

Mafalda Maria Martins

Médica Interna de Pedopsiquiatria, Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., Hospital Dona Estefânia, Área de Pedopsiquiatria, Clínica da Encarnação, e-mail: mafalda.martins@chlc.min-saude.pt

Introdução

Um tique é um movimento ou vocalização súbita, rápida, recorrente, não rítmica.

Os tiques podem ser simples (rápidos, sem significado) ou **complexos** (com mais propósito, elaborados ou orquestrados).

As perturbações de tiques diferem entre si no que toca ao tipo de tique presente e duração dos sintomas. No caso do Síndrome de Tourette (ST) existem tiques motores e vocais estando os tiques presentes pelo menos um ano. Além do ST temos, *p.e.*, a Perturbação de Tiques motores ou vocais persistentes e Perturbação Provisória de tiques.

Epidemiologia

4 a 12% das crianças apresentam tiques. É 10 vezes mais provável que as crianças e adolescentes apresentem tiques do que os adultos. **O sexo masculino é mais afetado**, cerca de 3 a 4 vezes mais do que o sexo feminino.

Curso da doença

Na maioria dos casos os tiques flutuam na sua localização, complexidade e as flutuações ocorrem em intervalos irregulares. Isto significa que a **eficácia do tratamento no ST** só pode ser aferida na maioria dos casos após um longo período de observação.

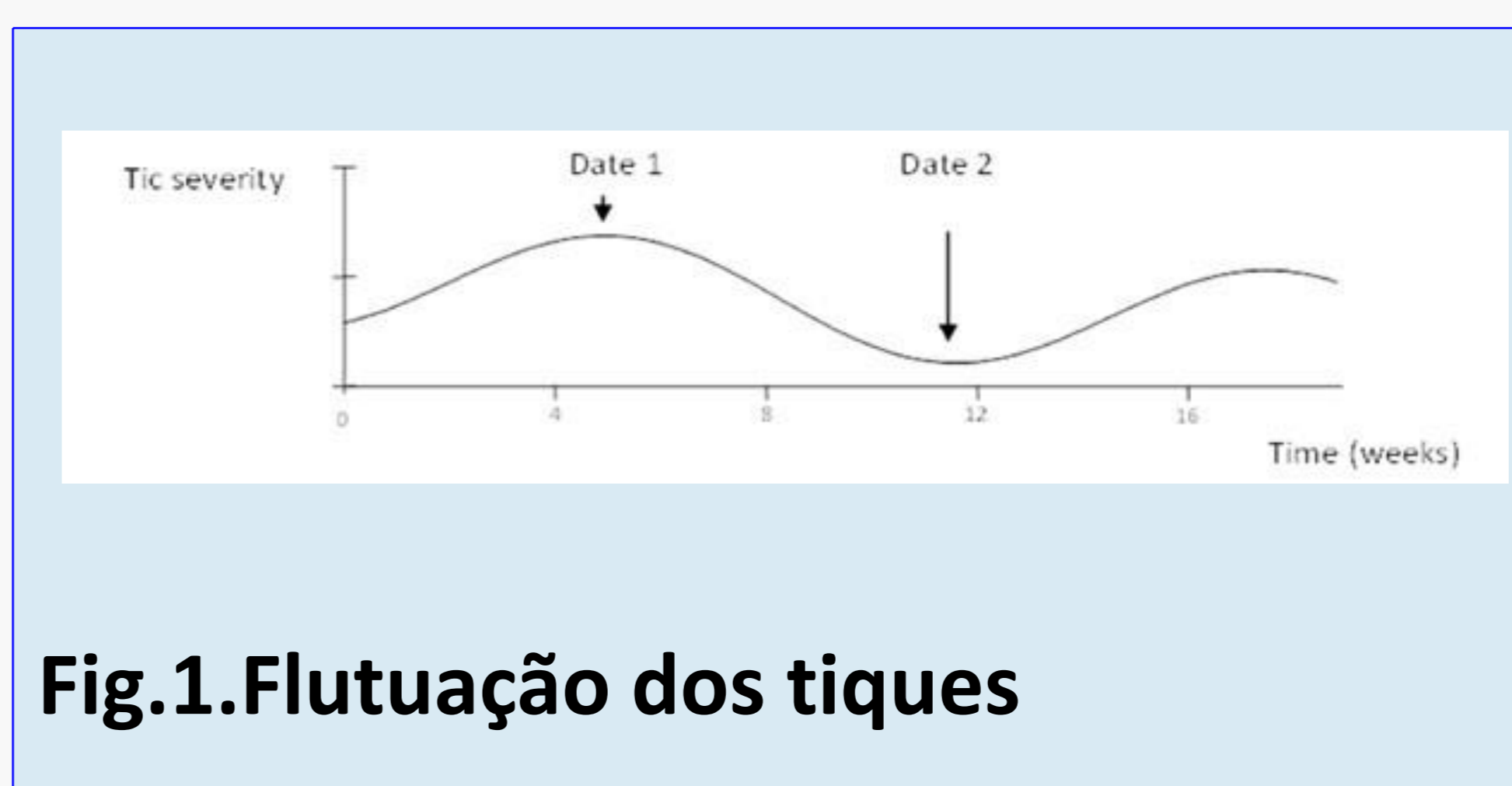


Fig.1. Flutuação dos tiques

Etiologia

Pensa-se que o ST envolve **alterações na sinalização dopaminérgica**. Existe ainda evidência crescente de que o ST é provocado pela desinibição nas vias cortico-estriado-talamo-corticais nos gânglios basais, estriado, e lobos frontais.

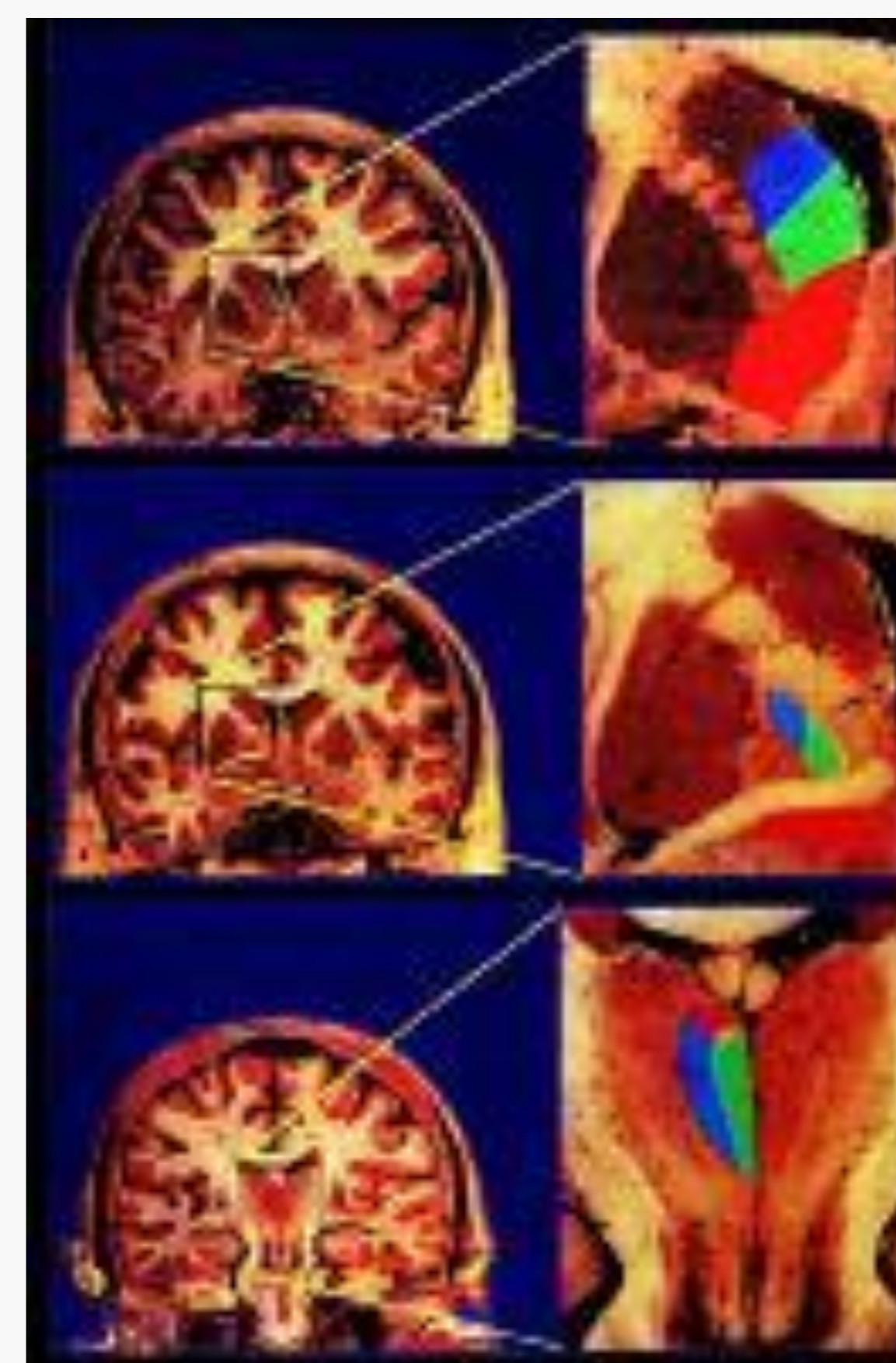


Fig.2 Anatomia das vias fronto-subcorticiais:

dorsolateral (azul), orbitofrontal lateral (verde), e vias anteriores cinguladas (vermelho) no estriado (topo), pallidum (centro), e tálamo mediodorsal (em baixo).

Farmacoterapia

Os tiques ligeiros que não causam incómodo significativo ou interferem com o quotidiano não necessitam de tratamento e apenas requerem apoio e monitorização. O **tratamento de 1ª linha** das crianças e adultos é a terapia cognitiva comportamental, se não se obtiver sucesso, a linha seguinte de tratamento é farmacológica. A **farmacoterapia de 1ª linha** para tiques ligeiros a moderados consiste no uso *off-label* de **agonistas-alfa-adrenérgicos**. Diversos ensaios apoiam a eficácia da clonidina e guanfacina na redução dos tiques. As **benzodiazepinas** também podem ser recomendadas como primeira linha. **Se os agonistas alfa2 não se mostrarem eficazes pode-se recorrer aos neurolépticos** sendo que os antipsicóticos atípicos de segunda geração dada a sua maior segurança vieram substituir os antipsicóticos típicos. O medicamento anti-psicótico mais estudado para o tratamento de ST é a risperidona sendo que a sua eficácia foi comprovada quando em comparação com a pimozida e placebo sendo que ensaios semelhantes revelaram resultados parecidos para a ziprasidona e olanzapina. Um estudo prévio de crianças e adolescentes com ST tratadas com aripiprazole foi promissor.

O **diagnóstico co-mórbido** mais comum nas crianças é a Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) sendo que o metilfenidato, alfa2 agonistas, desipramina e atomoxetina foram eficazes na melhoria de sintomas de PHDA em crianças com co-morbilidade de tiques. Como co-morbilidade frequente destaque ainda para a POC sendo que existe alguma melhoria na POC relacionada com tiques com o uso dos ISRS.

Conclusão

As perturbações de tiques são comuns no neurodesenvolvimento, e é importante entender melhor estas perturbações e suas co-morbilidades, para um tratamento mais adequado e fomentador de um desenvolvimento biopsicossocial adequado.