

O DEDO EM BAIONETA E O USO DE DROGAS ILÍCITAS

Paulo Borini¹

RESUMO - A prevalência do “dedo em baioneta”, sinal semiológico do distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade (DHDA), foi determinada em pacientes do sexo masculino usuários de drogas ilícitas, internados em hospital psiquiátrico. Grupo controle, pareado quanto ao sexo, idade e classe social, foi selecionado da população geral. O sinal foi observado em 165/345 (47,8%) dos usuários de drogas e 13/50 (26%) dos controles, a diferença sendo estatisticamente significativa. Os portadores da anormalidade têm risco estimado de 2,61, risco relativo de 1,84 e probabilidade de 92,7% de usarem drogas ilícitas. As observações sugerem que, para homens: (1) o DHDA e síndromes correlatas estariam presentes em aproximadamente metade dos casos de usuários de drogas ilícitas e representariam fator de vulnerabilidade para o uso de tais drogas; (2) indivíduos portadores de “dedo em baioneta”, especialmente adolescentes, deveriam merecer especial atenção para prevenção de uso de drogas.

PALAVRAS-CHAVE: dedo em baioneta, distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade, drogas ilícitas, dependência.

Bayonet finger and the use of illicit drugs

ABSTRACT - Prevalence of “bayonet finger”, a semiologic sign of attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), was determined in male illicit drug users, admitted in psychiatric hospital. A control group, paired in sex, age and social status, was built from the general population. The sign was observed in 165/345 (47.8%) drug users and 13/50 (26%) controls, the difference being statistically significant. Bearers of this sign had 2.61 odds ratio, 1.84 relative risk and 92.7% probability for being drug users. The observations suggest that, for males: (1) ADHD and related syndromes should be present in approximately half of illicit drug users and should represent a vulnerability factor for becoming drug user; (2) individuals presenting “bayonet finger”, mainly adolescent, should deserve special attention for prevention of drug use.

KEY WORDS: bayonet finger, attention deficit and hyperactivity disorder, illicit drugs, dependence.

Os médicos têm procurado demonstrar a associação entre o aspecto morfológico, em geral anômalo, do todo ou de partes do corpo, com determinadas doenças. A bibliografia médica tornou-se rica nos chamados “sinais clínicos” que quando presentes, isolados ou associados, funcionam como pistas para o diagnóstico de alteração fisiológica ou patológica. As anomalias morfológicas podem ser hereditárias ou decorrerem de causas nocivas atuando durante o período embrionário ou ao longo da vida.

Mais recentemente, tem havido crescente interesse na possível associação entre anomalias físicas e doenças psiquiátricas. Diversos estudos têm salientado a maior prevalência de pequenas anormalidades físicas e assimetria dermatológica em esquizofrênicos¹ e em portadores de desordem de personalidade esquizóptica que em grupos normais de comparação². Krousc e Kauffman³, observaram que dismorfologia,

na forma de grande número de anomalias físicas mínimas, eram as mais frequentes anormalidades biológicas relatadas na desordem do déficit de atenção.

A origem comum das estruturas anatômicas - crânio, olhos, dentes, mãos, pés, etc - do tecido ectodérmico e do sistema nervoso central (na neuroectoderme embrionária) torna atraente a hipótese de terem origem genética comum os defeitos físicos externos e os distúrbios psiquiátricos. Por outro lado, defeitos físicos podem ter origem em fatores nócicos atuantes após o primeiro ou segundo trimestre da vida fetal e mesmo após o nascimento. Assim, torna-se mais atrativa a possibilidade de que os pequenos defeitos físicos e as anormalidades psiquiátricas resultem da ação combinada de fatores genéticos e ambientais ou então teriam algumas vezes origem genética e algumas vezes origem ambiental. Uma vez formados, os pequenos defei-

Hospital Espírita de Marília e Legião Mirim de Marília SP, Brasil: ¹Professor Assistente da Faculdade de Medicina de Marília, Médico Clínico do Hospital Espírita de Marília.

Recebido 1 setembro 2000, recebido na forma final 22 novembro 2000. Aceito 25 novembro 2000.

Dr. Paulo Borini - Rua Gabriel Monteiro da Silva 40 - 17501-150 Marília SP - Brasil.

tos físicos persistem na vida adulta e são facilmente detectáveis pelo simples exame visual de uma área particular do corpo.

Carl Schneider descreveu o "dedo em baioneta", caracterizado pela curvatura em forma de baioneta de um ou vários dedos de uma ou ambas as mãos como consequência de subluxação da articulação interfalangeana proximal e flexão da articulação interfalangeana distal (Fig 1), em pacientes com síndrome pós-encefálica (epilepsia sintomática ou residual) correlacionada com paralisia cerebral infantil⁴. As manifestações clínicas desta última entidade e as da síndrome de lesão cerebral mínima passaram a ser consideradas formas de apresentações de lesões cerebrais⁵. Posteriormente, as síndromes decorrentes de lesão cerebral mínima foram reunidas sob o rótulo de disfunção cerebral mínima (DCM)⁶, denominação substituída a seguir por síndrome ou distúrbio de hiperatividade e déficit de atenção (DHDA)⁷. É bastante provável que estes termos não sejam sinônimos, pois foram cunhados com base em diferentes conceitos. Entretanto, é possível que eles definam um polimorfismo sintomático, havendo imbricações entre as suas variadas manifestações e expressões clínicas, porém rotuladas por um critério

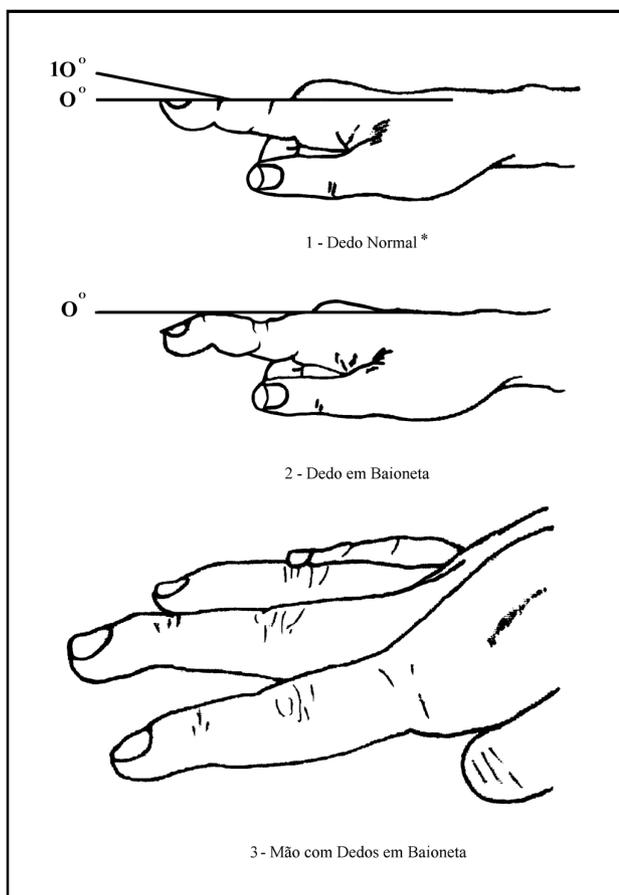


Fig 1. Dedos em baioneta. *Segundo Moreira e Carvalho²⁸.

cardinal. Mesmo existindo desacordo quanto ao diagnóstico, causa e prevalência desta síndrome, o conceito tem evoluído de uma desordem do controle do comportamento com base biológica, a partir de uma condição com disfunção cerebral mínima, para um distúrbio caracterizado por deficiência de atenção⁸. Nesta linha de conceituações, a DHDA seria manifestação de casos leves da síndrome pós-encefálica de Carl Schneider e o "dedo em baioneta" um dos seus elementos exógenos⁴.

Vários estudos, empregando diferentes metodologias, têm estabelecido associações e correlações entre DHDA, uso de álcool e drogas ilícitas e distúrbios psiquiátricos⁹⁻¹².

Neste estudo, apresentamos a prevalência do "dedo em baioneta" em usuários de drogas ilícitas e em controles, assim como procuramos discutir a correlação entre DHDA e uso de tais drogas.

MÉTODO

Trezentos e quarenta e cinco usuários de drogas ilícitas (cocaína, pasta de cocaína ou "crack", cannabinóides ou "maconha" e solventes como tolueno ou "cola de sapateiro"), do sexo masculino, de baixo nível sócio-econômico, que preenchiem os critérios do DSM-IV¹³ para dependência de droga, foram, à medida que se internavam no Hospital Espírita de Marília (durante um período de cerca de 20 meses), examinados clinicamente, tendo sido colocado especial ênfase na verificação da presença de "dedo (s) em baioneta". Foram excluídos os pacientes que faziam uso de drogas por via parenteral, os usuários de álcool e os que apresentavam manifestações psicóticas.

Para comparações, após consentimento e breve entrevista que visou excluir os que apresentavam história pregressa ou atual de uso de drogas ilícitas e de álcool e de doença psiquiátrica, um grupo controle constituído por 50 indivíduos, pareados quanto a sexo, idade e classe social, foi selecionado da população geral.

Todos os indivíduos, pacientes e controles, foram examinados pelo mesmo examinador e não foi observado a ocorrência de doença neurológica ou doença somática com componente neurológico.

Os dados são apresentados como média \pm desvio padrão no texto e nas tabelas. Comparações estatísticas foram feitas pelo teste qui-quadrado com correção de Yates. Adotou-se para análise estatística, o nível de significância de 5%. Foram realizadas medidas de associação e testes diagnósticos (Odds ratio, OR; Valor preditivo positivo, VPP).

RESULTADOS

As características demográficas são apresentadas na Tabela 1. As características raciais dos indivíduos dos dois grupos foram semelhantes e não ocorreu diferença significativa na prevalência do "dedo em baioneta" segundo a cor da pele dos indivíduos.

Tabela 1. Características demográficas dos pacientes e do grupo controle.

Variáveis	Pacientes n: 345	Controles n: 50
Idade	20,7 ± 2,0	20,1 ± 6,6
Cor da pele		
Leucodérmico	191 (55,4%)	25 (50%)
Feodérmico	96 (27,8%)	15 (16%)
Melanodérmico	58 (16,8%)	10 (20%)

Tabela 2. Prevalência do dedo em baioneta em usuários de drogas ilícitas e grupo controle.

Distribuição do "dedo em baioneta"	Pacientes n: 345	Controle n: 50
Quanto à cor		
Leucodérmico	96 (58,2%)	31 (61,5%)
Feodérmico	41 (24,8%)	11 (23,1%)
Melanodérmico	28 (17,8%)	8 (15,4%)
Quanto às mãos		
Em uma		
Um dedo	57 (34,5%)	0 -
Dois ou mais dedos	31 (18,8%)	4 (8,0%)
Em ambas		
Um dedo	108 (65,5%)	3 (6,0%)
Dois ou mais dedos	38 (23,0%)	9 (18,0%)
Prevalência do "dedo em baioneta"	165 (48,7%)	13 (26,0%) *

* $\chi^2_{(19)} = 7,54$; $p = 0,006$; OR = 2,61; RR = 1,84; VPP = 92,7%

O "dedo em baioneta" foi observado em 165/345 (47,8%) dos usuários de drogas e 13/50 (26,0%) dos indivíduos do grupo controle ($\chi^2 = 7,54$; $p = 0,006$). A alteração morfológica estava presente unilateralmente em 34,5% e 0% e bilateralmente em 65,5% e 69,2% dos usuários de drogas e controles, respectivamente (Tabela 2). As prevalências do "dedo em baioneta" em uma ou em ambas as mãos foram significativamente maiores em usuários de drogas que em controles ($p = 0,01$ e $p = 0,02$, respectivamente). O mesmo foi observado com relação ao envolvimento de apenas um dedo de uma ou de ambas as mãos ($p = 0,003$ e $p = 0,0003$, respectivamente). Não se observou diferença significativa entre as prevalências quando havia envolvimento de mais que um dedo em uma ou em ambas as mãos.

O portador de "dedo em baioneta" tem um risco estimado (Odds ratio) de 2,61 e risco relativo (RR) de 1,84 com relação ao uso de drogas ilícitas. A probabilidade dos portadores da anormalidade apresentarem problemas relativos ao abuso de drogas ilícitas é de 92,7%.

DISCUSSÃO

A prevalência da DHDA, em diferentes países, em indivíduos com idades compreendidas entre 5 anos e 16 anos, tem variado entre os limites de 0,5% e 17,8%. No Brasil, encontrou-se prevalências de 3,5% a 3,9% em escolares da primeira série do primeiro grau e 5,8% em escolares com idades entre 12 e 14 anos¹⁴. Mostrou-se que os sintomas de hiperatividade e impulsividade tendem a declinar em taxas mais altas e em idade mais baixa que os de desatenção¹⁵. Tem sido observado também, em estudos de seguimento de crianças com DHDA, a persistência do diagnóstico em até 70% dos casos na adolescência¹⁶ e até mesmo em adultos⁷. Há persistência, no indivíduo adulto, do padrão cognitivo e da ocorrência de co-morbidades psiquiátricas detectados em crianças com DHDA¹⁷. As crianças com DHDA apresentam risco aumentado de desenvolverem outras doenças psiquiátricas, em especial, a depressão¹⁷ e abuso ou dependência de drogas na adolescência e vida adulta¹⁸. Embora ainda seja discutido se a DHDA por si só constitua fator de risco para o uso de drogas ilícitas, vários estudos têm revelado que é muito frequente a co-morbidade de DHDA e transtorno de conduta e transtorno de oposição desafiante que, por sua vez, associam-se ao abuso e dependência de drogas^{14,19}. Os portadores de DHDA podem na adolescência e vida adulta, sob a influência de fatores de índole psíquica ou sócio-cultural apresentarem distúrbios do comportamento e de personalidade⁴, bem como, com muita frequência apresentarem manifestações de baixa auto-estima em decorrência dos sentimentos de frustrações e fracassos nos estudos, na profissão e nos relacionamentos²⁰. Por outro lado, têm sido constatadas elevadas taxas de co-morbidades psiquiátricas em dependentes de substâncias psicoativas^{21,22}, muitas delas, como os transtornos depressivos, antecedendo a instalação da farmacodependência²². O portador de "dedo em baioneta" tem um risco estimado de 4,3 e a probabilidade de 85% de desenvolver distúrbios psiquiátricos genericamente reunidos sob o rótulo de psicoses²³. Estudos longitudinais, envolvendo população geral, apontam para uma maior frequência no aparecimento de abuso de drogas em indivíduos que previamente apresentavam sintomas disfóricos^{24,25}. Estas observações têm servido de subsídios para a hipótese da automedicação na gênese das farmacodependências²⁴.

A prevalência do "dedo em baioneta" no grupo de usuários de drogas ilícitas (47,8%) foi muito mais elevada que no grupo controle (23%) e também

maior que a observada entre alcoolistas e pacientes com distúrbios psicóticos²³. Os dados deste estudo são compatíveis com a hipótese de que há uma maior prevalência de DHDA ou síndromes correlatas em usuários de drogas ilícitas que em indivíduos não-usuários. Assim, é plausível admitir que a DHDA e síndromes correlatas constituam condições subjacentes ou fatores de vulnerabilidade para o uso de drogas ilícitas em cerca de 1/2 dos casos de usuários e que fatores biológicos ou psicossociais, isolados ou associados, sejam responsáveis por este risco aumentado.

Revisão do estado atual das pesquisas tem evidenciado que os pequenos defeitos físicos têm sido encontrados com elevada frequência em várias doenças (autismo, epilepsia, alterações da fala e da audição, incapacidade de aprendizagem, retardo mental, alterações da coordenação motora, síndrome alcoólica fetal, paralisia cerebral e esquizofrenia). Assim, mesmo considerando que o "dedo em baioneta" tenha sido descrito em indivíduos com DHDA ou síndromes correlatas e que não esteja incluído entre as várias alterações morfológicas, especialmente das mãos, observadas nas doenças acima citadas^{26,27}, fica difícil estabelecer a especificidade desta anomalia física para tal doença. A favor da inespecificidade da anomalia está a observação de prevalência relativamente elevada (45%) em pacientes com psicose.

Como em outros estudos semelhantes a este, o exame dos indivíduos nele envolvidos não pode ser feito "cegamente" com respeito ao status de pacientes versus não-pacientes. Mesmo considerando esta e outras limitações deste estudo (estratificação sexual e condição sócio-econômica da amostragem) e, ainda, considerando que estudos mais minuciosos e investigações mais aprofundadas se fazem necessários para esclarecer a natureza das relações que têm sido observadas entre co-morbidades e a extensão de suas implicações, os dados deste estudo permitem que se faça algumas colocações: 1) a identificação de um sub-grupo de usuários com co-morbidade implica na possibilidade de diferente história natural e diferente tratamento. 2) Os baixos índices de eficácia observados no tratamento de usuários de drogas poderiam, ao menos parcialmente, ser atribuído à desatenção com relação à co-morbidade psiquiátrica associada. 3) Indivíduos com "dedo em baioneta", especialmente no início da adolescência, deveriam merecer atenção especial por parte dos programas preventivos relacionados ao uso de drogas ilícitas, submetendo-os a testes que identifiquem co-morbidades e distúrbios da personalidade e do comportamento.

Agradecimentos - Agradecemos ao Prof. Dr. Romeu Cardoso Guimarães pela revisão do texto e ao Dr. Francisco Samuel de Almeida, Diretor Executivo da Legião Mirim de Marília.

REFERÊNCIAS

- Murphy KC, Owen MJ. Minor physical anomalies and their relationship to the aetiology of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996;168:139-142.
- Weinstein DD, Diforio D, Schiffman J, Walker E, Bonsall R. Minor physical anomalies, dermatoglyphic asymmetries, and cortisol levels in adolescents with schizotypal personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:617-623.
- Krout JP, Kauffman JM. Minor physical anomalies in exceptional children: A review and critique of research. *J Abnormal Child Psychol* 1982;10:247-264.
- Fontana MCPS. O valor clínico do dedo em baioneta. São Paulo: Educ, 1996.
- Knobloch H, Pasamanick B. Syndrome of minimal cerebral damage in infancy. *JAMA* 1959;170:1384-1387.
- Mackeith RB, Bax M. Minimal cerebral dysfunction. London: National Spastic Society, 1963.
- Wender PH, Reimher FW, Wood DR. Attention deficit disorder ("Minimal brain dysfunction") in adults - a replication study of diagnosis and drug treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:449-456.
- Douglas VI. Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Can J Behav Sci* 1972;4:259-282.
- Barkley RA, Grodzinsky GM. Are tests of frontal lobe functions useful in the diagnosis of attention deficit disorders? *Clin Neuropsychologist* 1994;8:121-139.
- Biederman J, Faraone SV, Mick E, Moore P, Lelon E. Child Behavior Checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:734-742.
- Disney ER, Elkins JJ, McGue M, Iacono WG. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 1999;156:1515-1521.
- Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorders in adults. New York: Oxford University Press, 1995.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4Ed. (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Rhode LA, Busnello E, Chachamovich E, Vieira GM, Pinzon V, Ketzner CR. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. *Rev ABP-APAL* 1998;20:166-178.
- Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry* 2000;157:816-818.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:546-557.
- Biederman J, Faraone SV, Spencer T, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150:1792-1798.
- Horner BR, Scheibe KE. Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:30-36.
- Mac Donald VM, Achenbach TM. Attention problems versus conduct problems as six-year predictors of problems scores in a national sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1237-1246.
- Cabral SB. Distúrbio do déficit de atenção (DDA): uma revisão. *Rev Bras Neurol Psiquiatr* 1999;3:53-58.
- Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff BA, Gawin F. Psychiatric diagnosis of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:43-51.
- Silveira DX, Jorge MR. Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:145-151.
- Borini P. Prevalência do "dedo em baioneta": uma manifestação do distúrbio de hiperatividade e déficit de atenção entre alcoolistas e psicóticos do sexo masculino. *Arq Neuropsiquiatr* 1999;57:225-232.
- Deykin ET, Levy JC, Wells L. Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *Am J Public Health* 1987;76:1785-1821.
- Kandel DB. Epidemiologic and psychosocial perspectives on adolescent drug abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:328-347.
- Lohr JB, Flynn K. Minor physical anomalies in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Bull* 1993;19:551-556.
- Ismail B, Cantor-Graae E, McNeil TF. Minor physical anomalies in schizophrenic patients and their siblings. *Am J Psychiatry* 1998;155:1695-1702.
- Moreira C, Carvalho MAP. Exame físico do sistema osteoarticular: punhos e mãos. In López M, Medeiros JL (eds). *Semiologia médica*, 2.Ed. Belo Horizonte: Atheneu/Interminas, 1988;1343-1350.