

Dor Somatoforme Persistente na Criança: Caso Clínico

Mariana Agre¹; Vanessa Roque¹; João Barroso¹; Iva Brito²

RESUMO

A anca dolorosa na criança é uma queixa frequente que requer na maioria dos casos uma orientação diagnóstica sistematizada. Esta deverá ser orientada pela idade, factores desencadeantes prévios, nomeadamente traumáticos, infecciosos ou outros, pelo ritmo/intensidade da dor, bem como, por alterações da funcionalidade. Actualmente, o reconhecimento crescente de síndromes somatoformes na população pediátrica, em particular do sexo feminino, obriga-nos a alargar o já vasto leque de patologias subjacentes à dor crónica na criança. Os autores descrevem o caso clínico de uma criança de 9 anos de idade com coxalgia com um ano de evolução na sequência de violência escolar, e tecem algumas considerações sobre o diagnóstico diferencial da anca dolorosa na criança, baseadas numa revisão não exaustiva da literatura.

PALAVRAS-CHAVE: DISTÚRBO SOMATOFORME; DOR; ANCA; CRIANÇA

SOMATOFORM DISORDER IN CHILDREN: CLINICAL CASE

ABSTRACT

Hip pain is a common complaint in children that in most cases requires a systematic diagnostic approach. This should be guided by age, previous triggering factors, including traumatic, infectious or otherwise, rhythm/intensity of pain and functional changes.

Nowadays, the growing recognition of somatoform syndromes in the pediatric population, particularly in females, requires us to broaden the already wide range of underlying conditions of chronic pain in children. The authors describe a case report of a nine year-old child presented with hip pain of one-year evolution and secondary to school violence, and after present some considerations about the differential diagnostic of hip pain in children based on a non exhaustive review of the literature.

KEY-WORDS: SOMATOFORM DISORDER; PAIN; HIP; CHILD

INTRODUÇÃO

Na população pediátrica identifica-se um amplo espectro de patologias que se manifestam por coxalgia associada a impotência funcional.¹ Uma história clínica rigorosa, incluindo aspectos psicossociais, um exame físico estruturado e o apoio em alguns exames complementares de diagnóstico são por vezes suficientes e evocadores do diagnóstico. Causas específicas e comuns de dor na anca em crianças incluem a patologia infecciosa, sinovite transitória, Doença de Legg-Calvé-Perthes, Epifisiólise da cabeça do fémur, artrites inflamatórias ou patologia tumoral.¹

Apesar de, frequentemente, se identificar uma causa orgânica ou estrutural subjacente à dor, existem outros diagnósticos menos comuns que é importante considerar.

Recentemente, tem crescido o reconhecimento da associação de sintomas psicossomáticos a situações de maus tratos e agressão psicológica ou física em ambiente escolar. Dado ao aumento da prevalência dos quadros de somatização e das suas consequências a curto e longo prazo, este é um diagnóstico que deverá estar presente na abordagem da criança com dor crónica, após investigação criteriosa de afecções orgânicas mais frequentes.²

CASO CLÍNICO

MISC, 9 anos de idade, sexo feminino, caucasiana, natural e residente em Matosinhos, estudante do Ensino Básico e pertencente a família em Classe III

de Graffar. Sem antecedentes pessoais de relevo.

Em Novembro de 2009 início de gonalgia direita secundária a traumatismo por agressão no estabelecimento de ensino. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) do Hospital da área de residência, realizando RMN (Ressonância Magnética Nuclear) do joelho que revelou “diminuto derrame articular, hipersinal da gordura da bolsa de Hoffa, traduzindo muito discreta sinovite e hipersinal de pequena extensão junto ao pólo inferior da rótula sugestivo de edema pós-contusão óssea” (Figura 1). Recomendado repouso, medicada com anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e posteriormente programa de reabilitação funcional com melhoria da sintomatologia.



Figura 1: Imagem de RMN joelho direito: visão sagital, ponderada em T1, que evidencia hipersinal da gordura da bolsa de Hoffa (seta), traduzindo muito discreta sinovite e sinais sugestivos de edema pós-contusão óssea junto ao pólo inferior da rótula (círculo).

1. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de São João

2. Unidade de Reumatologia Pediátrica do Hospital de São João / Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Em Janeiro de 2010 foi novamente vítima de violência escolar, com traumatismo do mesmo joelho, verificando-se resolução das queixas dolorosas após duas semanas. Nesta altura, inicia coxalgia ipsilateral de padrão mecânico com incapacidade progressiva para a marcha. Realizou RMN que revelou “aspectos sugestivos de stress avulsivo na inserção local do tendão do músculo íleo-psoas homolateral de carácter subagudo, sem verdadeira avulsão traumática ou descontinuidade/insuficiência do tendão, não se verificando alterações nas restantes estruturas articulares e musculotendinosas da bacia” (Figura 2). Desde então com múltiplos internamentos no Serviço de Ortopedia de outra Instituição Hospitalar por provável tendinite do íleo-psoas. Do estudo diagnóstico realizado destaca-se nova RMN da anca que revelou “resolução completa do processo inflamatório por stress avulsivo da apófise do pequeno trocanter femoral direito, sem outras alterações”. Realizou, ainda, Ecografia, Rx bacia e ancas, Cintigrafia óssea e estudo analítico que não evidenciaram alterações significativas.

Em Novembro de 2010, por persistência do quadro clínico doloroso, foi referenciada para Consulta de Reumatologia, apresentando marcada incapacidade funcional para a marcha que obrigava à utilização de duas canadianas. Ao exame físico, constata-se discrepância notória entre as queixas e o exame objectivo músculo-esquelético, que apenas revelava discreta “rigidez” das amplitudes articulares da anca direita, sem qualquer outra alteração, sendo também o exame neurológico sumário normal. Perante a negatividade do exame físico e dos exames complementares de diagnóstico e forte presunção de somatização funcional, iniciou tratamento com anti-depressivo tricíclico e afastamento do ambiente agressor com rápida e completa resolução das queixas. Actualmente, em acompanhamento por Psicologia.

CONSIDERAÇÕES DIAGNÓSTICAS

A dor na anca é uma queixa comum na criança, comportando vários diagnósticos diferenciais desde afecções frequentes e geralmente benignas como a sinovite transitória da anca, Doença de Legg-Calvé-Perthes ou Epifisiólise da cabeça do fémur, a outras não tão comuns e de gravidade variável como as artrites inflamatórias, infecciosas ou tumorais.¹

Na criança, uma coxalgia aguda resulta mais frequentemente de uma sinovite transitória ou artrite séptica, sendo essencial a sua distinção, dado à rápida destruição articular que a última condiciona

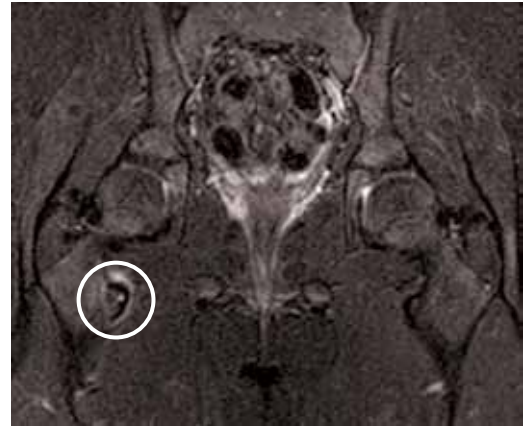


Figura 2: Imagem de RMN ancas: visão coronal, ponderada em STIR (Short Tau Inversion Recovery), em que é possível identificar ligeira irregularidade na interface óssea da linha de crescimento do centro de ossificação apofisária do pequeno trocanter do fémur direito, com halo de edema/inflamação (círculo) do osso e tecidos moles adjacentes, sugestivo de stress avulsivo na inserção local do tendão do músculo-íleo-psoas.

quando não diagnosticada precocemente. Ambas as patologias apresentam sintomas inaugurais semelhantes com aparecimento espontâneo e progressivo de dor na anca ou região inguinal, associada a claudicação ou incapacidade na marcha. A sinovite transitória é frequentemente precedida por uma infecção viral, sendo auto-limitada e sem sequelas a longo prazo. Por outro lado, as crianças com artrite séptica da anca normalmente apresentam mal-estar geral e febre, estando indicada a drenagem cirúrgica urgente e a instituição de antibioterapia parentérica, de modo a prevenir a destruição óssea e preservar a função articular.^{1,3} No contexto da patologia infecciosa, a osteomielite femoral, frequente em idade pediátrica e de localização proximal, pode mimetizar um quadro clínico de artrite séptica.^{1,4}

A dor na anca isolada pode também corresponder, embora menos frequentemente, a uma manifestação inaugural de uma doença reumática inflamatória, nomeadamente as espondiloartropatias. Estas consistem num grupo de artrites seronegativas que podem ter início na adolescência sob a forma de artrites assimétricas dos membros inferiores com entesopatia e envolvimento geralmente posterior do ráquis e sacro-ilíacas.⁵

Adicionalmente, a anca dolorosa nesta população pode resultar de afecções associadas ao crescimento e maturação esqueléticas que condicionam alterações da biomecânica articular. A Doença de Legg-Calvé-Perthes traduz-se por um achatamento e deformidade da cabeça femoral, dependendo da extensão de necrose e apresenta um pico de incidência entre os cinco e sete anos de idade. O diagnóstico exige um alto índice de suspeição, dado que a radiografia convencional é frequentemente normal nos estádios iniciais. A Epifisiólise da cabeça do fémur predomina em crianças obesas na pré-adolescência.

Na radiografia convencional observa-se um alargamento e irregularidade da epífise de crescimento com desvio pósterio-inferior da cabeça femoral.^{1,3,6}

As fracturas por avulsão devem ser sempre consideradas na anca dolorosa dos doentes cuja maturação esquelética não está, ainda, concluída. Este tipo de lesão é mais comum em jovens atletas e é, normalmente, secundária a sobre-solicitação e tracção repetida sobre as inserções musculotendinosas.⁷

Um processo neoplásico, benigno ou maligno, deverá ser sempre excluído. O osteoma osteóide constitui um tumor ósseo benigno relativamente comum nesta população, manifestando-se, por vezes, por uma coxalgia, por ser o fémur proximal uma das suas localizações mais frequentes. Tipicamente, a dor é nocturna e responde favoravelmente aos AINE. Dos tumores malignos, os mais comuns neste grupo etário incluem o Sarcoma de Ewing, sarcoma de partes moles e as lesões metastáticas.¹

O Síndrome Complexo Regional Doloroso (SCRD) caracteriza-se por dor persistente numa extremidade acompanhada por um ou mais sinais de disfunção autonómica. É um diagnóstico a considerar perante uma coxalgia, já que na população

pediátrica o SCR D ocorre preferencialmente no sexo feminino e a nível dos membros inferiores, com sintomas neurológicos e simpáticos menos pronunciados e na sequência de trauma menor, desenhando os aspectos psicológicos um papel mais proeminente do que nos adultos.^{8,9}

A dor somatoforme persistente caracteriza-se por dor severa, persistente e perturbadora, não completamente explicada por um processo fisiológico/físico e que ocorre num contexto de conflito emocional cuja magnitude é suficiente para ser considerado como elemento causador. Esta afecção pode-se reflectir num amplo espectro de severidade, desde uma dor ligeira e auto-limitada até uma dor crónica e incapacitante.²

O presente caso clínico é demonstrativo do impacto significativo dos quadros somáticos dolorosos na qualidade de vida dos doentes e custos associados aos cuidados de saúde. Reforça-se a importância do reconhecimento da dor crónica como sintoma somático que deve ser considerado de forma cautelosa mas convincente, após a exclusão de lesão estrutural e num contexto biopsicossocial apropriado, para não prorrogar o sofrimento da criança e respectivo agregado familiar.

REFERÊNCIAS

1. Houghton K. Review for the generalist: evaluation of pediatric hip pain. *Pediatr Rheumatol Online J* 2009; 7:10. Disponível em: URL: <http://www.ped-rheum.com/content/7/1/10>
2. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2009;123(3):1059-65.
3. Krul M, Wouden J, Schellevis F, Suijlekom-Smit L, Koes B. Acute non-traumatic hip pathology in children: incidence and presentation in family practice. *Fam Pract* 2010;27(2):166-70.
4. Perry D, Bruce C. Evaluating the child who presents with an acute limp. *BMJ* 2010;341:c4250. Disponível em: URL: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c4250.full>
5. Tse SM, Laxer RM. Juvenile spondyloarthropathy. *Curr Opin Rheumatol* 2003;15(4):374-9.
6. Fabry G. Clinical Practice: the hip from birth to adolescence. *Eur J Pediatr* 2010;169(2):143-8.
7. Waters PM, Millis MB. Hip and pelvic injuries in the young athlete. *Clin Sports Med* 1988;7(3):513-26.
8. Low AK, Ward K, Wines AP. Pediatric complex regional pain syndrome. *J Pediatr Orthop* 2007;27(5):567-72.
9. Tan EC, Zijlstra B, Essink ML, Goris RJ, Severijnen RS. Complex regional pain syndrome type I in children. *Acta Paediatr* 2008;97(7):875-9.

Correspondência:

Mariana Agre
Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital São João
Al. Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

Email:

mariana.agre@gmail.com