

com opioides, sem sucesso. Foi internado para investigação 7 dias após o início dos sintomas. Nesse período, iniciou retenção urinária, com necessidade de sondagem de alívio, associada a paraplegia simétrica de MMII (força motora grau 0 nível L2), diminuição da frequência e volume de evacuações, além de disfunção erétil e hipoestesia dolorosa em MMII (nível L1).

Realizou Ressonância Nuclear Magnética de coluna com identificação de lesão captante de contraste ao nível de L2 (Figura 1), compatível com granuloma esquistossomótico, PCR para esquistossomose positivo nas fezes e reação para esquistossomose positiva no líquido cefalorraquidiano. Foi realizado tratamento com pulsoterapia com metilprednisolona por 5 dias e prednisona 60mg/dia de manutenção, praziquantel 60 mg/kg por dia durante 3 dias e Gabapentina 600 mg de 8/8h com bom controle algico. Iniciou processo de reabilitação intra-hospitalar e foi transferido a um instituto especializado em reabilitação para cuidados de transição com objetivo de treinamento funcional e educação em saúde para prevenção de complicações.

Não houve mudanças no nível neurológico durante o período observado. Paciente permaneceu internado por 2 semanas no instituto de reabilitação sendo capacitado para uso de cadeira de rodas, transferências, auto-cuidados, cateterismo vesical intermitente limpo, cuidados com intestino neurogênico e prevenção de lesões por pressão.



Figura 1. Lesão nodular intradural extramedular com iso/hipersinal em T1, com realce pós-contraste intenso e homogêneo, localizada entre as raízes da cauda equina ao nível de L2-L3, medindo 1,0 x 0,8 x 0,8 cm, determinando deslocamento de algumas raízes adjacentes

Discussão

Este caso chama a atenção para um importante diagnóstico diferencial de lesão medular em nosso meio. São necessários maiores estudos para conhecer a evolução destes casos e poder traçar objetivos de reabilitação mais precisos. Pacientes com mielopatias não traumáticas tendem a ter menor grau de recuperação neurológica que pacientes traumáticos. Esta informação é desconhecida para a neuroesquistossomose.

Outras particularidades relacionadas são o uso de

corticoterapia que leva a miotoxicidade com amiotrofia e maior risco de fadiga que pode ter interferência no processo de reabilitação.

Conclusão

Esta doença atinge particularmente uma população com alta fragilidade social, na qual as medidas preventivas e a reabilitação precoce são de extrema importância.

Referências

1. WHO Guideline on control and elimination of human schistosomiasis. Geneva: WHO; 2022.
2. Ross AG, McManus DP, Farrar J, Hunstman RJ, Gray DJ, Li YS. Neuroschistosomiasis. J Neurol. 2012;259(1):22-32. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00415-011-6133-7>
3. Pereira ALD, Martins AR, Moraes A, Cordeiro BM, Fontanela BDG, Flam EL, et al. Mielorradiculopatia esquistossomótica: relato de caso. Rev Med Minas Gerais. 2010; 20(2 Supl 1): S123-S125.
4. Silva LCS, Maciel PE, Ribas JGR, Pereira SRS, Serufo JC, Andrade LM, et al. Mielorradiculopatia esquistossomótica. Rev Soc Bras Med Trop. 2004;37(3):261-72. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822004000300013>
5. Wuermser LA, Ho CH, Chiodo AE, Priebe MM, Kirshblum SC, Scelza WM. Spinal cord injury medicine. 2. Acute care management of traumatic and nontraumatic injury. Arch Phys Med Rehabil. 2007;88(3 Suppl 1):S55-61. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.12.002>
6. Owczarek J, Jasińska M, Orszulak-Michalak D. Drug-induced myopathies. An overview of the possible mechanisms. Pharmacol Rep. 2005;57(1):23-34.
7. Andrade Filho AS, Queiroz AC, Reis MG, Amaral RM, Brito RM. Neuroesquistossomose. Rev Bras Neurol Psiquiatr. 2015;19(Ed Esp):165-209.

Dor muscular abaixo do nível de lesão em paciente com lesão medular crônica: relato de caso

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a204839

Daniel Rubio de Souza¹, Angela Hyun Ji Kim², Lucas Brunati Gremaschi², Vanessa Clícia Mihana Saito Suzuki²

¹Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

²Programa de Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Palavras-chave: Dor, Traumatismos da Medula Espinal, Toxinas Botulínicas Tipo A

No Brasil, estima-se que ocorram a cada ano no país, mais de 10 mil novos casos de lesão medular (LM). A ocorrência de dor após a lesão medular é muito frequente, 60% dos casos

terão dor e cerca de um terço terá dor crônica em alguma fase da vida. A dor neuropática abaixo do nível de lesão caracteriza-se com sensação de queimação, choque, formigamento, dormência ou agulhadas. A síndrome dolorosa miofascial (SDM) é a causa mais comum de dor nociceptiva e é caracterizada pela presença de uma banda de tensão muscular, pontos gatilhos (PG) de dor e áreas de dor referida. Para estabelecer o diagnóstico, deve haver integridade do sistema nervoso somatossensorial, não sendo possível em regiões abaixo do nível de lesão em pacientes com LM.

Objetivo

Relatar a ocorrência de ponto de dor muscular abaixo do nível sensitivo em paciente com lesão medular, de característica neuropática, no entanto, semelhante a dor miofascial, pois ocorre mediante estímulo do ponto gatilho.

Relato de caso

Paciente M.M.F., 55 anos, natural e procedente de São Paulo, aposentada, trabalhava como enfermeira no HCFMUSP, acompanhada no ambulatório de Lesão Medular do Departamento de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas de São Paulo desde 2006. Paciente com paraplegia crural incompleta espástica nível neurológico T10 AIS B, decorrente de trauma raquimedular por ferida de arma de fogo em agosto de 2006.

Em abril de 2020 paciente apresentou episódio de queda durante o banho, com fratura de fêmur esquerdo, sendo necessário a cirurgia de fixação do quadril com haste intramedular e parafusos (Figura 1).



Figura 1. Radiografia de bacia, com presença de haste intramedular e parafusos em fêmur esquerdo

A paciente apresentava queixa de dor em quadril direito há anos, com piora nos últimos dois anos, em queimação, VAS 8/10 no momento do atendimento, sem irradiação, diária, contínua, pior à tarde, no frio e quando permanecia na mesma posição por longos períodos; melhorava ao se deitar de bruços e ao realizar exercícios físicos e alongamentos aprendidos durante reabilitação. Ao exame físico, paciente apresentava amplitudes de movimentos preservada globalmente, ausência de espasticidade e pontos gatilhos ativos em músculos glúteos

máximo, médio, mínimo e piriforme à direita, que ao serem pressionados reproduziam a dor referida. Dessa maneira, foi optado por realizar infiltração com lidocaína na diluição 1/1 (20 mL no total) de ponto gatilhos ativos em: glúteo máximo, médio, mínimo e piriforme à direita. Paciente referiu que logo após a aplicação houve melhora de 90% da dor, no entanto, no dia seguinte a dor retornou na mesma intensidade habitual (VAS 8/10).

Após duas semanas da aplicação da lidocaína, foi optado pela aplicação de toxina botulínica tipo A Clostridium botulinum 100 UI/frasco (Botox). Realizadas aplicações em ponto gatilhos ativos em: glúteo máximo (2 pontos no músculo - 50UI cada ponto), glúteo médio (50UI), piriforme (100 UI) e paravertebral L4 à direita (50 UI) (Figura 2). Paciente relatou melhora de 70% da dor após três dias da aplicação da toxina botulínica.



Figura 2. Pontos de aplicação de toxina botulínica em musculatura paravertebral L4 à direita, músculos glúteo máximo (dois pontos de aplicação), glúteo médio e piriforme

Discussão

A dor é uma complicação altamente incapacitante após a lesão medular, com incidência relatada de 11 a 81%, pode alcançar intensidade acentuada, comprometendo a reabilitação e a qualidade de vida.

Vários tipos de dor podem acometer o paciente com lesão medular, destacando-se por tipos: dor musculoesquelética, dor visceral e dor neuropática, e que pode ser subdividida em 3 classes de acordo com a localização: acima, no nível e abaixo do nível da lesão medular.

A dor musculoesquelética, cuja apresentação mais prevalente é a síndrome dolorosa miofascial, é percebida em regiões com sensibilidade preservada, podendo apresentar-se como queimação, peso, torção, fisgada ou agulhada. Ela acomete 40 a 58% dos pacientes com lesão medular podendo estar relacionada a alterações posturais, a esforço repetitivo ou com os processos degenerativos musculoesqueléticos.

A dor do tipo neuropática está presente em cerca dos pacientes de 65% na fase crônica. Apresenta-se em forma de queimor, choque, pontada, peso e pressão. Comumente está associada a sensação de formigamento com piora no frio e à noite.

Várias teorias tentam explicar a complexa fisiopatologia da dor neuropática. Aspectos patológicos, neuroquímicos, psicológicos e eventos moleculares associados à lesão do parênquima medular devem estar envolvidos. A

particularidade deste caso, está na apresentação de palpação dolorosa de banda tensa muscular abaixo do nível de lesão medular mimetizando um quadro de dor miofascial.

Acreditamos que este fato deva chamar a atenção para quadro semelhantes e sua possível resposta ao tratamento com toxina botulínica.

Conclusão

Nos pacientes com LM, a dor nociceptiva e neuropática podem surgir concomitantemente abaixo do nível da lesão em lesões incompletas. Esta paciente apresentava pontos de dor muscular abaixo do nível sensitivo, com reprodução da dor mediante palpação do PG, similar a apresentação clínica de SDM apesar de estar em região com sensibilidade comprometida.

Considerando a resposta parcial ao bloqueio de PG com lidocaína e a potencial ação da TBA para SDM refratária, optamos por este tratamento com boa melhora do quadro algico. Portanto, acreditamos que em casos com padrão clínico semelhante, a dor muscular localizada deva ser considerada como alvo para tratamento. Mais estudos devem ser realizados para constatar a real efetividade do método.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. De Andrés J, Cerda-Olmedo G, Valía JC, Monsalve V, Lopez-Alarcón, Minguez A. Use of botulinum toxin in the treatment of chronic myofascial pain. Clin J Pain. 2003;19(4):269-75. Doi: <https://doi.org/10.1097/00002508-200307000-00011>
3. Jensen MP, Chodroff MJ, Dworkin RH. The impact of neuropathic pain on health-related quality of life: review and implications. Neurology. 2007;68(15):1178-82. Doi: <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000259085.61898.9e>
4. Li L, Stoop R, Clijisen R, Hohenauer E, Fernández-de-Las-Peñas C, Huang Q, et al. Criteria used for the diagnosis of myofascial trigger points in clinical trials on physical therapy: updated systematic review. Clin J Pain. 2020;36(12):955-67. Doi: <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000875>
5. Matak I, Bölcskei K, Bach-Rojecky L, Helyes Z. Mechanisms of Botulinum Toxin Type A Action on Pain. Toxins (Basel). 2019;11(8):459. Doi: <https://doi.org/10.3390/toxins11080459>
6. Nicholson B. Differential diagnosis: nociceptive and neuropathic pain. Am J Manag Care. 2006;12(9 Suppl):S256-62.
7. van Gorp S, Kessels AG, Joosten EA, van Kleef M, Patijn J. Pain prevalence and its determinants after spinal cord injury: a systematic review. Eur J Pain. 2015;19(1):5-14. Doi: <https://doi.org/10.1002/ejp.522>

Perfil clínico e funcional de pacientes com sequelas pós-Covid-19 de um centro de reabilitação física

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a204841

Elaine Cristina da Silva, Rafaela Batista Souza, Juliana Aquino Freitas de Oliveira, Camila Carneiro, Celso Vilella Matos

Centro de Medicina de Reabilitação Lucy Montoro de Santos

Palavras-chave: COVID-19, Perfil de Impacto da Doença, Estado Funcional, Reabilitação

O novo coronavírus ou COVID-19 é um vírus altamente infeccioso que acomete principalmente o trato respiratório. Seu primeiro relato foi em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, província de Hubei na China e, desde então, evoluiu rapidamente para uma pandemia mundial.¹

Suas consequências são multissistêmicas, no entanto, pouco se sabe sobre a apresentação de suas sequelas e desfechos à longo prazo. O monitoramento do curso dos sintomas e os impactos destes agravos no estado funcional dos pacientes acometidos pelo novo coronavírus ainda estão sendo descritos na literatura.²

Sabe-se que essas complicações pós infecção podem apresentar algum impacto funcional nesta população. Uma das sequelas funcionais mais comumente encontrada é a fraqueza neuromuscular, a qual é a forma mais comum de deficiência física pós-Covid-19. Os sintomas podem incluir desde fraqueza muscular generalizada, mialgia, fadiga, diminuição da mobilidade até casos de amputações por trombose venosa profunda e desenvolvimento de doenças neuromusculares.³

Sendo assim, a Covid-19 afeta indivíduos em vários graus, variando de alguns dias com sintomas leves a dificuldades respiratórias graves que requerem tratamentos específicos.⁴ O número de indivíduos recuperados, porém com complicações, cresce a cada dia. Desta maneira há a necessidade de estudos contínuos que descrevam o perfil clínico, prognóstico relacionado ao estado de recuperação funcional e predição do curso desta condição de saúde, a fim de mapear as possíveis sequelas pós-Covid-19.

Objetivo

Descrever o perfil clínico e funcional de participantes com sequelas pós-Covid-19 frequentadores de um centro de reabilitação de referência no município de Santos/SP.

Métodos

Tratou-se de um estudo descritivo e retrospectivo, realizado através de prontuários físicos e eletrônicos com uma amostra não-probabilística de 17 participantes com idade ≥ 18 anos que testaram positivo para a Covid-19 e que frequentaram o Centro de Reabilitação e Medicina Física Lucy Montoro de Santos/SP no período pandêmico de janeiro/2020 a dezembro/2022.

Foram incluídos prontuários de participantes que foram testados positivo para a Covid-19 através de testes diagnósticos por RT-PCR e participantes que tiveram algum acometimento clínico ou físico com impactos diretos na funcionalidade. Foram excluídos prontuários de participantes que não concluíram o programa de reabilitação física até a alta