams at birth in relation to neonatal cerebral ultrasound findings. *Pediatrics*. **95(6)**:837-844, 1995.
2. BREGMAN, J.D. e col. - **Mental Retardation. Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Kaplan, H.I. e Sadock, B.J. Williams & Wilkins. Baltimore, 1995.
3. BRODTKORB, E. - The diversity of epilepsy in adults with severe developmental disabilities: Age at seizure onset and other prognostic factors. *Seizure*. **3(4)**:277-285, 1994.
4. DREWS, C.D. e col. - Variation in the influence of selected sociodemographic risk factors for mental retardation. *Am. J. Public Health*. **85(3)**:329-334, 1995.
5. FONTES, J.A. - **Lesão Cerebral, causas e prevenção**. Brasília, Corde, 1990.
6. KOSKINIEMI, M. e cols. - Long-term outcome after severe brain injury in preschoolers is worse than expected. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* **149(3)**:249-254, 1995.
7. MATILAINEN, R. e col. - A population-based study on the causes of mild and severe mental retardation. *Acta Paediatr.* **84(3)**:261-266, 1995.
8. TANGUAY, P.E. & RUSSELL, A.T. - **Mental Retardation. Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook**. Lewis, M. Williams & Wilkins. Baltimore, 1992.