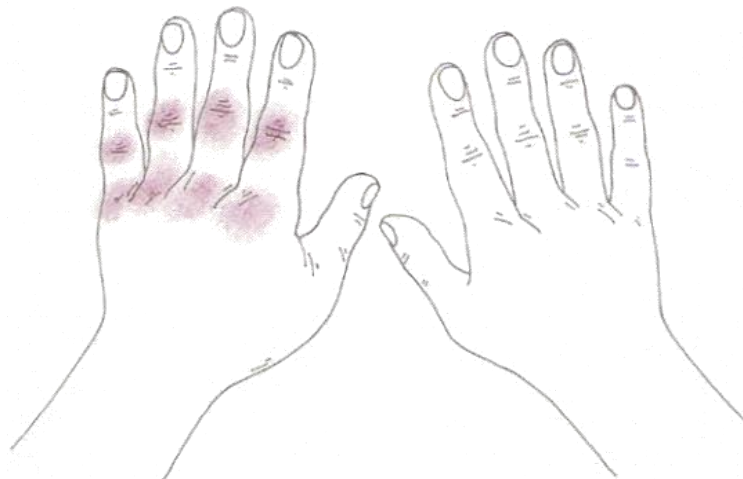


DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA NAS MÃOS



DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA

DEFINIÇÃO:

A distrofia simpático reflexa (DSR) é uma condição caracterizada por dor em queimação, edema ou inchaço, e alteração da coloração da mão. Também chamada mais recentemente como “dor de manutenção simpática” e inclui outros diagnósticos como causalgia, distrofia de Sudeck, e síndrome ombro-mão. A DSR ocorre devido a um distúrbio no sistema nervoso simpático, um sistema ou rede de nervos de estímulo autônomo e inconsciente que controla o fluxo sanguíneo e também a atividade das glândulas sudoríparas (suor) da mão e do braço. Quando este sistema repentinamente torna-se hiper-ativo, ocorre uma dor em queimação na mão associado a intenso inchaço e suor quente. Se não tratada, a DSR pode causar rigidez e dificuldade extrema do uso da mão.

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

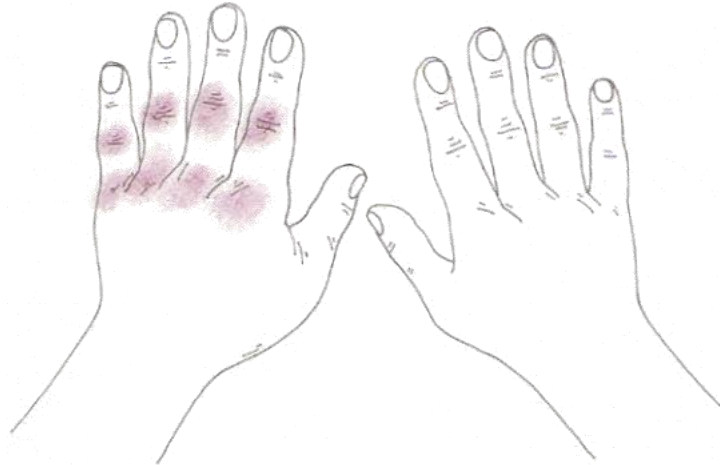


Fig. 1: Exemplo clássico de uma mão com a fase inicial de distrofia simpática reflexa.

CAUSAS:

Em alguns casos a causa da Distrofia Simpática Reflexa é desconhecida, mas freqüentemente é causado por uma lesão traumática na mão, punho, antebraço, cotovelo ou em qualquer segmento do membro superior. Os sintomas também podem aparecer após um procedimento cirúrgico, principalmente na mão ou punho. Outras causas incluem a compressão de um nervo da mão, infecção, câncer, problemas cervicais, derrame cerebral etc... Estas condições podem causar dor no membro superior e desencadear os sintomas da Distrofia Simpática Reflexa. As lesões nervosas podem modificar o trajeto pelos quais os impulsos nervosos são emitidos, ocasionando um “curto-circuito” (fig 2)

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

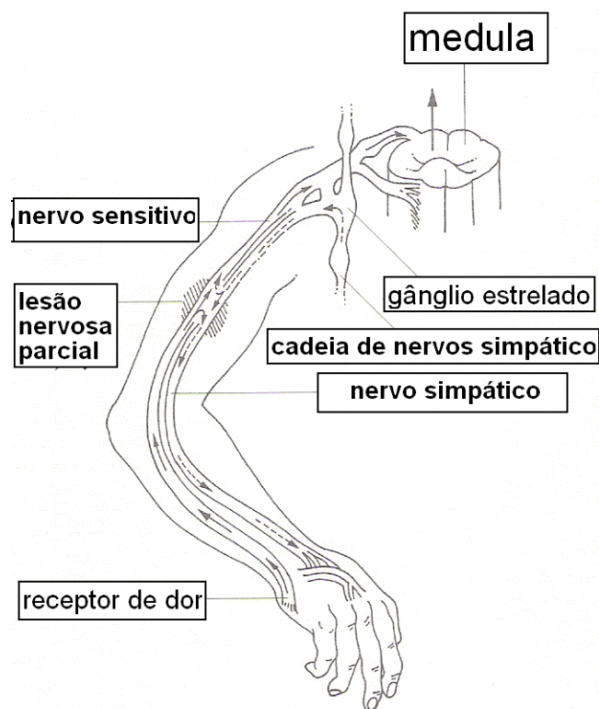


Fig. 1- Esta figura demonstra que uma lesão nervosa pode causar um “curto-circuito” no sistema nervoso resultando em hiper-atividade simpática e conseqüente sintomas da DSR.

SINAIS E SINTOMAS:

A dor usualmente associada à Distrofia Simpática Reflexa é descrita como dor em queimação. A presença de edema excessivo, associado à dor resulta em rigidez articular. A Distrofia Simpática Reflexa apresenta três fases:

· Fase 1 (aguda) - Pode durar até três meses. Os sintomas incluem dor, inchaço, aumento de calor na parte afetada e suor excessivo. Pode haver o crescimento mais rápido das unhas e pelos da mão. Outra característica importante é a dor ao movimento das articulações da mão afetada.

· Fase 2 (distrófica) - Pode durar de três a doze meses. O inchaço é mais constante, as pregas cutâneas da mão podem desaparecer, a temperatura da pele torna-se menos quente, e as unha tornam-se quebradiças. A dor é mais difusa, a rigidez articular aumenta e a parte afetada torna-se muito sensível ao toque.

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

Fase 3 (atrófica) - Ocorre após um ano. A pele na área afetada agora é pálida ou descorada, seca e brilhante. As articulações da mão estão extremamente rígidas, a dor é menos intensa e a recuperação da mobilidade articular é menos provável.

DIAGNÓSTICO:

O diagnóstico é realizado quando estão presentes pelo menos três dos seguintes sintomas: dor excessiva, sinais de alteração circulatória, edema, rigidez articular e alterações cutâneas. Pode ser confirmado com exames como a cintilografia óssea.

TRATAMENTO:

O mais importante para o sucesso do tratamento é o diagnóstico precoce. Três formas de tratamento podem ser necessárias: medicação, fisioterapia e cirurgia. Para reduzir os sintomas e bloquear os estímulos simpáticos, pode ser necessária a injeção de anestésicos locais no gânglio estrelado (fig 2). Também pode ser realizada a colocação de um torniquete na base do braço e uma medicação vasodilatadora é injetada em uma veia do membro afetado junto com um anestésico local. A fisioterapia tem um importante papel no tratamento da Distrofia Simpática Reflexa, na recuperação dos movimentos e também no alívio da dor. Ocasionalmente pode ser indicada uma cirurgia para tratamento de uma lesão ou compressão nervosa e também para ganho de mobilidade articular

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

Saúde: Distrofia Simpático Reflexa (DSR)

Saúde: Distrofia Simpático Reflexa (DSR)

A **distrofia simpático-reflexa (DSR)** é um distúrbio doloroso complexo, que se apresenta com uma dor intensa e persistente, em um dos braços. A dor é associada à queimação, disestesia, parestesia e hiperalgesia ao frio e sinais clínicos de disfunção do sistema nervoso autônomo (cianose, edema, frio e alteração de transpiração local).

Esta doença complexa vem recebendo diversas denominações, tais como, algodistrofia, causalgia, atrofia de Sudeck, síndrome ombro-mão, neuroalgodistrofia, distrofia simpática pós-traumática ou síndrome dolorosa regional complexa tipo 1.

Atualmente, há grande controvérsia a respeito da origem da DSR. Alguns autores acreditam que esta doença é decorrente de um mecanismo neuronal reflexo após um evento de trauma físico (batida, acidente etc), levando à percepção anormal da dor. Em mais de 60% dos casos, descritos em adultos, há história efetiva de um trauma. Mas a DSR ocorre também mais frequentemente em adultos, que sofrem um trauma psicológico, mas já tinham uma instabilidade emocional, depressão, mania e insegurança. Esse quadro de DSR pode surgir em crianças que apresentam um perfil de perfeccionista e empreendedora, e o quadro pode ser precedido ou agravado por fatores estressantes, próprios da idade, como desavenças entre os pais ou morte de familiares, início na escola, etc.

O quadro de DSR pode não vir sozinho, mas, pode estar associado a outras dores com disfunção do sistema nervoso autônomo, tais como: enxaqueca, síncope, fibromialgia e dor abdominal. O envolvimento de membros inferiores se bem que mais raro, também pode ocorrer com as mesmas características dos membros superiores associado, porém, à incapacitação de deambulação. Também existe o trauma físico e o emocional e a presença de um inchaço que dificulta o diagnóstico vasomotor, que se manifestou como aumento de temperatura em dois membros acometidos, diminuição de temperatura em um, eritema fixo em dois, cianose e sudorese em um. Três pacientes apresentavam também dormência e parestesia no local afetado. Assim, como na maioria das síndromes dolorosas os exames laboratoriais geralmente são normais. O tratamento é feito com antiinflamatórios não-hormonais (AINH) (ácido acetilsalicílico, endometacina, ibuprofeno ou naproxeno) associados a sessões de fisioterapia. Quando necessário é recomendado o uso de anti-depressivo para aliviar a dor que é muito semelhante à fibromialgia.

I. Karacan e colaboradores, fisiatras, da Universidade de Istanbul, Turquia, estudaram 32 pacientes adultos, com a DSR, sendo que 20 pacientes (62,5%) tinham perda de massa óssea na mão afetada e 11 pacientes (34,4%) somente na mão afetada do lado da dor e 9 pacientes (28,1%) nos dois lados. Os autores observaram que no lado não afetado o grau de osteoporose é menor e a osteoporose nos ossos da bacia e da coluna desses pacientes tem perdas ósseas correspondentes ao tempo de queixas da dor da DSR.

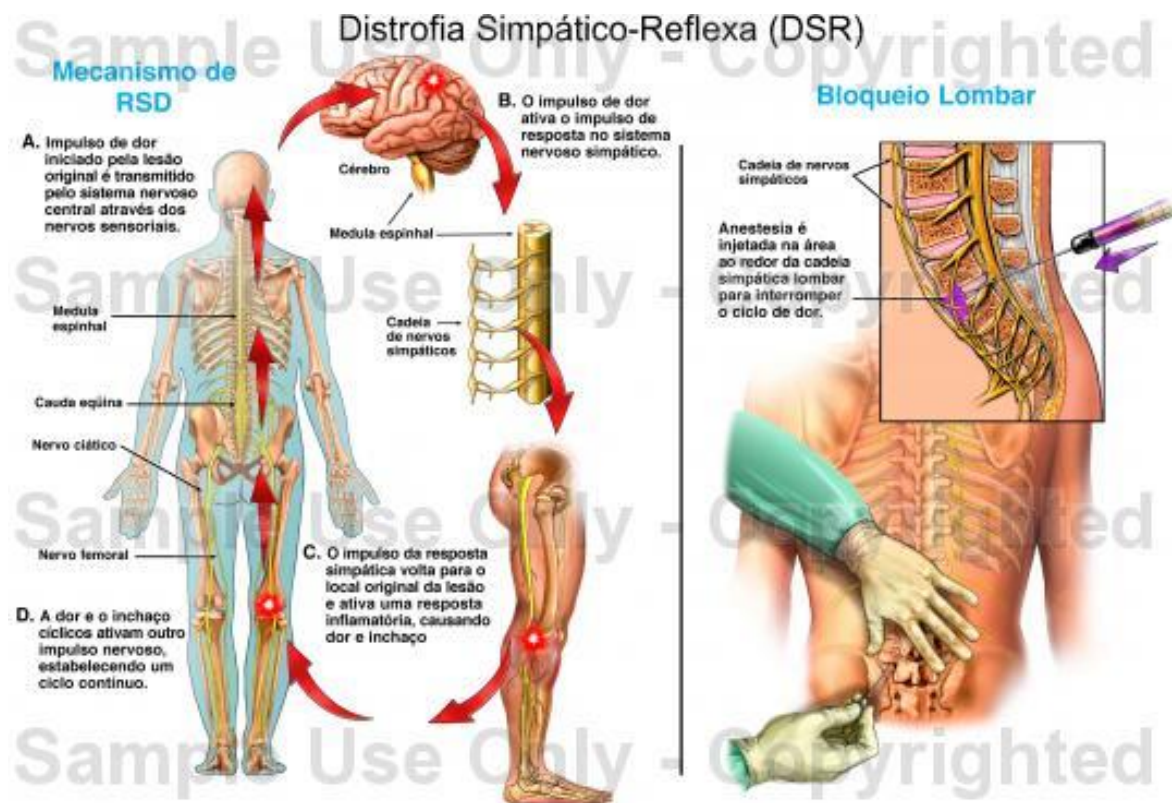
Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

Os autores chamam a DSR como síndrome de Sudeck ou como recomenda a Associação Internacional de Estudo da Dor de síndrome dolorosa regional complexa tipo 1.

Fonte: Revista de Atualização Médica



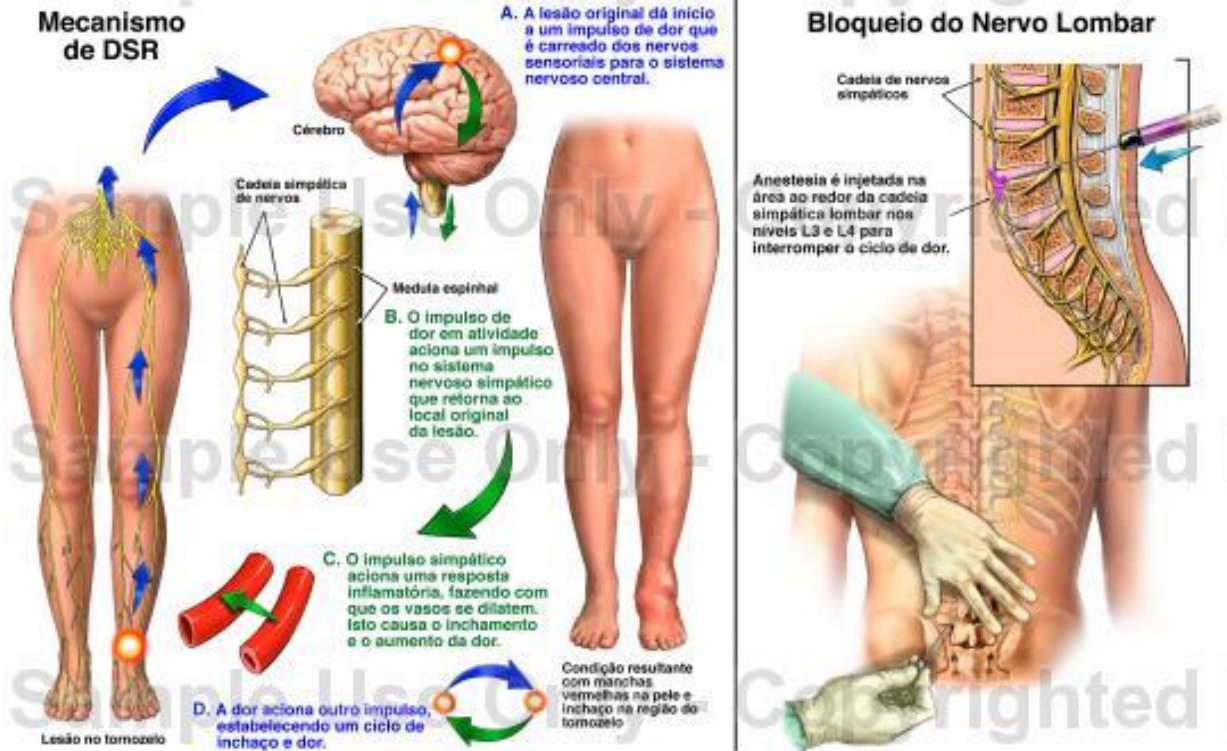
Mecanismo da distrofia simpático-reflexa (DSR) da perna direita com cirurgia de bloqueio da cadeia simpática lombar. O caminho da dor da DSR se origina aqui na perna, percorrendo o nervo ciático para a medula espinhal até o cérebro, ativando uma resposta inflamatória simpática na perna, resultando em dor e inchaço. Também é exibido o gânglio da cadeia simpática na região da espinha lombar e do saco, com anestésico sendo injetado na região de L1 e S1 para interromper o ciclo de dor

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

Lesão Traumática da Perna com Distrofia Simpático-Reflexa (DSR) Resultante



A distrofia simpático reflexa (DSR) ou síndrome dolorosa regional complexa tipo I é uma síndrome dolorosa descrita com uma resposta exagerada de uma extremidade a uma injúria. Manifesta-se como dor intensa e prolongada, distúrbios vasomotores, recuperação funcional tardia e alterações tróficas.

No estágio I (0-20 semanas do início dos sintomas) observa-se um aumento nas três fases da cintilografia óssea, principalmente nas regiões peri-articulares. No estágio II (após 20-60 semanas) o fluxo sanguíneo e a permeabilidade capilar são normais e ainda se observa hipercaptação do traçador principalmente nas regiões peri-articulares. No estágio III (após 60-100 semanas) as três fases encontram-se normais.

Os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo da cintilografia óssea trifásica na avaliação da DSR são respectivamente 54-100%, 85-98%, 67-95% e 61-100%.

Os resultados mostram que os recursos utilizados no tratamento são a mobilização precoce, as atividades funcionais, as órteses, o stress loading, entre outros, que têm a finalidade de promover o restabelecimento da função do membro superior e buscar a autonomia e independência do indivíduo. Por meio da pesquisa conclui-se que a precocidade da intervenção multiprofissional assegura bons resultados ao tratamento e evita a evolução para os estágios seguintes e, conseqüentemente, o prolongamento dos sinais e sintomas. Conclui-se ainda que o terapeuta de mão desempenha um papel importante desde a prevenção até o estágio final do tratamento de pacientes com síndrome dolorosa regional complexa do tipo I, já que esta pode levar a uma grande limitação funcional do membro superior

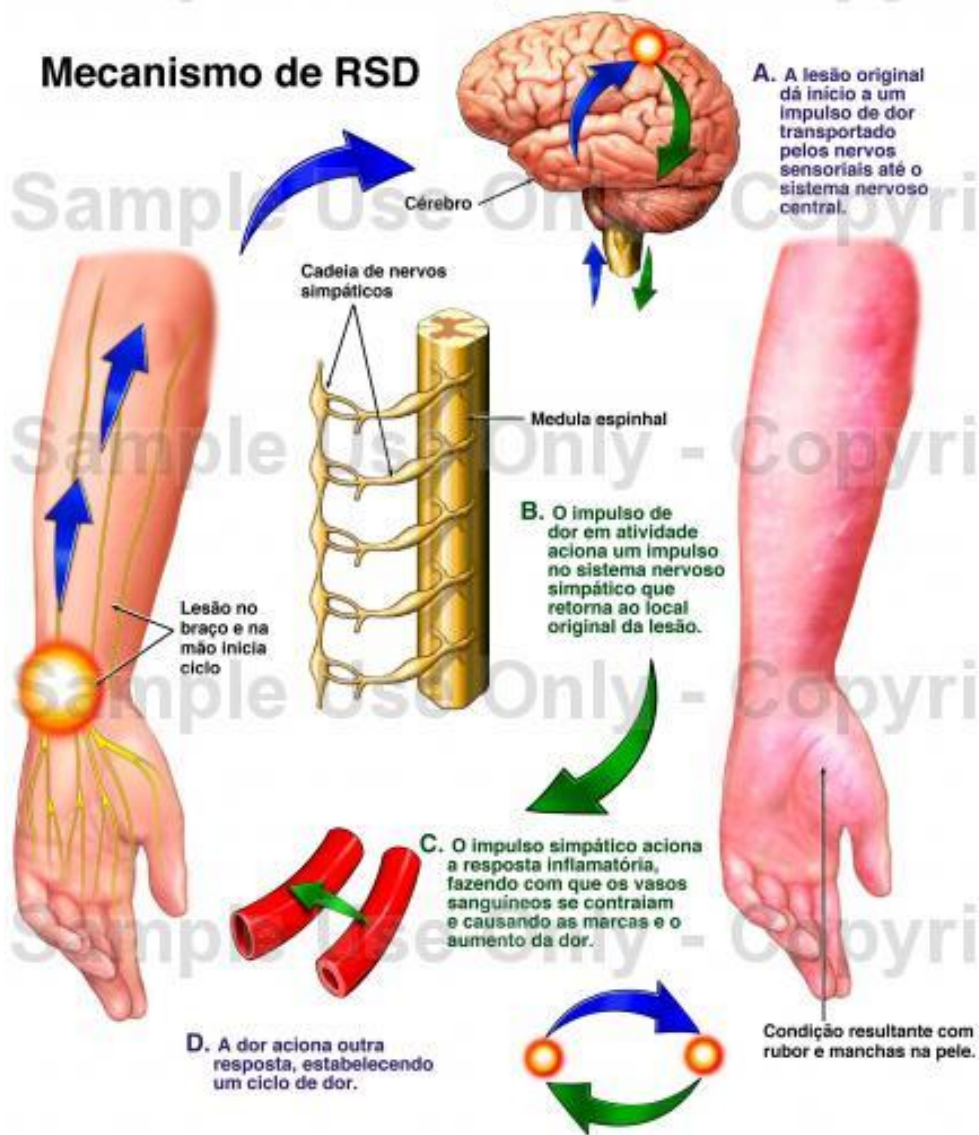
Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

Distrofia Simpático-Reflexa (DSR) Pós-traumática da Extremidade Superior e da Mão

Mecanismo de RSD



Distrofia Simpático Reflexa e Causalgia estão classificadas dentro das chamadas **Síndromes da Dor Pós Traumática** - uma das entidades clínicas menos compreendidas na medicina.

A falha no diagnóstico dessas entidades cria dificuldade na instituição do tratamento apropriado.

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

A confusão é gerada em virtude de existirem na literatura médica mais de 30 termos para designar pequenas variações destas síndromes (DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA, SÍNDROME DA DOR PÓS TRAUMÁTICA, OSTEOPOROSE DOLOROSA PÓS TRAUMÁTICA, DISTROFIA SIMPÁTICO PÓS TRAUMÁTICA, NEURALGIA TRAUMÁTICA, CAUSALGIA, SÍNDROME DE SUDECK, SÍNDROME OMBRO-MÃO, ETC.)

Todas estas denominações têm em comum a **dor desproporcional, disfunção simpática, recuperação funcional tardia e alterações tróficas.**

A partir de 1994, de acordo com a classificação de dor crônica da IASP (ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA ESTUDO DA DOR) classificou-se em **SÍNDROME COMPLEXA DE DOR REGIONAL - SCDR tipo I (DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA)** e **SCDR tipo II (CAUSALGIA)**.

DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA - SCDR TIPO I

Na DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA, lesões leves a moderada das extremidades ou em áreas distantes da zona de distrofia precedem o aparecimento dos sintomas, não apresentando distribuição metamérica. Não se verifica lesão de um nervo específico nos estudos eletrofisiológicos e o quadro clínico caracteriza-se por uma gama de **sintomas sensoriais motores e disautonômicos, acompanhados de processo inflamatório.** A SCDR normalmente apresenta-se com sintomas paradoxalmente mais severos que a intensidade do trauma causador. A distrofia simpático reflexa pode aparecer em virtude de lesões de partes moles, articulações ou ossos em qualquer localização, incluindo face e tronco. A **lesão ortopédica das extremidades** parece ser o fator causal mais importante. A lesão precipitante pode ser leve ou moderada, dificultando o seu relacionamento com a síndrome. Não existir um intervalo médio entre a lesão e o início dos sintomas, podendo variar de imediatamente após o trauma até meses após, o que às vezes torna a identificação do agente causal difícil.

CAUSALGIA - SCDR TIPO II

Os primeiros relatos de causalgia foram feitos por Mitchell durante a guerra civil americana. O quadro clínico se caracterizava por dor em queimação muito intensa, com intensa hipersensibilidade cutânea ao tato leve, sendo que a dor podia ser desencadeada por movimentos, ruídos ou até sustos. Sintomas autonômicos podiam estar presentes. Curiosamente, os sintomas da causalgia só aparecem após lesões parciais dos nervos acometidos e, nunca em lesões completas. A apresentação clínica da causalgia e da distrofia simpático reflexa é muito semelhante e o que as diferencia é o fato de na causalgia existir lesão associado de um nervo periférico específico.

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

Deve-se diferenciar de neuropatias pós traumáticas, as quais também apresentam quadro extremamente doloroso, porém sem a intensidade da distrofia simpático reflexa e da causalgia e sem componente inflamatório e disautônômico tão importante.

SINAIS E SINTOMAS DE SCDR TIPO I E II
A clássica lesão que leva ao aparecimento de causalgia é a de lesão por projétil de alta velocidade que causa lesão parcial.

Dano aos tecidos das extremidades, com ou sem evidência de lesão nervosa, é algumas vezes seguido de dor difusa em queimação e hiperalgesia em disparidade com o trauma, quando houver, e que pode ser aliviada pelo bloqueio da atividade simpática eferente da extremidade afetada. A dor espontânea e hiperalgesia podem estar associadas à diminuição da temperatura, à hiperidrose e a alterações tróficas (atrofia muscular, desmineralização óssea).

A disestesia e a dor não são necessariamente restritas ao nervo afetado e podem ser tão intensas que o paciente não tolere qualquer contato com roupas. Qualquer estímulo ao membro produz dor lancinante. A extremidade é protegida deixando o membro numa posição que previne congestão venosa, normalmente deixando o membro superior fletido e aduzido junto ao tronco.

Disfunção vasomotora pode ocorrer na forma de vasoconstrição ou vasodilatação. Vasoconstrição é mais comum e as extremidades das palmas das mãos ou plantas dos pés se tornam brilhantes, edemaciados, úmidos, cianóticos e frios a palpação.

Sintomas autônomos como edema distal generalizado, extremidade extremamente sensível ao calor ou frio e hiperidrose podem estar presentes em graus variados.

As alterações tróficas estão quase sempre presentes, em graus variados. Se não tratadas a tempo, tornam-se irreversíveis a atrofia do membro e a desmineralização óssea que é evidenciada ao RX. Outras alterações tróficas como crescimento de unhas, pelos, fibrose palmar ou plantar, pele fina e hiperqueratose podem estar presentes.

Na maioria das vezes a DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA é precedida por algum tipo de evento como trauma menor, fratura, lesão nervosa parcial ou outros (trauma no ombro, infarto do miocárdio ou mesmo lesão cérebro-vascular contralateral).

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

O diagnóstico diferencial deve ser feito com neuropatia pós traumática, fascíte, osteomielite, neurite periférica, compressão radicular e artrite.

O objetivo principal é o alívio da dor e o restabelecimento da função normal ou o máximo possível do potencial funcional remanescente do membro acometido cortando-se o mais rápido possível o ciclo dor-imobilização-edema-alterações neurovegetativas-desuso-dor.

Introdução A distrofia simpático-reflexa (DSR) foi inicialmente descrita por Mitchell em 1864, durante a guerra civil americana...

..., como quadro de edema doloroso em uma extremidade após ferimentos por arma de fogo, acompanhado de alterações vasomotoras e tróficas (1). Desde então, esta doença vem recebendo diversas terminologias, tais como algodistrofia, causalgia, atrofia de Sudeck, síndrome ombro-mão, neuroalgodistrofia, distrofia simpática pós-traumática ou síndrome dolorosa regional complexa tipo 1 (2). Clinicamente, a DSR se apresenta mais freqüentemente como dor persistente de forte intensidade em uma extremidade, geralmente desproporcional ao evento desencadeante. A dor é associada a descritores de dor neuropática (queimação, disestesia, parestesia, alodínia e hiperalgesia ao frio) e sinais clínicos de disfunção autonômica (cianose, edema, frio, alteração de transpiração e pilificação local) (3). Atualmente, há grande controvérsia a respeito da patogênese da DSR. Alguns autores acreditam que esta doença é decorrente de um mecanismo neuronal reflexo após um evento traumático, levando à percepção anormal da dor e a uma atividade simpática eferente exacerbada. Há inúmeras condições associadas ao desenvolvimento da DSR. Em mais de 60% dos casos descritos em adultos há história de trauma - e, quando este ocorre, geralmente é de menor intensidade (3). Não há estudos sobre incidência e prevalência na faixa etária pediátrica. A DSR ocorre também mais freqüentemente em adultos com instabilidade emocional, depressão, mania e insegurança. A criança apresenta um perfil peculiar, geralmente perfeccionista e empreendedora, e o quadro pode ser precedido ou agravado por fatores estressantes, como desavenças ou morte de familiares, início na escola, etc. (4). Muitas vezes, o quadro de DSR está associado a outras patologias com disfunção autonômica: enxaqueca, síncope e dor abdominal (5). O objetivo do presente estudo é descrever as características clínicas, laboratoriais e terapêuticas de oito crianças com DSR, a fim de esclarecer o perfil desta doença na infância, visto que seu tratamento tardio pode levar a prejuízo funcional importante. Relato dos casos Entre 1992 e 2002, foram atendidos oito pacientes com DSR na Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A idade de início da doença variou de 8 a 13 anos (média de 11,5 anos e mediana de 12 anos) e acometeu igualmente os dois sexos. Quatro pacientes apresentavam doenças associadas: dois eram portadores de lúpus eritematoso sistêmico (LES), um de artrite idiopática juvenil (AIJ) e um de trombastenia de Glanzmann. O diagnóstico de DSR foi feito baseado na presença de dor intensa e prolongada no segmento distal de um membro, freqüentemente associada a edema difuso do local, alteração de coloração, alteração de temperatura, alteração de sensibilidade e incapacitação funcional. As características clínicas e laboratoriais dos pacientes estão listadas na Tabela 1. Tabela 1 - Características clínicas, laboratoriais e terapêuticas dos oito pacientes com distrofia simpática reflexa É importante ressaltar que a maioria dos pacientes já havia procurado outros profissionais antes de ser feito o diagnóstico, que foi estabelecido em média 8,8 meses após o início dos sintomas (variou de 2 meses a 2 anos). Seis pacientes imobilizaram o membro afetado com tala gessada por diversas vezes, sem melhora do quadro; um paciente tinha realizado infiltrações com corticosteróides, com persistência dos sintomas (caso 8). O envolvimento de membros inferiores ocorreu em sete pacientes e esteve associado a incapacitação funcional importante, dificultando a deambulação (dois deles necessitaram de cadeira de rodas para locomoção). Estes

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

apresentavam quadro de dor de forte intensidade e aliviada pelo repouso, associada a edema difuso de tornozelo e pé. Três pacientes referiam trauma prévio: dois entorses e uma fratura em tornozelo. Somente um paciente não apresentava sinais de instabilidade vasomotora, que se manifestou como aumento de temperatura em dois membros acometidos, diminuição de temperatura em um, eritema fixo em dois, cianose e sudorese em um. Três pacientes apresentavam também dormência e parestesia no local afetado. Alterações tróficas, como atrofia da musculatura adjacente e diminuição de fâneros, foram encontradas em quatro dos sete pacientes com envolvimento do membro inferior, sendo que um deles apresentava diferença de 2,5 cm de diâmetro de um membro inferior em relação ao outro (caso 6). O único paciente que apresentou acometimento de membros superiores (caso 3) iniciou o quadro como edema de limites imprecisos, calor e dor em mão, antebraço e cotovelo direitos não associados a trauma local, com melhora após 5 meses de tratamento. Este paciente apresentou, então, duas recidivas: a primeira com quadro semelhante em membro contralateral, e a segunda após 6 anos no membro superior direito, após ter carregado peso. O diagnóstico de DSR foi eminentemente clínico, mas todos os pacientes foram submetidos a exames de laboratório. A velocidade de hemossedimentação esteve aumentada em três pacientes, todos portadores de doenças de base (dois tinham LES e um AIJ). A cintilografia músculo-esquelética com tecnécio mostrou-se alterada em cinco pacientes, com hipercaptação em três casos e hipocaptação em dois. A radiografia simples esteve alterada em somente um paciente (caso 1) que teve artrite crônica precedendo a DSR, onde foram observadas esclerose subcondral e rarefação óssea, alterações também visualizadas à tomografia computadorizada. Um paciente apresentava dor tão importante no início do quadro que foi submetido, em outro serviço, a punção líquórica e eletromiografia, ambas normais. Assim que o diagnóstico foi estabelecido, todos os pacientes receberam drogas antiinflamatórias não-hormonais (AINH) (ácido acetilsalicílico, indometacina, ibuprofeno ou naproxeno) associadas a sessões de fisioterapia. Três pacientes receberam acupuntura associada ao tratamento descrito anteriormente, com melhora evidente após quatro sessões. O paciente que apresentou curso mais crônico e com maior incapacitação funcional (caso 8) necessitou de antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), com melhora após 1 ano de tratamento, quando conseguiu deambular sem o auxílio de muletas. Os outros quatro pacientes apresentaram melhora da sintomatologia em média 5 meses após o início do tratamento. Um paciente fez sessões de psicoterapia por depressão associada.

Discussão A distrofia simpático-reflexa é uma doença rara e subdiagnosticada na infância, particularmente no nosso meio, sendo raramente reconhecida pelo pediatra. A maioria dos estudos até o momento foi descrita na população adulta. Veldman et al. (6) estudaram 829 pacientes com esta doença, e, dentre os mesmos, havia somente uma paciente abaixo dos 9 anos de idade. Em nossa casuística, a média de idade dos pacientes foi de 11,5 anos, compatível com os dados de literatura (7-10), mas não se observou o predomínio do sexo feminino que ocorre na infância (7,8,11,12). Neste estudo, a maioria dos pacientes recebeu tratamentos e diagnósticos inapropriados antes de procurarem o nosso serviço. Murray et al. (3) avaliaram 46 crianças com DSR, observando que a média de profissionais consultados antes de se estabelecer o diagnóstico foi de 2,3 (variou de um a cinco) e que o tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de quase 6 meses. Deve-se suspeitar de DSR em uma criança portadora de dor em queimação contínua e recusa em mover um membro, associada a edema de limites imprecisos e graus variáveis de palidez, hipertermia, hipotermia ou hiperestesia (2). Bernstein et al. (8) estudaram 23 crianças com DSR, cujos sinais e sintomas mais comuns foram: dor no membro afetado em 100% dos casos, alterações de sensibilidade em 91%, edema da extremidade em 82% e alterações de temperatura em 78%. Alterações tróficas não foram encontradas. No nosso estudo, apenas um paciente teve comprometimento de membros superiores. A DSR geralmente acomete membros inferiores e raramente é bilateral (3,6,8-10). Wilder et al. (7) observaram em 70 crianças com DSR, onde 87% dos episódios ocorreram em membros inferiores, sendo que em 31% das crianças apresentaram eventos em mais de um local. Na faixa etária pediátrica, há menor probabilidade de eventos precipitantes, como trauma (8,11-13), e também é rara a incidência de alterações tróficas em relação aos adultos (8,11,13,14). Sua maior raridade na infância pode ser devido à menor duração da doença ou à imobilidade menos prolongada (8). Geralmente, nas crianças, a radiografia simples do membro afetado é normal (11-13), diferentemente da população adulta, onde 50% apresenta osteoporose (2), podendo evoluir

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

com erosões corticais e neoformação óssea reacional. Em nossa casuística, somente um paciente apresentava erosões corticais associadas à AIJ, evidenciadas previamente ao aparecimento da DSR. Em crianças, o mapeamento músculo-esquelético é um bom exame para auxiliar o diagnóstico de DSR, apresentando sensibilidade superior à radiografia (72% versus 36%). Em estudo realizado em 11 crianças, o mapeamento mostrou hipercaptação em quatro casos, hipocaptação em quatro e foi normal em três, sugerindo, como em nossa casuística, que as duas primeiras ocorrem em frequências semelhantes (11). A tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética não auxiliam no diagnóstico da DSR, sendo frequentemente normais ou mostrando alterações inespecíficas de partes moles (5). Geralmente, a DSR não é acompanhada de alterações de hemograma ou de provas de fase aguda (6,12). Neste trabalho, os três pacientes que apresentaram aumento na velocidade de hemossedimentação tinham doenças inflamatórias associadas. Em nosso estudo, compatível com dados de literatura (3,10), um número significativo de pacientes recebeu terapêuticas inapropriadas antes de se estabelecer o diagnóstico. Seis dos nossos pacientes tiveram o membro imobilizado, o que intensificou o quadro doloroso. O tratamento da DSR se baseia predominantemente na fisioterapia e no alívio da dor (7,8,9,12). Dois estudos (7,15) avaliaram crianças com DSR, utilizando fisioterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e psicoterapia, quase sempre associados a AINH. O tratamento foi eficaz em cerca de 70% dos pacientes, com melhora funcional importante. Nos casos mais resistentes (7), foram empregados antidepressivos tricíclicos e bloqueios simpáticos, estes últimos realizados em 53% dos pacientes, com resposta temporária da dor em apenas 46% dos casos submetidos. Devido aos riscos e efeitos colaterais potenciais dos esteróides, sugerimos que não sejam empregados de rotina na DSR (7,14). No nosso estudo, todos, exceto um paciente, apresentaram melhora substancial em até 6 meses de tratamento, este baseado em fisioterapia e AINH, não sendo necessário o uso de bloqueios simpáticos ou TENS. A acupuntura vem sendo utilizada como um ótimo método coadjuvante. Na literatura, a maioria dos casos descritos mostra melhora substancial do quadro em 6 a 8 semanas (3,10). A abordagem psicológica é muito importante no tratamento da DSR. Murray et al. (3) observaram que fatores psicológicos podem ter contribuído para a doença em 25% dos casos. A família deve ser informada de que o prognóstico geralmente é bom em crianças; entretanto, 25 a 33% podem apresentar recorrência na mesma localização ou em outros locais (3,5,9). Em conclusão, devemos enfatizar que a DSR é uma doença dolorosa crônica associada a uma morbidade significativa em crianças e adolescentes, podendo causar incapacitação funcional temporária ou permanente. Os pediatras devem ficar atentos, pois o diagnóstico é eminentemente clínico e, quando precoce, pode prevenir investigações e tratamentos indesejáveis, que certamente irão exacerbar e prolongar o quadro. escrito por: Ana P. N. Lotito - Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Reumatologista pediátrica do Centro de Saúde Escola (CSI - Pinheiros). Lúcia M. M. A. Campos - Mestre em Medicina pela FMUSP. Médica assistente da Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da FMUSP (HC-FMUSP). Marialda H. P. Dias - Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Chefe da Unidade de Acupuntura Pediátrica do Instituto da Criança HC-FMUSP. Clovis A. A. Silva - Doutor em Medicina pela FMUSP. Chefe da Unidade de Reumatologia Pediátrica do Instituto da Criança HC-FMUSP. fonte:<http://www.jpmed.com.br/conteudo/04-80-02-159/port.asp?cod=1157>

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>