

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM SÍNDROME REGIONAL COMPLEXA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH COMPLEX REGIONAL SYNDROME OF A PUBLIC HOSPITAL OF THE FEDERAL DISTRICT

ARTHUR DUTRA HARGER, EDUARDO DUARTE SANTOS, LUCAS GOMES GONÇALVES, FÁBIO VIEIRA FERREIRA KOYAMA, RODRIGO DUTRA MILHOLI E PEDRO RICARDO DE MEDEIROS JÚNIOR

RESUMO

Síndrome Regional Complexa (SRC) é uma condição crônica caracterizada por sinais inflamatórios e autonômicos. Ocorre de forma aguda por volta de 7% dos pacientes com membros fraturados, submetidos a cirurgias ou outros tipos de traumas. Muitos casos são autolimitados no primeiro ano podendo em alguns casos progredir para forma crônica. A cronificação geralmente ocorre por mudanças da forma inflamatória dominante para forma fria com característica autonômica. Vários mecanismos periféricos e centrais estão envolvidos. O diagnóstico da síndrome é baseado puramente em sinais e sintomas. O controle clínico da forma crônica está em constante atualização, mas o tratamento está norteado para uma abordagem multidisciplinar na tentativa de melhorar a qualidade de vida. Com objetivo de traçar perfil epidemiológico da SRC, foi realizado um estudo retrospectivo por meio de coleta dos dados obtidos em prontuários de pacientes que são acompanhados no ambulatório de ortopedia e traumatologia do Hospital Regional de Santa Maria, no Distrito Federal (DF). Nossos resultados evidenciam características epidemiológicas diferentes das apresentadas na literatura, pois tivemos um predomínio de pacientes jovens, do sexo masculino, com trauma de baixa energia no membro inferior, com tempo médio de um ano para recuperação do quadro de Síndrome regional Complexa.

DESCRITORES: SÍNDROME REGIONAL COMPLEXA; FRATURAS; DOR.

ABSTRACT

Complex Regional Syndrome (CRS) is a chronic condition characterized by inflammatory and autonomic signs. It occurs in acute form about 7% of patients with fractured limbs, submitted to surgeries or other types of trauma. Many cases are self-limited in the first year and in some cases may progress to chronic form. Chronification usually occurs by changes from hot form and inflammatory dominant to cold form with dominant autonomic characteristic. Several peripheral and central mechanisms are involved. The diagnosis of the syndrome is purely based on signs and symptoms. The clinical control of the chronic form is constantly updated, but the treatment is guided to multidisciplinary approach in an attempt to improve the quality of life. A retrospective study was carried out in order to trace the epidemiological profile of CRS, through the collection of data obtained from patients' charts that are followed up at the orthopedic and traumatology ambulatory of the Santa Maria Regional Hospital in the Federal District (DF). Our results evidenced epidemiological characteristics different from those presented in the literature, since we had a predominance of young male patients with low energy trauma in the lower limb, with an average time of one year for recovery of Complex Regional Syndrome.

KEY WORDS: COMPLEX REGIONAL SYNDROME; FRACTURES; PAIN.

INTRODUÇÃO

Síndrome regional complexa (SRC) é uma condição dolorosa incapacitante. Também chamada de causalgia, algodistrofia ou distrofia de Sudeck, sendo esta a sua primeira denominação. Desde 1946 a denominação distrofia simpático-reflexa (DSR) vem

sendo utilizada ^(1,2), entretanto, somente em 1993, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) convencionou o termo síndrome regional complexa (SRC) ⁽³⁾, para descrever a doença.

SCR é uma condição sub-diagnosticada, sendo mais relatada como uma dor clínica do que uma síndrome muscul-

INSTITUIÇÃO

Serviço de Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Regional de Santa Maria – Brasília (DF)

loesquelética na rotina do tratamento. Foi demonstrado em estudos que o sexo feminino é afetado mais comumente em uma proporção de 3-4 vezes mais que o sexo masculino. A incidência varia de 1-12 por 100.000 por ano ^(2,4). Tal discrepância deve-se provavelmente à complexidade da condição e a falta de critérios diagnósticos consistentes até 2007 ⁽⁵⁾. Em crianças no início da adolescência também pode ocorrer a SRC, mas normalmente existe uma demora no diagnóstico, na medida em que os sintomas são menos perceptíveis ^(6,7). Em contraste os membros inferiores são seis vezes mais acometidos nas crianças e adolescentes do que em adultos ⁽⁸⁾.

Esse estudo visa avaliar os pacientes com fraturas que evoluíram com dor crônica e são acompanhados no ambulatório de ortopedia do Hospital Regional de Santa Maria – DF (HRSM), por meio de análise de prontuários eletrônicos, com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico desses pacientes no ano de 2016.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, série de casos, amostra de conveniência, utilizando prontuários de pacientes do ambulatório do HRSM com diagnóstico de SRC, correlacionando-se com perfil epidemiológico.

Foram incluídos os pacientes que preenchiam os critérios de Budapeste em que apresentavam dor contínua que fosse desproporcional a qualquer evento desencadeador, sendo discriminada por sexo, faixa etária, energia do trauma, localização da dor e tempo de evolução. Foram avaliados no período de 05/2016 até 12/2016 com um total de 50 pacientes avaliados. Os Critérios Diagnósticos de Budapeste para SRC são: 1. Existe dor persistente e que é desproporcional quando relacionado com o evento gatilho. 2. O paciente reporta pelo menos um sinal em dois ou mais categorias de sinais (Tabela 1). 3. Existe pelo menos um sintoma (na hora do exame) em três ou mais categorias (Tabela 1). 4. Não existe outro diagnóstico que melhor explica os sinais clínicos e os sintomas.

CATEGORIAS DE SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
SENSITIVO	ALODÍNIA E/OU HIPERALGESIA
VASOMOTOR	TEMPERATURA ASSIMÉTRICA E/OU MUDANÇAS DE COR E/OU ASSIMETRIA DE COR
SUDOMOTOR/EDEMA	EDEMA E/OU MUDANÇAS NA SUDORESE NO MEMBRO AFETADO
MOTOR E TROFISMO	REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO E/OU DISFUNÇÃO MOTORA

Tabela 1- Critérios Diagnósticos de Budapeste para Síndrome Complexa Regional.

RESULTADOS

Diante todas variáveis atribuídas para o estudo do presente trabalho, na totalidade da amostra, foi possível encontrar uma maior incidência de SRC no sexo masculino. Quanto à faixa etária a prevalência foi maior nos pacientes que estão entre 19 e 40 anos de idade (44%), seguindo, os de 41 a 60 anos (30%) e de menor incidência nos que estão acima de 60 anos (26%) (Gráfico 1).

No evento traumático inicial, fator determinante para início do processo patológico, houve um predomínio do trauma de baixa energia, incidindo mais de 2 vezes no membro inferior comparado com o membro superior (Gráfico 2 e Tabela 1). O tempo de evolução da doença, desde o momento da fratura até a coleta de dados foi variável, perfazendo uma média de 7 e 22 meses, divididos em dois grupos, os de evolução até 12 meses, predominando com 44 pacientes e os de evolução após 12 meses com 6 pacientes (Tabela 2 e 3).

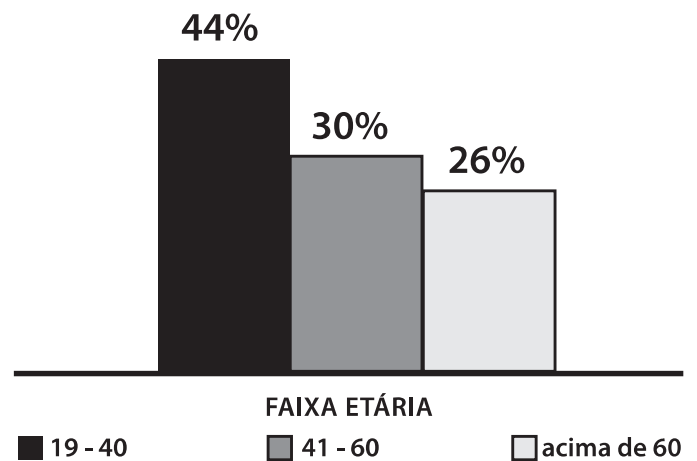


Gráfico 1. Distribuição quanto à faixa etária na Síndrome Regional Complexa.

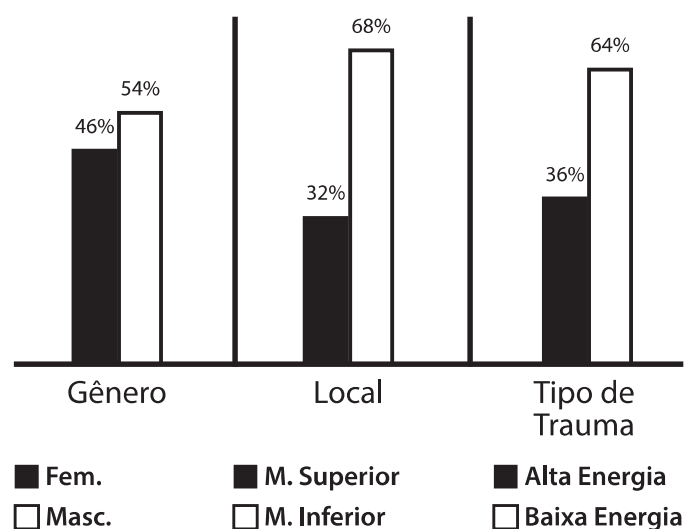


Gráfico 2. Distribuição da Síndrome Regional Complexa quanto ao gênero, membro acometido e energia do trauma.

Características epidemiológicas		Número de Pacientes
Gênero	Masculino	33
	Feminino	27
Membro Acometido	Membro Superior	16
	Membro Inferior	34
Energia do Trauma	Alta Energia	18
	Baixa Energia	32

Tabela 2. Número total de pacientes com Síndrome Regional Complexa por gênero, membro acometido e energia do trauma.

		Nº de Pacientes	Média de Meses de Evolução
Tempo de Evolução	Até 12 meses	44	7 meses
	Acima 12 meses	6	22 meses

Tabela 3. Tempo de evolução desde o trauma até o acompanhamento da Síndrome Regional Complexa.

DISCUSSÃO

A SRC é uma doença de diagnóstico desafiador e heterogênea. Isso ocorre porque seus sinais e sintomas estão em constante mudança. Não existem estágios de SRC, porém há uma flutuação nas condições que são multifatoriais. Em 2003, os critérios para o diagnóstico foram revisados por um grupo da Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), e seus resultados publicados em 2007 (1).

Os critérios diagnósticos de Budapeste para SRC foram aprovados pelo IASP em 2012. A denominação complexa se refere aos sintomas clínicos diversos como dor, alterações sensitivas, motoras e autonômicas. Regional indica a localização dos sintomas e sinais clínicos acometendo as extremidades, geralmente em luva ou distribuída como uma meia, podendo se estender até a parte proximal do membro, em um padrão de distribuição diferente da dor neuropática. Síndrome dolorosa denota uma combinação sintomatológica em que a dor é o fator principal (3).

Nossos resultados evidenciam características epidemiológicas diferentes das apresentadas na literatura, pois tivemos um predomínio de pacientes jovens, do sexo masculino, com trauma de baixa energia no membro inferior, com tempo médio de um ano para recuperação do quadro de Síndrome regional Complexa. Acreditamos que isso se deve ao fato do HRSM ser um hospital de referência para ortopedia e traumatologia no entorno do Distrito Federal.

Esse diagnóstico pode ser complementado com cintilografia óssea trifásica e a aferição da diferença de temperatura da pele dos membros com um termômetro infravermelho ou termografia. No entanto, estes testes sozinhos não podem confirmar ou negar o quadro, mas auxiliam no diagnóstico diferencial. Eletro-neuromiografia, estudos de condução nervosa ou potenciais somato-sensoriais evocados podem ser utilizados na suspeita de SRC tipo 2 (9).

Os diagnósticos diferenciais incluem lesão óssea ou de partes moles, artrite, neurite, doença de Reynaud, Síndrome de Gardnere Diamond, obstrução linfática/venosa, lesão de nervo periférico, dor neuropática, infecções, síndrome compartimental, artropatia de Charcot, insuficiência arterial, dentre outros (10).

Na suspeita de SCR, o paciente deve ser acompanhado por médico com atuação na área de dor assim que possível e, consequentemente, iniciar terapia especializada a fim de melhorar o quadro do paciente (11). Questionários como DN4, LANSS, ou PAIN DETECT devem ser aplicados para caracterização da dor neuropática. Devido a alternância dos sintomas, os pacientes podem ser incluídos nos critérios ao citar queixas passadas, sem que sejam necessárias estarem presentes no momento. Vale ressaltar que é importante atentar a fatores de melhora ou piora durante o tratamento.

É importante obter um exame físico neurológico detalhado, com avaliação da força pelo HANDGRIP TEST (dinamômetro para testar a força da mão), ou com CYBEX (para o membro inferior). A função do membro superior pode ser detalhada com aplicação do DASH (Disability of Arm, Shoulder and Hand), enquanto que no membro inferior podemos usar o AOFAS (Ankle-Hindfoot Scale) (11).

CONCLUSÃO

Nossos resultados evidenciam características epidemiológicas diferentes das apresentadas na literatura, pois tivemos um predomínio de pacientes jovens, do sexo masculino, com trauma de baixa energia no membro inferior, com tempo médio de um ano para recuperação do quadro de Síndrome Regional Complexa.

REFERÊNCIAS

1. Harden RN, Bruhel S, Perez RS, Birklein F, Marinus J, Maihofner C. Validation of proposed diagnostic criteria ("The Budapest Criteria") for complex regional pain syndrome. *Pain* 2010; 150 (2): 268-74.
2. Bruhl S. Complex Regional Pain Syndrome. *BMJ* 2015; 351: h2730.
3. Gierthmolen J, Binder A, Baron R. Mechanism-based treatment in complex regional pain syndromes. *Net Ver Neurol* 2014; 10 (9): 518-28.
4. De Mos M, De Bruijn AG, Huygen FJ, Dieleman JP, Stricker BH, Sturkenboom MC. The incidence of complex regional pain syndrome: A population-based study. *Pain* 2007; 129 (1-2): 12-20.
5. Dworkin RH, Turk DC, Mc Dermott MP, Pierce-Sadner S, Burke LB, Cowan P, et al. Interpreting the clinical importance of group differences in chronic pain clinical trials: Impact recommendations. *Pain* 2009; 146 (3): 238-44.
6. Lee BH, Scharff L, Sethna MF, Mc Carthy CF, Scott-Sutherland J, Shea AM, et al. Physical therapy and cognitive-behavioral treatment for complex regional pain syndromes. *J Pediatr* 2002; 141(1): 135-40.
7. Bialocerkowski AE, Daly A. Is physiotherapy effective for children with complex regional pain syndrome type I? *Clin J Pain* 2012; 28 (1): 81-91.
8. Borucki AN, Greco CD. Na update on complex regional pain syndromes in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2015; 27(4): 448-52.
9. Perez RS, Geertzen JHB, Dijkstra PU, Dirckx M, van Eijs F, Fröölke JP, et al. Updated guidelines for complex regional pain syndrome type I. May 2014.
10. Turner-Stokes L, Goebel A. Guideline development group. Complex regional pain syndrome in adults: concise guidance. *Clin Med* 2011; 11 (6): 596-600.
11. Turk DC, Tracey I, Koltzenburg M, McMahon S. Wall & Melzack's textbook of pain. Saunders; 2013.