AFASIA ADQUIRIDA NA INFÂNCIA

ELIANA C. WANDERLEY *

ANTONIO B. LEFÈVRE **

Em livro recente, Hécaen e Angelergues⁴ assinalam que era clássico afirmar que as lesões sofridas na primeira infância só excepcionalmente determinavam desordens afásicas. Por outro lado, há confusão quanto ao termo afasia aplicado a crianças; freqüentemente são descritas como afásicas crianças que apresentam apenas retardo no desenvolvimento da fala, também chamada dislalia de evolução, afasia de evolução, afasia congênita ou defeitos na evolução da linguagem. Estamos de acôrdo com Walther e Collison⁷, que o termo afasia deverá ser reservado para os casos nos quais tenham sido adquiridos prèviamente um pensamento e expressão simbólicos, e tenha ocorrido lesão cerebral demonstrável e não simplesmente uma vaga e não classificada lesão cerebral, seguindo-se perda da linguagem prèviamente adquirida. Afasias em crianças já foram observadas como consequência a lesões infecciosas, traumáticas e tumorais. Um de nós publicou trabalho com 5 casos de afasias adquiridas em crianças; como principais características destacaram-se o déficit na linguagem espontânea, ausência de logorréia e disartria, raridade nos transtornos perceptivos em confronto com os expressivos, sendo os lapsos amnésicos freqüentes, ao contrário do que havia sido observado por Gutman³. Foi notada, ainda, dissociação entre os empregos automático e voluntário da linguagem (sendo o último mais atingido) e relatada uma duração longa dos distúrbios afásicos, com recuperação lenta, principalmente da escrita.

Dada a pequena freqüência com que são descritos casos de afasias adquiridas em crianças, em comparação com o grande número de casos de distúrbios na aquisição da linguagem, julgamos de interesse a apresentação destes dois casos, ocorridos num intervalo de tempo inferior a vinte dias. É claro que o registro de dois casos de afasia em crianças num período assim tão curto decorre de circunstância ocasional, não tendo qualquer significado estatístico.

OBSERVAÇÕES

Caso 1 — D.A.S., sexo feminino, 10 anos de idade, preta (Reg. H.C. 833.280). A paciente foi atingida em 2 de maio de 1967, acidentalmente, por bala de revólver que penetrou pela narina direita indo alojar-se no crânio. Foi encaminhada

Trabalho do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Prof. A. Tolosa): * Médica estagiária; ** Professor de Disciplina de Neuropediatria.

ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, onde radiografias do crânio revelaram estar o projétil alojado profundamente na região parietal esquerda. A paciente permaneceu em observação durante 6 dias, apresentando apenas perturbação da linguagem, motivo pelo qual foi internada na Clínica Neurológica 20 dias depois. Nos antecedentes verificou-se que a criança tinha desenvolvimento psico-motor normal. Estava frequentando escola apenas há 8 meses, quando ocorreu o acidente acima mencionado. Não sabia lêr, sendo apenas capaz de reconhecer as vogais, os números, escrever seu nome e fazer cópias. As ser internada observou-se bom estado nutritivo e pequena cicatriz na asa direita do nariz. Do ponto de vista neurológico foi verificado apenas exaltação simétrica dos reflexos profundos nos membros inferiores, sem qualquer déficit motor. A angiografia pela carótida esquerda resultou normal, não havendo indicação cirúrgica para o caso, dada a localização profunda do projétil na região parietal.

Exame da linguagem — Percepção — Colocamos 20 cartões com gravuras de objetos conhecidos (sapato, casa, bola) diante da paciente e solicitamos que apontasse o cartão que continha uma determinada figura; ela executou corretamente este teste mostrando compreensão da palavra emitida verbalmente pelo examinador, bem como reconhecimento das figuras. Como a criança não sabia lêr anteriormente ao acidente não pudemos pesquisar a percepção da palavra escrita; entretanto ela foi capaz de mostrar corretamente os números, vogais e cores que solicitávamos, demonstrando estar conservada a percepção no grau correspondente ao seu aprendizado anterior ao acidente. *Expressão* — A expressão espontânea da paciente era quase nula. Quando indagávamos seu nome ou idade dizia sempre “não sei”. Quando solicitada a dar os nomes das figuras contidas nos cartões respondia quase sempre “isto é... não sei”. Fato curioso ocorreu ao mostrarmos a figura de um pássaro e indagarmos o que era, ao que a criança respondeu: “é menino... não... ah, ou sei mais eu não falo”. Algumas vezes usava palavras relacionadas com o que lhe era perguntado ou emitia fonemas semelhantes ao da resposta correta: carro — “caso”, avião — “...ão”, sapato — “pé”. Outras vezes podia dizer para que servia este ou aquele objeto, mas era incapaz de dar o seu nome (cachimbo “é de fumar... como chama”, a bola “é de jogar”). Quando solicitada a dizer as vogais, fazia-o de forma automática repetindo sempre a mesma sequência “a, e, i, o, u”, mesmo quando perguntávamos apenas uma. Pedimos que identificasse os números de 1 a 10, tendo a paciente mostrado impregnação pelo teste anterior, repetindo o mesmo automatismo (“a, e, i, o, u”), insistindo novamente ela foi capaz de identificar os números desde que perguntássemos em ordem crescente. Quando perguntávamos os números salteados, a paciente recorria a mecanismos automáticos, contando nos dedos, não conseguindo porém dar a resposta correta; porém, se apresentássemos várias alternativas era capaz de escolher a certa. Quanto às cores, foi capaz de denominar corretamente o preto e o branco, não reconhecendo as outras cores. Examinamos a seguir a expressão pela palavra escrita, exame este muito limitado uma vez que a paciente sabia apenas escrever o seu nome, números e fazer cópias. Quando solicitamos que escrevesse seu nome (Fig. 1 A) conseguiu apenas fazer o primeiro, com o “D” com uma forma bizarra, e com várias incorreções (*Dal*dar em lugar de *Dal*va). Conseguiu copiar (Fig. 1 D) algumas palavras com dificuldade. Ao escrever os números de um a 10 (Fig. 1 B e C), apresentou escrita em espelho de alguns números e omissão de outros.

Evolução — Feito o diagnóstico de afasia de expressão tipo amnésico, a paciente permaneceu internada por dois meses, readquirindo progressivamente a palavra espontânea. No final do primeiro mês já falava corretamente apresentando, inclusive, certa logorréia. A qualquer pessoa menos avisada dava a impressão de não apresentar qualquer distúrbio da linguagem, porém persistia nítida afasia amnésica, pois quando solicitada a dizer os nomes de objetos conhecidos não conseguia lembrar. Oferecendo-se várias alternativas a paciente era capaz de escolher a palavra certa e, inclusive, repeti-la corretamente, sem apresentar qualquer déficit na articulação. Iniciamos a reeducação oferecendo dois objetos para serem denominados, a paciente repetindo corretamente os nomes que lhe

Fig. 1 — Caso 1 (D.A.S.). Distúrbios da escrita verificados nos primeiros exames (25-5-1967): em A, ordem de escrever o nome Dalva sob ditado; em B e C, ordem de escrever os números de 1 a 10 sob comando, não ditado; em D, ordem de copiar o nome e sobrenome.

eram ensinados. Quando aumentávamos para 3 e 4 objetos atrapalhava-se com frequência. Progressivamente foi adquirindo a capacidade de denominar mais objetos, mostrando-se mesmo interessada no aprendizado. Quanto à palavra escrita, readquiriu seus conhecimentos anteriores, sendo capaz de escrever o seu primeiro nome corretamente, enquanto que o segundo nome e o sobrenome fazia-os (Fig. 2 A e B) com separação das sílabas. Pela leitura dos cadernos escolares da paciente anteriores ao acidente, pudemos constatar que ela escrevia "Aparecida dos Santos" separando as sílabas. A escrita em espelho desapareceu rapidamente, sendo capaz de escrever corretamente os números de um a 10 (Fig. 2 c) Uma reavaliação realizada um mês após a alta, com a família orientada para treinar a criança, mostrou sensível melhora, embora ainda persistisse amnésia para algumas palavras. Assim é que das 20 figuras dos cartões não foi capaz de denominar apenas 4 (cesto, orelha, pássaro, cadeira) mostrando porém, que reconhecia as figuras, pois era capaz de dizer, por exemplo, em relação à cadeira: "é isto onde estou sentada, só que não me lembro o nome". Quando a palavra escrita permanecia inalterada, notando-se porém maior facilidade para fazer cópias.

Comentários — Neste caso observamos afasia de expressão tipo amnésico, instalada imediatamente após trauma craniano. Notamos no início da evolução que a percepção era normal, enquanto a expressão espontânea era quase nula, o que ocorre com grande frequência nos distúrbios afásicos das crianças. Por vezes, porém, a paciente mostrava-se capaz de pronunciar frases completas, sem incorreções na construção da frase e articulação das palavras. Pudemos observar também a presença de automatismos: assim é que a paciente conseguia falar os números certos desde que recorresse a mecanismos automáticos, como contar nos dedos; mostrava-se também capaz de reconhecer as vogais, repetindo-as sempre de forma automática em sequência. Outro aspecto, descrito por Allison e Hurwitz² como

A. Dalva op ae ei oi a
 as Pau Les
 B. Dalva op ae ei oi a as Pau Les
 C. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fig. 2 — Caso 1 (D.A.S.). Distúrbios da escrita verificados dois meses após os primeiros exames (25-7-1967): em A e B, ordem de escrever nome e sobrenome, sob comando, não ditado. Os defeitos notados eram semelhantes aos que a paciente apresentava antes do acidente; em C, ordem de escrever os números de 1 a 10 sob comando. Notar o desaparecimento da escrita em espelho.

“perseveração”, também conhecido por “intoxicação por ordens anteriores” (continuação ou recorrência de uma experiência ou atividade sem o estímulo excitante apropriado), foi observada ao passarmos do teste das vogais para o dos números; quando solicitada a dar nome aos números ela continuava repetindo a seqüência das vogais. Foi constatada escrita em espelho dos números, semelhante ao encontrado em crianças que apresentam déficit na aquisição da linguagem — disortografia — fenômeno este decorrente, segundo alguns, de incompleta dominância hemisférica ou de alteração de esquema corporal. Na evolução deste caso notamos que a paciente gradativamente foi readquirindo a capacidade de expressar-se corretamente, persistindo apenas os lapsos amnésicos. Um aspecto incomum foi a constatação de logorréia no final do primeiro mês de evolução, achado freqüente nas afasias amnésicas de adultos e raro em crianças. Rápidamente desapareceu a escrita em espelho, persistindo, ao escrever o nome, a separação das sílabas, e que pudemos constatar ser uma disgrafia espacial, já existente anteriormente ao acidente. O nível escolar da criança era muito baixo, não nos sendo possível colher melhores dados em relação às alterações da escrita.

Caso 2 — L.C.C., sexo masculino, 8 anos, branco (Reg. H.C. 833.047). O paciente foi internado em 15 de abril de 1967 na Clínica Neurológica, com diagnóstico de septicemia e tromboflebite de seio cavernoso direito. A criança vivia no Juizado de Menores, uma vez que o pai era falecido e a mãe alcoólatra. As informações sobre os antecedentes e desenvolvimento psico-motor eram falhas. Não havia freqüentado escola; sabia apenas escrever seu nome e conhecia os números. Em 10-4-1967 o paciente sofreu uma extração dentária e dois dias após apresentou quadro infeccioso, com formação de abscesso local. Iniciado o tratamento, como não melhorasse, foi encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, com quadro de septicemia. Ao exame apresentava-se em mau estado geral, toxemia; adeomegalia generalizada, edema com características inflamatórias na hemiface direita; dispnéia, tiragem intercostal e supraclavicular, estertores crepitantes no hemitórax esquerdo; taquicardia sem sinais de insuficiência cardíaca. O exame neurológico mostrava, nesta ocasião, paciente desperto aparentemente consciente, com déficit motor generalizado, mais intenso no membro esquerdo; os reflexos apendiculares profundos eram exaltados simetricamente, havia Babinski bilateral e paralisia completa do III, IV e VI nervos cranianos à direita. O exame do líquido cefalorraqueano revelou: 282 leucócitos (granulócitos neutrófilos 85%, linfócitos 10%, monócitos 5%), proteínas 29 mg%, cloretos 750 mg%, glicose 60 mg%, cultura estéril. O hemograma apresentava leucocitose com acentuado desvio para a esquerda. O exame radiográfico revelava broncopneumonia com dados radiológicos sugestivos de etiologia estafilocócica. O diagnóstico neurológico foi o de encefalopatia conseqüente a tromboflebite intracraniana. Iniciado, em 16 de abril, o tratamento com antibióticos e enzimas, o paciente obteve melhora, voltando a piorar

depois, a ponto de, no dia 20, não reagir aos estímulos externos, deixando de falar. A seguir, foi melhorando progressivamente o estado geral e o déficit motor, persistindo o quadro de afasia.

Exame da linguagem — Percepção — O paciente foi capaz de reconhecer corretamente, quando solicitado, todas as 20 figuras dos cartões, mostrando excelente percepção não só das figuras, mas também da palavra falada, uma vez que as ordens eram emitidas verbalmente. A palavra escrita não pôde ser testada uma vez que o paciente não sabia ler anteriormente. Foi capaz, entretanto, de identificar corretamente os números e cores. *Expressão* — A palavra espontânea era nula. O paciente não era capaz de expressar-se mesmo por gestos, embora percebesse perfeitamente o que se lhe perguntava; era incapaz, inclusive, de repetir palavras ensinadas. Ao solicitarmos ao paciente que escrevesse seu nome, ele fazia a letra "c", seguida pelo "a" que ficava repetindo estereotipadamente, somente interrompendo quando solicitado, notando-se nítida impregnação por esta letra (Fig. 3 C). Escrevemos o nome do paciente (Luiz Carlos) e solicitamos que o copiasse. Mesmo assim, mostrou o mesmo fenômeno anterior: iniciou pelo "c" (note-se que Carlos é o segundo e não o primeiro nome) e repetiu várias vezes o "a". Mesmo quadro de impregnação notamos quando solicitamos que escrevesse os 1 e 3 (Fig. 3 A e B). Não era capaz de fazer cópias.

Evolução — Progressivamente o paciente foi readquirindo a capacidade de responder afirmativa ou negativamente às perguntas, mediante movimentos da cabeça. A palavra espontânea e provocada permanecia ausente. Persistia o fenômeno de impregnação quando tentava escrever seu nome. Era capaz de escrever os números corretamente até 8, enquanto os números 9 e 10 fazia-os com formas bizarras. Dez dias depois do primeiro exame da linguagem a criança, repentinamente, mostrou-se capaz de responder a todas as perguntas de forma coerente, com articulação correta das palavras, havendo apenas pouca fluência verbal. Três dias após, em nova avaliação, mostrou recuperação completa da expressão pela palavra espontânea e provocada, tendo identificado todas as figuras. Persistia deficitária apenas a expressão pela palavra escrita, não conseguindo escrever o seu nome, mas escrevendo corretamente os números. Alta hospitalar em 9-8-1967 com excelente recuperação motora, já andando sem apoio. De oftalmologia inicial restou

Fig. 3 — Caso 2 (L.C.C.). Distúrbios da escrita verificados nos primeiros exames (25-4-1967); em A e B, ordem de escrever os números 1 e 3 notando-se fenômeno de perseveração no sentido horizontal no número 1 e vertical no número 3; em C, ordem de escrever o nome, notando-se o mesmo fenômeno de perseveração.

apenas uma paresia do VI nervo craniano à direita. Apresentava ainda como seqüela uma osteomielite de mandíbula, já em fase de regressão na ocasião da alta.

Comentários — Neste caso tivemos a instalação lenta de uma afasia de expressão pura, na vigência de um processo infeccioso septicêmico. A expressão espontânea era nula sendo o paciente incapaz, inclusive, de expressar-se pela mímica. Observamos também o fenômeno de perseveração, descrito por Allison e Hurwitz², na escrita dos números e, também, ao escrever seu próprio nome. A recuperação neste caso, como algumas vezes é relatado nas afasias em crianças, foi súbita e quase completa. Persistiu apenas o déficit observado na escrita do próprio nome, o que é compatível com o ceneito já expresso por um de nós (Lefèvre⁶) de que a recuperação das desordens da escrita se faz de forma muito mais lenta, uma vez que é de aquisição mais recente e ainda não devidamente automatizada. Assim, notamos de maneira súbita que o paciente respondia às perguntas que lhe formulávamos com perfeita construção de frases e correta articulação de palavras, o que era incapaz de fazer no dia anterior. Neste caso não observamos logorréia; havia, pelo contrário, pouca fluência verbal, ao nosso vêr de certa forma justificável, ante o baixo nível cultural do paciente.

COMENTÁRIOS

O estudo da afasia em crianças ainda está sujeito a controvérsias devidas não apenas à complexidade do assunto como também à pequena casuística registrada na literatura. Ajuriaguerra e Hécaen¹ discutem o assunto mostrando que ainda há autores que negam a existência da afasia adquirida em crianças ou confundindo-a com a "afasia congênita", expressão imprópria que engloba os vários quadros clínicos relacionados com retardo da aquisição da fala. Lembremos que uma criança pode não falar seja por oligofrenia grave ou por um retardo específico, de evolução benigna caracterizado por lentidão da aquisição da fala, em crianças com inteligência normal. Este quadro clássico clínico descrito por Ingram⁵, com características hereditárias bastante peculiares distingue-se da audimudez pela pior evolução desta. Sabe-se que os audimudos ou adquirem uma fala, bastante defeituosa, muito tardiamente ou mesmo nunca adquirem. É claro que nenhum destes quadros pode ser confundido com a afasia adquirida que acabamos de relatar, e que nas crianças, conforme já referimos em trabalho anterior, tem um aspecto que distingue da afasia do adulto, pois nos jovens pacientes os processos da automatização ainda estão em desenvolvimento, além de que as possibilidades de suplência de outro hemisfério, muitas vezes, estão preservadas como nos dois casos aqui relatados. Em nossos dois pacientes, mais uma vez, pudemos notar a dissociação entre a palavra falada e escrita sendo que, por coincidência, os pacientes tinham educação escolar muito limitada, pois ambos mal começavam a escrever antes de instalada a afasia. A palavra recuperou-se rápida e perfeitamente, enquanto a escrita, menos automatizada, teve recuperação lenta e defeituosa. O segundo paciente apresentou manifestação rara repetindo, estereotipadamente, símbolos gráficos, seja no plano horizontal (ca aaaa ... ou na escrita do número 1) seja no vertical, pois ao escrever o número 3 foi repetindo semicírculos no sentido ventral; distúrbio semelhante foi relatado recentemente por Allison e Hurwitz² em afásicos adultos. O primeiro paciente também apresentou escrita de vários números em espelho, inclu-

sive o 10, que foi escrito 01. Mais uma vez notamos em casos de afasia em crianças que os distúrbios da expressão são predominantes, não havendo quase distúrbios da percepção. Ao contrário de Gutman³, encontramos lapsos de tipo amnésico e logorréia em um de nossos casos no decorrer da evolução.

RESUMO

São relatados dois casos de afasia em menina de 10 anos e menino de 8 anos, conseqüentes a lesão cerebral por projétil de arma de fogo no primeiro caso e septicemia com tromboflebite no segundo. Nos dois casos a evolução foi bastante favorável e ambos os pacientes apresentaram percepção praticamente normal com distúrbios na expressão oral que assumia várias vezes o tipo de lapso amnésico. A expressão gráfica nos dois casos foi mais atingida como conseqüência de estar menos automatizada. O fenômeno da perseveração foi notado na fala no primeiro caso e, na escrita, no segundo. Foi discutida a justificativa do diagnóstico e lembrado o diagnóstico diferencial com outros distúrbios da fala em crianças.

SUMMARY

Acquired aphasia in children: comments on two cases

Two cases of aphasia in children are reported. In the first patient, a girl aged 10, aphasia occurred after a gunshot cerebral wound and in the second, a boy aged 8, there was cerebral thrombophlebitis and septicemia. Both patients had normal perception but presented difficulties in expressive functions, sometimes suggesting amnesic gaps. Graphic expression, less automatic than other forms of expression at their ages, was severely impaired. Perseveration was present in oral expression in the first patient, and in writing in the second. Clinical improvement was good in both cases. Some points of differential diagnosis of aphasia in children are discussed.

REFERÊNCIAS

1. AJURIAGUERRA, J. & HÉCAEN, H. — Le Cortex Cérébral. 2.^a Ed. Masson Cie., Paris, 1964.
2. ALLISON, R. S. & HURWITZ, J. L. — On perseveration in aphasics. *Brain* 90 (Part II):429-448, 1967.
3. GUTMAN, E. — cit. por Ingram⁵.
4. HÉCAEN, H. & ANGELERGUES, R. — Pathologie du Langage. Larousse, Paris, 1965
5. INGRAM, T. T. S. — Paediatric aspects of specific developmental dysphasia, dyslexia and dysgraphia. *Cerebral Palsy Bull.* 2:254-277, 1960.

6. LEVEVRE, A. B. — Contribuição para o estudo da psicopatologia da afasia em crianças. *Arq. Neuro-Psiquiat.* (São Paulo) 8:345-393, 1950.
7. WALTHER, R. & COLLISON, J. — Aphasia in childhood reconsidered. *J. nerv. a. ment. Dis.* 138:293-295, 1964

Clinica Neurológica — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo — Caixa Postal 3461 — São Paulo, SP — Brasil.