



CADERNOS

ORTOPEDIA

N.º 34 // JAN' 18 // TRIMESTRAL

**AINES E TUBO
DIGESTIVO ALTO:
QUEM E COMO PROTEGER**

**IMPACTO
DA HIPERLAXIDÃO
LIGAMENTAR SOBRE
A MÃO E PUNHO**

Um brinde ao coração.

Nova fórmula
com -83% sódio ^{*(1,2,3)}



MAIOR SEGURANÇA SEM RENUNCIAR
AO ALÍVIO RÁPIDO DA DOR E FEBRE

*Em comparação com outras formulações efervescentes

Nome do medicamento: XUMADOL 1g granulado efervescente **Composição:** Cada saqueta contém 1 g de paracetamol. Contém aspartamo e sódio. Excipientes: ver RCM completo. **Forma farmacêutica:** Granulado efervescente **Indicações terapêuticas:** Tratamento sintomático da dor de intensidade ligeira a moderada. Estados febris. **Posologia e modo de administração:** Via oral. Adultos e crianças com mais de 15 anos: 1 saqueta (1 g de paracetamol) dissolvida num copo de água, 3 a 4 vezes por dia. As tomas devem ser espaçadas de pelo menos 4 horas. Dose máxima diária de 4 g (4 saquetas). Insuficiência renal grave: Quando se administra paracetamol em caso de insuficiência renal grave (clearance da creatinina inferior a 10 ml/min), recomenda-se que o intervalo entre 2 tomas seja, no mínimo, de 8 horas. Insuficiência hepática: ver contraindicações. Idosos: Em doentes idosos observou-se um aumento da semivida de eliminação do paracetamol, pelo que se recomenda reduzir a dose do adulto em 25%. Alcoólicos crónicos: não deve administrar-se mais de 2 g/dia de paracetamol. **Contraindicações:** Hipersensibilidade conhecida ao paracetamol ou a qualquer um dos excipientes da especialidade; Doentes com doenças hepáticas (com ou sem insuficiência hepática) ou hepatite viral (aumenta o risco de hepatotoxicidade). **Advertências e precauções:** Deve administrar-se paracetamol com precaução, evitando tratamentos prolongados em doentes com anemia, problemas cardíacos ou pulmonares ou com disfunção renal (neste último caso, o uso ocasional é aceitável, mas a administração prolongada de doses elevadas pode aumentar o risco de aparecimento de efeitos adversos renais). Em caso de insuficiência renal grave, o intervalo entre 2 tomas, deverá ser no mínimo de 8 horas. A utilização de paracetamol em doentes que consomem habitualmente álcool (três ou mais bebidas alcoólicas/dia) pode provocar lesões hepáticas. Em alcoólicos crónicos, não deve administrar-se mais de 2 g/dia de paracetamol. Recomenda-se precaução em doentes asmáticos sensíveis ao ácido acetilsalicílico, pois estão descritas ligeiras reações broncoespásmicas com o paracetamol (reação cruzada), apesar de apenas se ter observado em menos de 5% dos doentes. Se a dor se mantiver durante mais de 10 dias, ou a febre durante mais de 3 dias ou em caso de agravamento ou aparecimento de outros sintomas, deve reavaliar-se a situação clínica. Este medicamento contém aspartamo, uma fonte de fenilalanina. Pode ser prejudicial em indivíduos com fenilcetonúria. Este medicamento contém sódio, pelo que esta informação deve ser tida em consideração em doentes com ingestão controlada de sódio. **Interações:** O paracetamol é metabolizado a nível hepático, originando metabolitos hepatotóxicos pelo que pode interagir com fármacos que utilizem as mesmas vias de metabolização. Os referidos fármacos são: Anticoagulantes orais (acenocumarol, varfarina); Álcool etílico: Potenciação da toxicidade do paracetamol, por possível indução da produção hepática de produtos hepatotóxicos derivados do paracetamol; Anticonvulsivantes (fenitoína, fenobarbital, metilfenobarbital, primidona); Cloranfenicol: Potenciação da toxicidade do cloranfenicol, por possível inibição do seu metabolismo hepático; Estrogénios; Diuréticos da ansa; Isoniazida; Lamotrigina; Probenecide; Propranolol; Rifampicina; Anticolinérgicos (glicopirrono, propantelina); Resinas de troca iónica (colestiramina); Zidovudina; **Interações com meios de diagnóstico:** sangue, urina, análise da função pancreática por bentirromida, determinações do ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) na urina. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas do paracetamol são, em geral, raras ou muito raras. **Gerais:** Raras: Mal-estar; **Muito raras:** reações de hipersensibilidade que podem variar entre uma simples erupção cutânea ou uma urticária e choque anafilático. **Trato gastrointestinal:** Raras: níveis aumentados de transaminases hepáticas; **Muito raras:** hepatotoxicidade (icterícia). **Metabólicas:** **Muito raras:** Hipoglicémia. **Hematológicas:** **Muito raras:** trombocitopenia, agranulocitose, leucopénia, neutropénia, anemia hemolítica. **Sistema cardiovascular:** Raras: Hipotensão. **Sistema renal:** **Muito raras:** piúria estéril (urina turva), efeitos adversos renais (ver Advertências e precauções). Data da última revisão do texto: junho 2015. Medicamento sujeito a receita médica. RCM e P.V.P. entregues em separado. Para mais informação, contactar o titular de AIM: ITF Medialfarma, Produtos Farmacêuticos, Lda. Rua Consiglieri Pedroso, nº 123, Queluz de Baixo, 2730-056 Barcarena.

1. RCM Xumadol aprovado pelo Infarmed em junho de 2015. 2. RCM Dafalgan aprovado pelo Infarmed em junho de 2011 3. RCM Paracetamol Generis aprovado pelo Infarmed em maio de 2014



EDITORIAL

ORTOPEDIA PEDIÁTRICA DIFERENÇAS NO TRAUMA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

CORPO CLÍNICO

Cirurgia da Coluna

Prof. Doutor Jorge Mineiro
Dr. João Cannas
Dr. Luís Barroso

Cirurgia do Ombro

Dr. António Cartucho
Dr. Nuno Moura
Dr. Marco Sarmento

Cirurgia da Mão e Punho/ /Cirurgia Plástica

Dr. J. J. Mota da Costa
Dr.ª Filipa Santos Silva
Dr. Miguel Botton

Cirurgia da Anca

Dr. Dimas de Oliveira
Dr. Pedro Dantas
Dr. Pedro Rocha

Cirurgia do Joelho/ /Traumatologia Desportiva

Dr. Ricardo Varatojo
Dr. R. Telles de Freitas
Dr. Mário Vale

Ortopedia e Traumatologia Infantil

Dr. M. Cassiano Neves
Dr. Delfin Tavares
Dr. Francisco Sant'Anna
Dr.ª Monika Thüsing
Dr.ª Susana Norte Ramos

Cirurgia do Pé e Tibiotársica

Prof. Doutor Paulo Felicíssimo
Dr. M. Cassiano Neves
Dr. Delfin Tavares

Ortopedia Oncológica

Dr. José Portela

A infância e a adolescência são períodos de desafios e de exploração constituindo por isso um risco acrescido de perigo e, desta forma, de potenciais lesões que podem afetar o esqueleto em crescimento.

As crianças apresentam características específicas e não devem ser tratadas como adultos pequenos. Da mesma forma, as fraturas na idade pediátrica são diferentes das fraturas no adulto e, por isso, necessitam de abordagens diferentes.

Muitas vezes o diagnóstico é difícil, quer pela ausência de ossificação quer pela dificuldade em examinar a criança.

Contudo, é importante ter em conta que as lesões músculo-esqueléticas podem ser causa de morbilidade a longo prazo na idade pediátrica. Podem potencialmente levar à perda de um membro, a uma lesão neurológica permanente, a um encerramento prematuro da fise com conseqüente alteração do comprimento do membro ou desvio axial.

Assim, a chave para compreender as lesões músculo-esqueléticas nesta faixa etária, assenta inicialmente na compreensão da anatomia e fisiologia do esqueleto em crescimento e, particularmente, das alterações que vão ocorrendo durante este período, até ao esqueleto rígido do adulto.

Algumas diferenças fisiológicas e anatómicas do esqueleto em crescimento como o potencial de remodelação, a elasticidade do osso, a existência das fises abertas, a espessura do perióstio e a presença de estruturas anatómicas mais pequenas, contribuem para a diferente abordagem no tratamento das fraturas na idade pediátrica.

A abordagem adequada e a horas pode minimizar a disfunção e morbilidade a longo prazo no trauma pediátrico.

Assim o ortopedista que aborda as lesões osteoarticulares na infância e adolescência deve estar familiarizado com os prováveis mecanismos de lesão, com as fraturas típicas das crianças, cujo diagnóstico pode passar despercebido, com o tratamento adequado destas lesões e com a resposta biológica a longo prazo da estrutura lesada, particularmente se está envolvida a cartilagem de crescimento.

Esta tem sido uma preocupação constante do serviço de Ortopedia do Hospital CUF Descobertas na abordagem destes doentes.

Dr.ª Susana Norte Ramos

SUMÁRIO



05

SÍNDROME DOLOROSA
DO GRANDE TROCÂNTER
DR. PEDRO COSTA ROCHA



09

IMPACTO DA HIPERLAXIDÃO
LIGAMENTAR SOBRE A MÃO E PUNHO
DR.ª FILIPA SANTOS SILVA



12

"ENDIREITA AS COSTAS MARIA"
DR. LUÍS BARROSO



14

AINES E TUBO DIGESTIVO ALTO:
QUEM E COMO PROTEGER
DR. PAULO OLIVEIRA RATILAL



17

WORKSHOP "UM DIA NA SALA DE GESSOS"
ENF.ª CRISTINA ALEXANDRE



18

A ABORDAGEM DA TERAPIA DA MÃO
NA HIPERMOBILIDADE ARTICULAR
DO PUNHO E MÃO
FT. MÓNICA CARVALHO E SILVA

CADERNOS

ORTOPEDIA

FICHA TÉCNICA

Propriedade

Centro de Ortopedia

Rua Mário Botas, Parque das Nações
1998-018 Lisboa

Diretor

Prof. Doutor Jorge Mineiro

Coordenadores

Mário Vale
Pedro Dantas

Secretária

Theresa Neves
theresa.neves@jmellosaude.pt

Edição

News Farma
newsfarma@newsfarma.pt
www.newsfarma.pt

Impressão e acabamento

RPO

Tiragem

5500 exemplares

Periodicidade

Trimestral

Proibida a reprodução total ou parcial do
conteúdo desta revista sem autorização
prévia do editor.

Apoio exclusivo



GRUPO ITALFARMACO



hospitalcuf
descobertas



centro de
ortopedia

Dê-nos a sua opinião sobre os

CADERNOS

ORTOPEDIA

para podermos melhorar esta publicação

Responda ao questionário em www.newsfarma.pt/formulario-cadernos-de-ortopedia



SÍNDROME DOLOROSA DO GRANDE TROCÂNTER



DR. PEDRO COSTA ROCHA
UNIDADE DE CIRURGIA DA ANCA DO CENTRO
HOSPITALAR CUF DESCOBERTAS

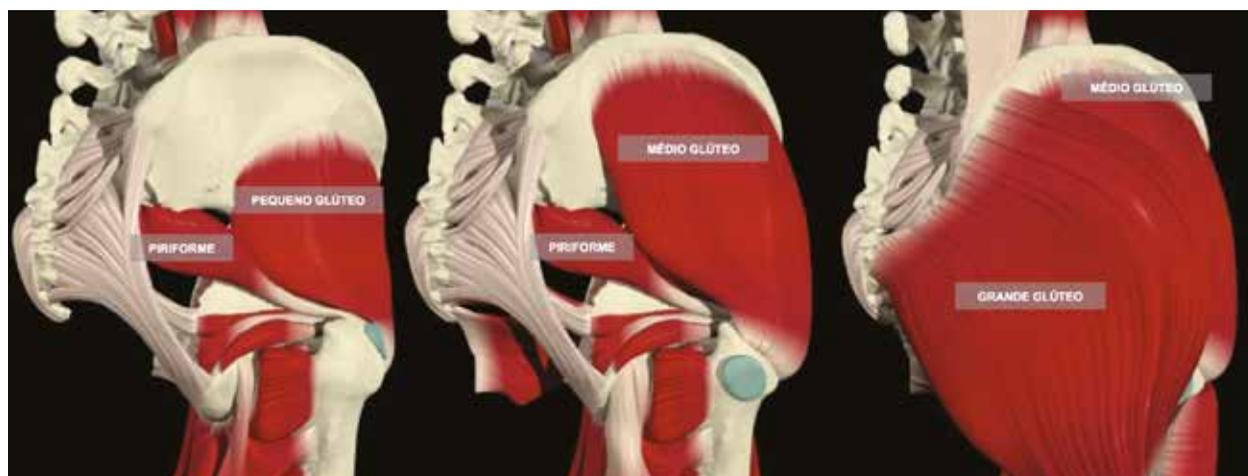


FIGURA 1
INSERÇÕES TENDINOSAS DOS MÚSCULOS ABDUTORES NO ILÍACO E REGIÃO TROCANTÉRICA

INTRODUÇÃO/EPIDEMIOLOGIA

A dor na proximidade do grande trocânter do fêmur proximal é um motivo frequente de consulta em Ortopedia. Estima-se que afete 10 a 25% da população em sociedades industrializadas e que corresponda a 2,5% de todas as lesões desportivas que envolvem a anca. Contudo existem poucos estudos acerca desta patologia. Terá sido descrita na literatura pela primeira vez por Stegemann, em 1923, como uma patologia muito imitadora por ser frequentemente confundida com outras patologias; e mais tarde, em 1950 por Leonard como bursite trocantérica não cálcica.

O termo bursite é apontado por alguns autores como incorreto uma vez que o trio cardinal da inflamação – rubor, eritema e edema está geralmente ausente.

Na década de 1990 tanto Bunker como Kagan cunharam o termo “Rotator cuff tears of the hip” (Roturas da coifa da anca). Descreveram nos seus trabalhos um paralelismo entre a patologia tendinosa da coifa dos rotadores do ombro e um processo equiparado que ocorreria nos tendões do grande trocânter femoral. Nas duas últimas décadas, possivelmente relacionado com o maior recurso à ressonância magnética como método imagiológico complementar da anca e pela maior percepção da comunidade ortopédica para esta patologia, verificou-se um aumento significativo da incidência destas lesões.

ANATOMIA

Do ponto de vista anatómico o grande trocânter tem várias inserções tendinosas: piriforme,

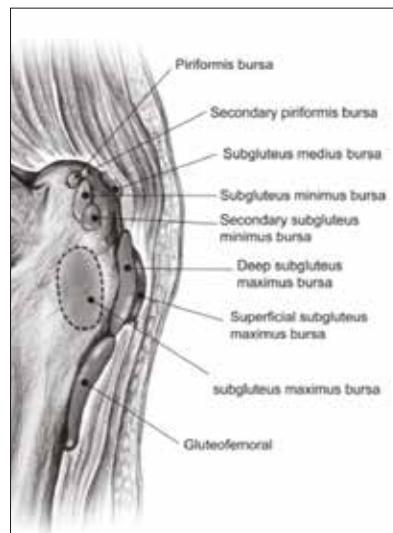


FIG. 2
VÁRIAS BURSAS POSSÍVEIS NA REGIÃO TROCANTÉRICA

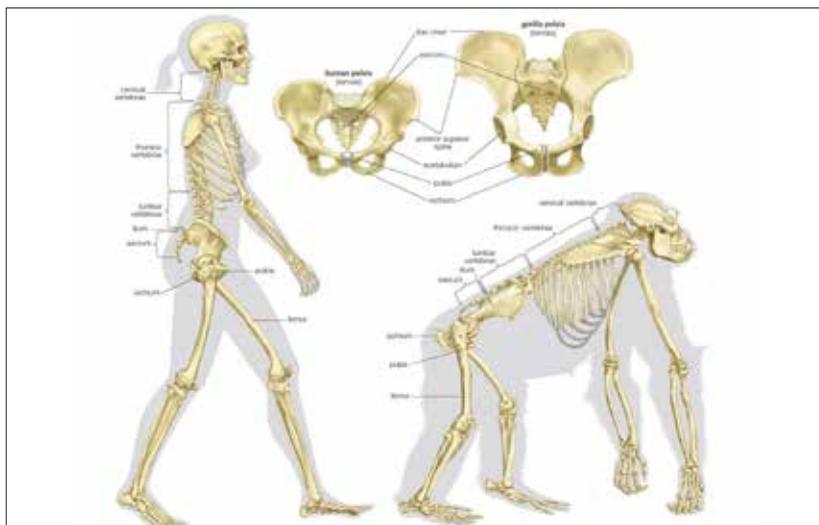


FIG. 3 CHIMPANZÉ VS HOMEM A POSIÇÃO DE MARCHA QUADRÚPEDE VS BÍPEDE. B BACIA CHIMPANZÉ VS BACIA HOMEM

pequeno glúteo, médio glúteo e os rotadores externos. A inserção do médio glúteo faz-se nas facetas postero-superior e lateral do grande trocânter. O pequeno glúteo, por alguns autores considerado como o único músculo cuja contração isolada provoca rotação interna da anca, com uma função equiparável ao subscapular no ombro, insere-se na faceta anterior. O piriforme insere-se na faceta postero-superior. Na faceta posterior será a localização típica da bursa trocantérica major. (fig.1).

Na área trocantérica existem várias bursas: bursa sub grande glúteo, dominante, habitualmente com extensão ao grande trocânter; bursa glúteo-femoral, bursa sub médio glúteo anterior, as bursas sub tendão pequeno glúteo, as bursas do tendão piriforme, entre outras. Este vasto número de bursas com localização variável tornam os padrões de dor imprevisíveis e dificultam tanto o diagnóstico como o tratamento por infiltrações (fig 2).

FISIOPATOLOGIA

As lesões tendinosas do grande trocânter seguem os mesmos padrões da patologia da coifa dos rotadores do ombro: tendinopatia, rotura parcial/completa, retração, involução/atrofia gorda e calcificações ocasionais.

Poderá existir concomitantemente patologia lombar, osteoartrose da anca ou do joelho e inflamação da banda ilio tibial. Num estudo acerca da síndrome de dor trocantérica, 63% dos doentes observados nesse contexto tinham sido observados previamente por um cirurgião

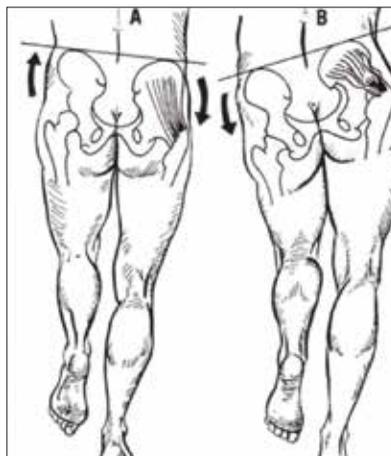


FIG 4 TESTE DE TRENDLENBURG POSITIVO COM QUEDA DA ANCA CONTRALATERAL - B

dedicado à coluna vertebral por suspeita de dor radicular vertebral.

De acordo com a avaliação evolutiva, na transição do chimpanzé quadrúpede para o homem bípede terão ocorrido transformações pélvicas. Os ilíacos terão sofrido uma rotação interna, passando os músculos posteriores para a face lateral (médio e pequeno glúteo). Estes músculos volumosos, com uma grande área insercional na face externa do ilíaco têm uma área de inserção trocantérica relativamente reduzida. Esse aspecto torna-os vulneráveis na inserção trocantérica ao estiramento e à rotura. Ao mesmo tempo terá ocorrido um desenvolvimento significativo do grande glúteo, principal músculo extensor, maior responsável pela manutenção do ortostatismo –

posição ereta característica do homem (fig 3).

Parece ser uma patologia mais frequente nas mulheres, correspondendo estas até 75% dos casos, com maior incidência entre a quarta e a sexta décadas de vida, idade média 55 anos. O aumento da incidência em mulheres estará relacionado com o tamanho, a forma e a orientação da bacia no género feminino – ginecóide vs andróide - que poderá contribuir para uma biomecânica diferente com maior solicitação dos tendões trocantéricos e uma maior predisposição para lesões.

O diagnóstico diferencial na dor trocantérica deverá incluir alterações intra articulares da anca, patologia vertebral e das sacroilíacas, meralgia parestética, fraturas do fémur proximal, principalmente após eventos traumáticos; patologia da banda ilio- tibial, entre outros.

CLÍNICA

A dor característica é de início insidioso, crónica e incapacitante, referida à face lateral da anca e habitualmente com irradiação para a face posterior. Tem características inflamatórias com exacerbação nas mudanças de posição – ao sentar/levantar, no ortostatismo prolongado e no decúbito lateral homolateral. Também poderá haver um agravamento das queixas com a utilização de escadas e nas atividades desportivas de impacto. No exame objetivo existe habitualmente uma replicação e agravamento da dor à palpação trocantérica (em cerca de 83% dos casos) e com a abdução contrariada. Poderá existir um défice de força de abdução e um teste de Trendelenburg positivo, em que ao testarmos a força dos abdutores e num teste de apoio monopodal tipicamente a anca contralateral “cai”. O teste de Trendelenburg, de acordo com Bird, em 2001, é positivo em cerca de 68% dos casos de patologia dos tendões abdutores e revelou ter uma sensibilidade de 73% e uma especificidade de 77% (fig 4).

Para fazer o diagnóstico diferencial com síndrome da banda ilio-tibial o teste de Ober, que avalia a contração e possivelmente inflamação do tensor da fásia lata e banda ilio-tibial, pode ser necessário. A meralgia parestésica, por disfunção do nervo femorocutâneo com alterações da sensibilidade da face antero externa da coxa também deve ser incluída no diagnóstico diferencial. Outros aspetos menos frequentes mas que poderão ocorrer são uma ligeira diminuição da mobilidade da anca e a tendência para o membro em rotação externa assimétrica.

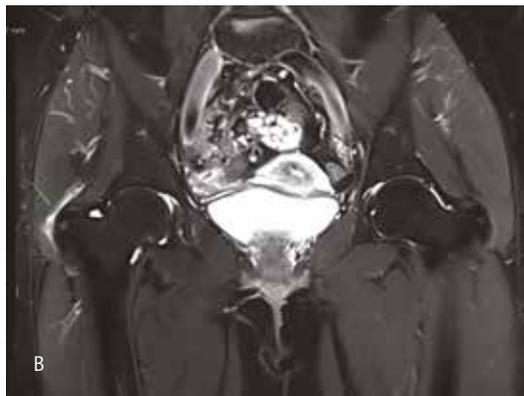


FIG 5
A INFLAMAÇÃO PERTROCANTÉRICA/
/ROTURA PARCIAL DO MÉDIO GLÚTEO;
B ROTURA TENDÃO DO MÉDIO GLÚTEO



FIG 6
INFILTRAÇÃO PERTROCANTÉRICA APÓS MARCAÇÃO DO LOCAL - "LANDMARKED"

FIG 7
ROTURA DO MÉDIO GLÚTEO, TRATAMENTO "ABERTO"
EM CONTEXTO DE ARTROPLÁSTIA DA ANCA

IMAGIOLOGIA

A radiografia e a ecografia por um imagiologista com experiência poderão confirmar o diagnóstico contudo o método imagiológico de escolha pela maioria dos autores atualmente é a ressonância magnética (RM). Na RM podem ser avaliados de forma replicável e, comparando com o lado contra lateral, a inflamação pertrocantérica, as alterações intersticiais dos tendões, as roturas parciais e totais. Numa fase posterior é objetivável a retração e a atrofia lipomatosa dos ventres musculares (fig.5 A).

TRATAMENTO

O tratamento conservador, eficaz em 60-90% dos casos tem várias modalidades. A fisioterapia deve incluir exercícios de alongamentos, fortalecimento dos abdutores com centragem da anca e aumento da flexibilidade. Poderá ter benefício a aplicação local de gelo, a perda de peso e a toma de anti-inflamatórios não esteroides.

As infiltrações pertrocantéricas com anestésico e corticoide têm resposta entre 60 a 100% dos casos, dependendo dos estudos. Existem vários estudos prospectivos acerca das injeções na área trocantérica. Um deles de Shbeeb *et al*

em 1996, comparou a eficácia de infiltrações com apoio ecográfico e/ou radiográfico com as infiltrações sem apoio de imagem, com marcação apenas do ponto mais doloroso – *landmarked*. Os autores concluíram que não existiam diferenças significativas aos 3 meses de seguimento e não existiam diferenças entre a percentagem de injeções bursais e extra bursais entre os dois grupos. Está descrito que se existir uma recidiva das queixas após um efeito forte e prolongado poderá ser repetida a infiltração. Se as queixas persistirem após a infiltração com corticoide e anestésico deverá ser tido em conta que a agulha não foi bem colocada, terá ocorrido um erro de diagnóstico ou existirá uma lesão significativa das estruturas tendinosas pertrocantéricas.

As indicações para o tratamento cirúrgico são a falência do tratamento não cirúrgico, a fraqueza dos músculos abdutores e o agravamento das queixas laterais com interferência nas atividades da vida diária.

A primeira descrição da sutura do tendão do médio glúteo terá sido de Weber e Berry em 1997 (Figura 7). Atualmente existem já técnicas descritas para resolver situações mais avançadas como

a utilização de patches biológicos (tipo aumentos) como técnica de reconstrução tendinosa quando a retração já é muito avançada.

A primeira descrição da sutura endoscópica dos tendões abdutores da anca terá sido por Voos *et al*, em 2007. No tratamento endoscópico está descrita, por Baker em 2007, a bursectomia endoscópica isolada como tendo bons resultados em 85% dos casos até 5 anos de seguimento.

Se for colocado o diagnóstico de inflamação, espessamento ou encurtamento da banda ilio tibial poderá ser feito o tratamento pela mesma via com libertação ou alongamento da banda ilio-tibial.

Na técnica endoscópica é fundamental a orientação em relação ao espaço. Habitualmente, após tratamento ou apenas inspeção do compartimento intra-articular, a anca é colocada em ligeira abdução para permitir a abertura do espaço pertrocantérico. Uma

vez identificado o tendão do grande glúteo procede-se à bursectomia e libertação de aderências até ser possível uma avaliação dos tendões abdutores. É fundamental ter em conta a anatomia regional nomeadamente as inserções relativas dos abdutores e no caso do médio glúteo o facto de existir uma zona intermédia sem inserção trocantérica fisiológica entre a faceta postero-superior e a faceta lateral. As roturas são mais frequentes na faceta lateral, na transição entre o médio e o pequeno glúteo (Figura 8).

A reinserção tendinosa habitualmente é precedida pela descorticação trocantérica para permitir a cicatrização do tendão reinserido. A sutura tendinosa poderá ser feita com âncoras e segue os padrões habitualmente descritos na sutura da coifa dos rotadores do ombro. Tal como no ombro poderá ser usado um sistema de fileira simples ou dupla, mas ainda não foram demonstradas vantagens do ponto de vista clínico entre a fileira simples ou dupla, apesar dos estudos biomecânicos realizados em ovelhas terem concluído existir uma vanta-

gem estrutural na fileira dupla. De acordo com a literatura a médio prazo a força de abdução pode ser readquirida.

REABILITAÇÃO

Os objetivos são proteger os tecidos reparados, prevenir a inibição muscular, restabelecer a mobilidade articular, diminuir a dor e a inflamação. Numa fase inicial, até às 2 semanas após a cirurgia pode ser usada uma ortótese de abdução que limita a adução e a flexão da anca. É recomendada a carga parcial com canadianas até às 4-6 semanas, é iniciada a mobilização precocemente e pode ser iniciada bicicleta estática às 4 semanas. O aumento é progressivo após a retoma da carga e os doentes habitualmente estão reabilitados entre os 3 e os 4 meses, apesar de nalgumas séries poder ir até aos 18 meses.

CONCLUSÕES

Existem poucos estudos acerca da reparação dos tendões do médio glúteo, os que existem têm relativamente poucos doentes e são todos de grau

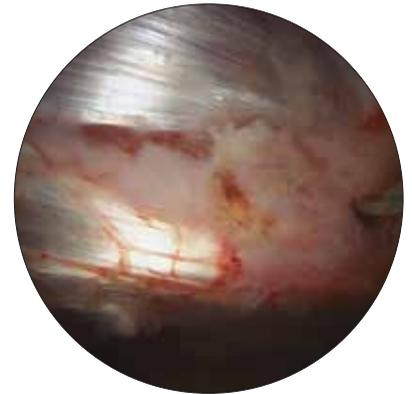


FIG 8
ROTURA DO MÉDIO GLÚTEO, TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

IV, com pouco significado estatístico. Contudo, de acordo com a informação disponível a patologia dos tendões abdutores parece ser importante tendo em conta a sua incidência e as queixas incapacitantes. Uma vez feito o diagnóstico de rotura do médio glúteo o seu tratamento pode ser feito de forma previsível com curto prazo de resolução da dor e regresso à atividade.

BIBLIOGRAFIA:

- Baums MH, Spahn G, Buchhorn GH, Schultz W, Hofmann L, Klinger H-M. Biomechanical and magnetic resonance imaging evaluation of a single- and double-row rotator cuff repair in an in vivo sheep model. *Arthroscopy* 2012;28:769-777.
- Bewyer D, Chen J. Gluteus medius tendon rupture as a source for back, buttock and leg pain: case report. *Iowa Orthop J* 2005; 25: 187-9.
- Bird PA, Oakley SP, Shnier R et al. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. *Arthritis Rheum* 2001; 44: 2138-45.
- Blankenbaker DG, Ullrich SR, Davis KW et al. Correlation of MRI findings with clinical findings of trochanteric pain syndrome. *Skeletal Radiol* 2008; 37: 903-9
- Butcher JD, Salzman KL, Lillegard WA. Lower extremity bursitis. *Am Fam Physician* 1996;53:2317-24
- Bunker TD, Esler CN, Leach WJ. Rotator-cuff tear of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 1997; 79: 618-20
- Cormier G, Berthelot JM, Maugars Y. Gluteus tendon rupture is underrecognized by French orthopedic surgeons: results of a mail survey. *Joint Bone Spine* 2006; 73: 411-3.
- Chung CB, Robertson JE, Cho GJ et al. Gluteus medius tendon tears and avulsive injuries in elderly women: imaging findings in six patients. *Am J Roentgenol* 1999; 173: 351-3.
- Craig RA, Jones DP, Oakley AP et al. Iliotibial band Z-lengthening for refractory trochanteric bursitis (greater trochanteric pain syndrome). *ANZ J Surg* 2007; 77: 996-8.
- Collee G, Dijkmans BA, Vandenbroucke JP, Cats A. Greater trochanteric pain syndrome (trochanteric bursitis) in low back pain. *Scand J Rheumatol* 1991;20:262-6
- Connell DA, Bass C, Sykes CA et al. Sonographic evaluation of gluteus medius and minimus tendinopathy. *Eur Radiol* 2003; 13: 1339-47
- Dornb BG, Botser I, Giordano BD. Outcomes of endoscopic gluteus medius repair with minimum 2-year follow-up. *Am J Sports Med* 2013;41:988-997.
- Ebert JR, Bucher TA, Ball SV, Janes GC. A review of surgical repair methods and patient outcomes for gluteal tendon tears. *Hip Int* 2015;25:15-23.
- LaBan MM, Weir SK, Taylor RS. 'Bald trochanter' spontaneous rupture of the conjoined tendons of the gluteus medius and minimus presenting as a trochanteric bursitis. *Am J Phys Med Rehabil* 2004; 83: 806-9
- Lachiewicz PF. Abductor tendon tears of the hip: Evaluation and management. *J Am Acad Orthop Surg* 2011;19: 385-391
- Leonard MH. Trochanteric syndrome; calcareous and noncalcareous tendonitis and bursitis about the trochanter major. *J Am Med Assoc* 1958;168:175-7
- Lieveuse A, Bierma-Zeinstra S, Schouten B, Bohnen A, Verhaar J, Koes B. Prognosis of trochanteric pain in primary care. *Br J Gen Pract* 2005;55:199-204
- Lorbach O, Bachelier F, Vees J, Kohn D, Pape D. Cyclic loading of rotator cuff reconstructions: Single-row repair with modified suture configurations versus double-row repair. *Am J Sports Med* 2008;36:1504-1510
- Ma CB, Comerford L, Wilson J, Puttlitz CM. Biomechanical evaluation of arthroscopic rotator cuff repairs: Double-row compared with single-row fixation. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:403-410
- McCormick F, Alpaugh K, Nwachukwu BU, Yanke AB, Martin SD. Endoscopic repair of full-thickness abductor tendon tears: Surgical technique and outcome at minimum of 1-year follow-up. *Arthroscopy* 2013;29:1941-1947.
- Ozcarar L, Erol O, Kaymak B et al. An underdiagnosed hip pathology: apropos of two cases with gluteus medius tendon tears. *Clin Rheumatol* 2004; 23: 464-6
- Paluska SA, O'Duffy JD, Michet CJ Jr, O'Fallon WM, Matteson EL. Evaluation of glucocorticosteroid injection for the treatment of trochanteric bursitis. *J Rheumatol* 1996;23:2104-6
- Stegemann H. Die chirurgische bedeutung paraartikularer kalkalagerungen. *Arch Klin Chir* 1923;125:718-38
- Strauss EJ, Nho SJ, Kelly BT. Greater trochanteric pain syndrome. *Sports Med Arthrosc* 2010;18:113-119
- Walsh MJ, Walton JR, Walsh NA. Surgical repair of the gluteal tendons: A report of 72 cases. *J Arthroplasty* 2011;26:1514-1519.
- Weber M, Berry DJ. Abductor avulsion after primary total hip arthroplasty. Results of repair. *J Arthroplasty* 1997;12: 202-206
- Williams BS, Cohen SP. Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment. *Anesth Analg* 2009; 108: 1662-70

IMPACTO DA HIPERLAXIDÃO LIGAMENTAR SOBRE A MÃO E PUNHO



DR.º FILIPA SANTOS SILVA
UNIDADE DA MÃO E PUNHO/CIRURGIA DO CENTRO HOSPITALAR CUF DESCOBERTAS E CUF ALVALADE

Embora não exista um consenso em termos de definição, a hiperlaxidão ou hipermobilidade articular constitui uma característica individual que atenua com a progressão da idade e que atinge predominantemente as mulheres. Corresponde a uma mobilidade superior ao normal que pode representar uma mais valia em algumas atividades, como são exemplo a ginástica ou o *ballet*, mas em outras pode constituir uma desvantagem. Pela sua aparente benignidade não tem sido alvo de investigação, mas a experiência clínica mostra-nos que o impacto da hipermobilidade articular não pode ser desprezado.

Este tema chegou a ser alvo de atenção por parte de Hipócrates, que especulou que a derrota dos Citas na Índia se deveu à sua hiper-mobilidade articular que teria dificultado a construção dos seus arcos e lançamento dos seus dardos. Em 1831, Benatti² numa nota médica sobre Niccolò Paganini, considerou que a excelência do famoso violinista era fortemente relacionada com a marcada hiper-mobilidade articular que apresentava.

A associação de articulações hiper-móveis e de sintomas musculoesqueléticos, como artralguas e dores musculares, foi reconhecida e descrita como síndrome em 1967 por Kirk *et al*³. Foi designada por síndrome de hiper-mobilidade articular benigna para distinguir das patologias sistémicas associadas a hiper-mobilidade articular como a síndrome de Marfan ou o de Ehler-Danlos. Especula-se que na base desta síndrome esteja uma desordem do tecido conjuntivo, ainda não identificada, de caráter hereditário, sendo possível identificar, em cerca de 50% dos afetados, familiares de 1.º grau com a mesma sintomatologia. Esta desordem, que tem uma incidência de 4% a 13%⁴, manifesta-se com um aumento da elasticidade das estruturas articulares e



FIGURA 1
SCORE DE BEIGHTON

consequente redução da sua capacidade de proteger adequadamente a articulação e prevenir um arco excessivo de movimento. Esta sequência de eventos é assim responsável pelos sintomas exibidos de artralgia, instabilidade articular e dores musculares associadas a fadiga muscular e pela suscetibilidade aumentada à ocorrência de lesões articulares (quer ósseas, quer ligamentares)⁵.

A afetação e as repercussões da hiper-mobilidade articular sobre articulações de carga, especialmente joelhos e tornozelos e coluna vertebral, e também sobre o ombro são amplamente aceites e motivo comum de consulta em ortopedia.

A afetação sobre o punho e mão também está presente. A não valorização da hiperlaxidão como fator desencadeante da sintomatologia leva frequentemente a um insucesso terapêutico. A hiper-mobilidade articular do punho e da mão pode igualmente representar uma vantagem em algumas atividades, mas em outras pode ser prejudicial. Num estudo sobre o impacto da hiper-mobilidade articular em músicos⁶ constatou-se que, em instrumentos como a flauta, os que tinham mais queixas osteoarticulares nas articulações diretamente envolvidas na função eram os músicos com mobilidade articular dentro do arco considerado normal, já os que apresentavam mobilidade acrescida não manifestavam quei-

xas referentes a estas articulações. Quando, ao invés, eram avaliadas as articulações de suporte (que correspondem na flauta ao ombro, cotovelo, punho e polegar do lado não dominante) os hipermóveis eram os que referiam presença de sintomatologia. Já ao considerar instrumentos de percussão, os músicos que apresentavam mobilidade articular considerada normal não apresentavam sintomas nas articulações diretamente envolvidas na atuação, estando estes presentes nos hipermóveis. Também em pianistas com hipermobilidade articular foi descrita lesão do colateral radial da articulação interfalanga proximal do 5.º dedo⁷. O impacto do movimento acrescido do punho e mão na população em geral não tem sido objeto de estudo. Os exemplos apresentados permitem, no entanto, extrapolar a extensão das repercussões. A literatura apenas refere presença de dificuldades na escrita, com dor muscular e articular associada, em até 40% de crianças com síndrome de hipermobilidade⁸. Contrariamente às articulações de carga, nomeadamente o joelho, em que a hipermobilidade parece predispor à evolução para artrose⁹, no punho e mão verificou-se que a mobilidade acrescida parece constituir um fator protetor para a artrose da interfalângica proximal dos dedos¹⁰ e Garcia-Elias mostrou que quanto mais o trapézio cede sobre carga menor é o potencial de desenvolver forças de reação e teoricamente menor será o risco de desgaste¹. A avaliação da hipermobilidade articular é realizada segundo o score de Beighton. Considera-se hipermobilidade articular se a avaliação for superior a quatro pontos em

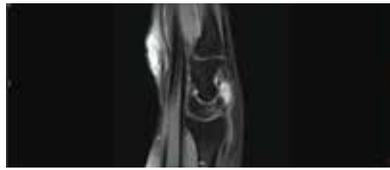


FIGURA 3
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO PUNHO COM QUISTO SINOVIAL COM ORIGEM NO INTERVALO ESCAFO-LUNAR



FIGURA 4
RX MÃO, INCIDÊNCIA PÓSTERO-ANTERIOR



FIGURA 5
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MÃO

nove. Garcia-Elias^{2,3} definiu o único teste descrito na literatura para medir a laxidão do punho, no entanto a sensibilidade e a especificidade do mesmo são reduzidas⁴. O diagnóstico de síndrome de hipermobilidade articular é feito usando os critérios de Brighton.

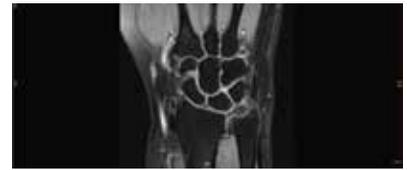


FIGURA 6
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PUNHO



FIGURA 7
ARTRO-TC PUNHO

A NÃO VALORIZAÇÃO DA HIPERLAXIDÃO COMO FATOR DESENCADEANTE DA SINTOMATOLOGIA LEVA FREQUENTEMENTE A UM INSUCESSO TERAPÊUTICO

O foco da questão está no tratamento. Considerando que a sintomatologia destes doentes tem origem na hiperelasticidade articular, na conseqüente reduzida capacidade de proteção adequada da articulação, e na prevenção de um arco excessivo de movimento, o tratamento destes doentes passa pelo fortalecimento muscular e estabilização articular. O fortalecimento dos músculos que afetam as articulações hipermóveis sintomáticas e o treino da proprioceptividade articular já mostrou estabilizar as articulações e reduzir eficazmente as dores das articulações dos membros inferiores⁵. A manutenção da qualidade muscular e da proprioceptividade articular através da prática de exercício físico adequado é fundamental para o alívio duradouro da sintomatologia. O autor pretende mostrar através da apresentação de três casos clínicos que a hipermobilidade articular sintomática do punho e mão é um motivo de consulta a considerar e que o tratamento de reabilitação dirigido à hipermobilidade permite a obtenção de alívio sintomático.

Para o diagnóstico da Síndrome da Hipermobilidade é necessário:
2 critérios maiores ou
1 critério maior e 2 critérios menores
4 critérios menores
2 critérios menores + 1 parente de 1º grau afetado pela síndrome

FIGURA 2
CRITÉRIOS DE BRIGHTON

Crítérios Maiores
Pontuação pelo menos 4 em 9 pontos no Score de Beighton
Artralgia por mais de 3 meses em 4 ou mais articulações

Crítérios Menores
Pontuação 1, 2 ou 3 no Score de Beighton
Artralgia por mais de 3 meses em 1 a 3 articulações ou dores nas costas por mais de 3 meses, espondilose, espondilólise ou espondilolistese
Deslocamento / subluxação em mais de 1 articulação ou em 1 articulação em mais de 1 ocasião
Reumatismo de partes moles (mais de 3 lesões)
Habitus Marfanóide
Anormalidades de pele (estrias, hiperextensibilidade, pele fina, cicatrizes papiráceas)
Sinais oculares (palpebras caídas, miopia)
Veias varicosas, hérnia ou prolapso uterino ou retal

Caso Clínico 1

Mulher, 22 anos, educadora de infância, recorre à consulta por tumefação dorsal do punho dominante sobre o intervalo escafolunar de consistência dura e aderente ao plano profundo compatível com a hipótese diagnóstica de quisto sinovial dorsal do carpo. Referia simultaneamente dores inespecíficas que se estendiam ao compartimento posterior do antebraço. Avaliado *score* de Beighton por conhecido risco acrescido de quistos sinoviais⁶ do carpo em associação com hiper mobilidade, tendo-se identificado um valor de sete pontos em nove.

Dada a sintomatologia, foi orientada para fisioterapia que cumpriu em dias alternados durante dois meses. No tratamento de reabilitação foi dada especial atenção ao fortalecimento muscular e treino proprioceptivo. Na consulta de reavaliação aos quatro meses, a doente apresentava-se assintomática pelo que se optou por manter apenas a vigilância do quisto e recomendar a manutenção da qualidade muscular e equilíbrio articular através da realização de treino de condicionamento muscular em superfícies instáveis e treino de condicionamento muscular de características tensionais.

Caso Clínico 2

Mulher, 41 anos, profissão desenhadora, recorre à consulta por dor persistente e incapacitante do bordo radial da mão dominante. A dor localizava-se à articulação trapezometacárpica e era agravada na realização da pinça, posição esta que acentuava a deformidade com aparente subluxação da base do 1.º metacárpico. O *grind* teste, movimento de compressão associado a rotação do polegar era bem tolerado, mas a translação passiva da base

A HIPERMobilIDADE ARTICULAR DA MÃO E PUNHO É UMA CAUSA NÃO DESPREZÍVEL DE SINTOMATOLOGIA

do polegar era extremamente dolorosa. A avaliação global da doente mostrou *score* de Beighton de nove pontos. Os estudos imagiológicos realizados mostraram subluxação da base do 1.º metacarpo em relação ao trapézio, um incipiente osteófito do último e sinovite da articulação trapezometacárpica.

Foi orientada para fisioterapia tendo cumprido um total de 18 sessões de tratamento onde, após a realização de técnicas para controlo da dor, foi dada especial atenção ao fortalecimento muscular. Na consulta de reavaliação, dois meses após a avaliação inicial, a doente apresentava uma melhoria franca das queixas, sem dor nas atividades de vida diária e tinha retomado a atividade profissional com o apoio de uma ortótese tipo *metagrip*. Foi mantida a vigilância e dada a indicação para manter o fortalecimento muscular.

Caso Clínico 3

Mulher, 30 anos, auxiliar de educação, recorre à consulta na sequência de dor sobre o bordo cubital do punho dominante que surgiu em movimento de supinação, extensão e desvio cubital contra resistência. Clinicamente apresentava dor localizada à fôvea e na translação da radiocubital distal.

Esta última era bastante acentuada, mas sobreponível ao punho contralateral.

A avaliação global da doente mostrou *score* de Beighton de sete pontos em nove.

Solicitada ressonância magnética que mostrou heterogeneidade estrutural da fibrocartilagem triangular com suspeita de disrupção da sua base e alteração da sua ancoragem na epífise cubital inferior.

Dado o contexto de hiper mobilidade articular e ausência segura clínica e imagiológica de avulsão proximal do complexo da fibrocartilagem triangular, foi feita a orientação para fisioterapia. Ao fim de 30 sessões de tratamento e por persistência de sintomatologia foi solicitada artro-TC (artrografia + tomografia computadorizada) que não identificou descontinuidade da inserção na fôvea do complexo da fibrocartilagem triangular.

Perante a confirmação da ausência de lesões na artro-TC, optou-se pela mudança de centro de reabilitação mantendo o foco dos tratamentos no equilíbrio articular e fortalecimento muscular. Verificada uma melhoria progressiva da sintomatologia com resolução dos sintomas após dois meses e meio de reabilitação. Retorno ao trabalho nesta altura sem repercussões clínicas. Recomendada manutenção do fortalecimento muscular e treino proprioceptivo.

Conclusão

A hiper mobilidade articular da mão e punho é uma causa não desprezível de sintomatologia. À semelhança da articulação do joelho, a reabilitação muscular e proprioceptiva parece permitir o alívio das queixas, mas a duração do mesmo é dependente da prática contínua de atividade física adequada.

Considero importante a definição de um *score* específico para a avaliação da hiper mobilidade do punho e mão assim como estudos clínicos que confirmem a validade do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hippocrates. *The genuine works of Hippocrates*. Adams F. London: Sydenham Society, 1849.
2. Bennati F. *Notice physiologue sur Paganini*. Rev Paris 1831; 11:52-60.
3. Kirk JA, Ansell BM, Bywaters EG. *The hypermobility syndrome. Musculoskeletal complaints associated with generalized joint hypermobility*. Ann Rheum Dis 1967;26:419-25.
4. Bulbena A, Duro JC, Porta M, Faus S, Vallescar R, Martin-Santos R. *Clinical assessment of hypermobility of joints: assembling criteria*. J Rheumatol 1992;19:115-22.
5. Wolf JM, Cameron KL, Owens BD. *Impact of joint laxity and hyper mobility on the musculoskeletal system*. J Am Acad Orthop Surg 2011;19(8):463-71.
6. Larsson LG, Baum J, Mudholkar GS, Kollia GD. *Benefits and disadvantages of joint hypermobility among musicians*. New Eng Journ Med 1993;15:1079-1993.
7. Gong HS, Cho HE, Rhee SH, Kim J, Lee Yh, Baek GH. *Radial collateral ligament injury of the little finger proximal interphalangeal joint in young pianists*. J Hand Surg Am 2014;39(8):1535-9.
8. Adib N, Davies, K, Grahame R, Woo P, Murray KJ. *Joint hypermobility syndrome in childhood: A not so benign multisystem disorder?* Rheumatology 2005;44(6), 744-750.
9. Sharma L, Lou C, Felson DT, Dunlop DD, Kirwan-Mellis G, Hayes KW, et al. *Laxity in healthy and osteoarthritic knees*. Arthritis Rheum 1999;42:861-70.
10. Kraus VB, Li YJ, Martin ER, et al. *Articular hypermobility is a protective factor for hand osteoarthritis*. Arthritis Rheum 2004;50:2178-83.
11. Garcia-Elias M, Orsolini C. *Relationship between thumb laxity and trapezium kinematics*. Chirurgie de la main 2011;30:224-227.
12. Garcia-Elias M, Ribe M, Rodriguez J, Cots M, Casas J. *Influence of joint laxity on scaphoid kinematics*. J Hand Surg 1995;20B:379-382.
13. Garcia-Elias M, Pitagoras T, Gilbert-Senar A. *Relationship between joint laxity and radio-ulno-carpal joint morphology*. J Hand Surg 2003;28B:158-162.
14. Andel CJ, Roescher WBM, Tromp MF et al. *Quantification of wrist joint laxity*. J Hand Surg 2008;33A:667 - 674.
15. Sahin N, Baskent A, Cakmak A, Salli A, Ugurlu H, Berker, E. *Evaluation of knee proprioception and effects of proprioception exercise in patients with Benign Joint! Hypermobility Syndrome*. Rheumatology International 2008;28(10):995-1000.
16. McKeon KE, London DA, Osei DA, Gelberman RH, Goldfarb CA, Boyer MI, Calfee RP. *Ligamentous hyperlaxity and dorsal wrist ganglions*. J Hand Surg 2013;38A: 2138-2143.

“ENDIREITA AS COSTAS MARIA!”



DR. LUÍS BARROSO

UNIDADE DE CIRURGIA DA COLUNA VERTEBRAL DO CENTRO HOSPITALAR CUF DESCOBERTAS

É uma convicção por demais estabelecida na sociedade que, quanto mais “direitas” forem as costas, melhor será a nossa saúde. Esta ideia aplica-se claramente relativamente ao alinhamento da coluna vertebral no *plano frontal* em que não deve existir qualquer curvatura. Caso se verifique, é denominada de escoliose e tem sempre um significado patológico.

A gravidade da escoliose está diretamente relacionada com as queixas e a incapacidade que provoca. Até cerca de 20.º é praticamente impercetível e invariavelmente assintomática. É mais frequente no sexo feminino e calcula-se uma incidência de cerca de 10% no sexo feminino. Dos 20.º aos 40.º as queixas de dor são mais frequentes e, consoante o perfil físico do doente (mais evidente em pessoas magras) pode ser esteticamente desfavorável.

Curvas superiores a 40.º ou curvas com progressão da deformidade documentada em estudos radiográficos seriados merecem ponderação relativamente ao tratamento cirúrgico.

O alinhamento da coluna vertebral no *plano sagital* tem características totalmente diferentes. Aqui, as curvaturas são fisiológicas. Todos temos uma lordose lombar, uma cifose torácica e uma lordose cervical. Acontece, no entanto, que a magnitude destas curvas é altamente variável de pessoa para pessoa. O que é comum a todos é o facto de as curvaturas se contrabalançarem de forma a que na posição ortostática a cabeça e os ombros estejam posicionados sobre a bacia. Com este alinhamento aproveitamos as forças da gravidade da melhor forma possível com a minimização do esforço muscular e da energia despendida para nos mantermos e deambularmos na vertical.

De uma forma simplista, um doente com uma lordose lombar mais acentuada carece de uma cifose torácica também importante de forma a que os seus ombros/pescoço/cabeça se mantenham verticalmente sobre a bacia.

De todas estas curvaturas a lordose lombar é a mais importante. É exclusiva do ser humano e confere-nos a capacidade única de nos podermos manter de pé com os joelhos em extensão. A relevância está associada ao facto do prato superior do sacro (S1) ter sempre uma inclinação anterior (e não paralela ao chão) pelo que é a lordose que nos coloca o tronco sobre a bacia. Sem lordose lombar o nosso tronco estaria tão inclinado para a frente da bacia que seria impossível deambularmos sem apoiar os quatro membros no solo.

Esta curvatura é, de certo modo, um processo do desenvolvimento visto que é quase inexistente antes de se adquirir a capacidade da marcha (neste período a criança está sentada com o sacro na vertical e o prato de S1 praticamente paralelo ao solo permitindo um bom equilíbrio do tronco sem lordose lombar). À medida que se põe de pé e começa a deambular verifica-se o desenvolvimento da lordose lombar que progride até estabilizar na adolescência tardia.

Conforme já mencionado, no adulto a magnitude das curvaturas sagitais é variável. No entanto, estas diferenças não são aleatórias. Existe uma relação direta entre o grau de lordose lombar e o formato da bacia do doente, sobre o qual a coluna assenta. O ângulo formado por uma linha perpendicular ao centro do prato superior do sacro e outra desse ponto ao centro da cabeça do fémur é denominado o ângulo de incidência pélvica. Trata-se de um parâmetro fixo, diferente para cada ser humano, inerente à morfologia da bacia. Quanto maior for este ângulo, maior será a lordose lombar necessária para atingir o equilíbrio da coluna.

De acordo com os trabalhos de Roussouly, o formato sagital da coluna classifica-se em quatro tipos desde a hipolordose lombar/hipocifose torácica à hiperlordose lombar/hipercifose torácica.

FIGURA 1
COLUNA EQUILIBRADA NO PLANO SAGITAL COM HARMONIA DE TODAS AS CURVAS FISIOLÓGICAS E CORRETA LINHA DE GRAVIDADE.



Este modelo é de grande utilidade para prever, através de uma radiografia em carga, a localização e tipo de patologia expectáveis em cada doente consoante a linha de prumo, que define a carga axial exercida sobre a coluna vertebral, interseca os elementos ante-

riores ou posteriores da coluna. Os doentes com hipolordose têm maior sobrecarga sobre os discos intervertebrais e desenvolvem precocemente discopatias e hérnias discais. Os hiperlordóticos têm maior sobrecarga sobre as facetas articulares sendo mais suscetíveis de desenvolver estenoses do canal vertebral e espondilolísteses.

Esta informação é particularmente útil na decisão e planeamento de cirurgias que impliquem a estabilização de segmentos da coluna vertebral.

Por outro lado, o grau de cifose da coluna torácica não está diretamente associado às restantes curvaturas da coluna. Existem patologias primitivas da coluna vertebral como a doença de Scheuermann que cursam com um elevado grau de cifose e concomitante rigidez da coluna. Nestes doentes é a coluna lombar que se tem que adaptar à cifose dorsal, adotando uma hiperlordose para se manter o equilíbrio. Tendo em conta o anteriormente exposto, e a título de conclusão realçam-se as seguintes ideias:

- o formato fisiológico da coluna vertebral é variável e individualizado a cada ser humano.
- o fator que mais determina a amplitude das curvaturas naturais da coluna vertebral no plano sagital parece ser o formato da bacia, nomeadamente o ângulo de incidência pélvica.
- a tentativa de correção da postura da coluna, através de contração muscular ativa por longos períodos durante a vida diária, é difícil de atingir, depende de um mecanismo voluntário, é apenas conseguido durante curtos períodos, e, em muitos casos, pretende alterar o alinhamento natural da coluna que nem sempre é tão direito quanto a crença popular defende.
- a terapêutica instituída por profissionais de saúde devidamente credenciados, nomeadamente através da correção postural global (R.P.G.), pode ser francamente benéfica tanto para doentes com verdadeiras patologias de alinhamento como para aqueles em que o alinhamento fisiológico se coloca nos limites da normalidade.

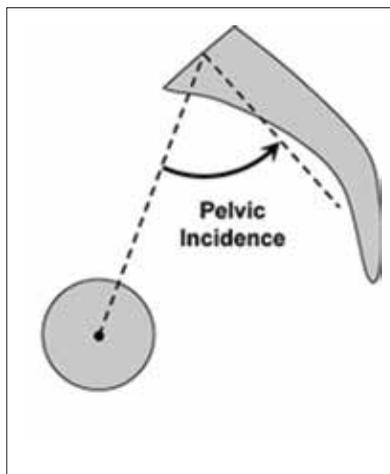


FIGURA 2
O ÂNGULO DE INCIDÊNCIA PÉLVICA

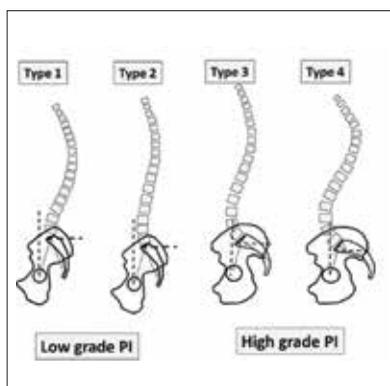


FIGURA 4
TIPOS DE COLUNA VERTEBRAL DE ACORDO COM ROUSSOULY

- é frequente o posicionamento das cinturas escapulares mascarar o verdadeiro alinhamento da coluna dorsal. As cinturas escapulares anteriorizadas provocam uma falsa imagem de hiper cifose dorsal.

Um motivo de consulta frequente na nossa clínica é sensação por parte do doente ou seu familiar de que não tem as “costas direitas”. De forma intuitiva verificamos dois picos de idade para estas situações. A mãe que traz a filha adolescente à consulta por que ela nunca en-

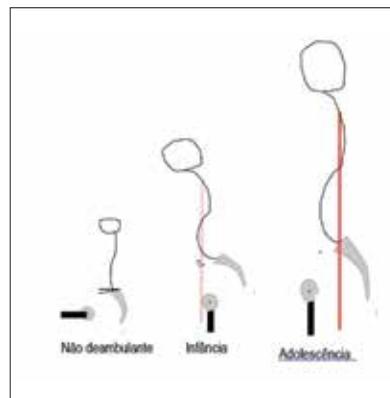


FIGURA 3
EVOLUÇÃO DA LORDOSE LOMBAR DURANTE O CRESCIMENTO

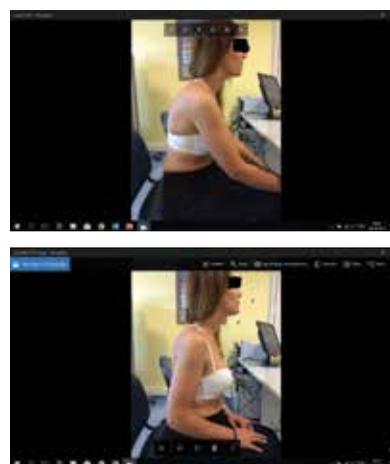


FIGURA 5
A POSIÇÃO DOS OMBROS E CINTURAS ESCAPULARES ALTERA A NOSSA PERCEÇÃO DO POSICIONAMENTO DA COLUNA VERTEBRAL

direita as costas e a filha a contestar que quando as endireita fica com mais dores. O segundo pico corresponde à doente idosa acompanhada pela filha que refere que a mãe está cada vez mais encurvada e a mãe a contestar que não consegue posicionar-se de outra forma. Embora com etiologias diferentes as situações são de certo modo idênticas.

Cabe-nos avaliar, investigar, esclarecer e tratar o possível. Iremos sempre ouvir “endireita as costas Maria!”

BIBLIOGRAFIA

- Pediatric Sagittal Alignment
J. Mac – Thiong – Eur Spine J (2011)20 (Suppl 5) 586 - 590
Equilibrium of the human body and the gravity line : the basics
J. C. Le Huec
E.S.J ; Vol 20 , Issue 5 Supplement 2011
Clinical Anatomy of the Lumbar Spine and Sacrum
Nikolai Bogduk
Elsevier 2005

AINES E TUBO DIGESTIVO ALTO: QUEM E COMO PROTEGER



DR. PAULO OLIVEIRA RATILAL
GASTROENTEROLOGISTA NO HOSPITAL
CUF DESCOBERTAS

Os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) devido às suas ações antipiréticas, analgésicas, anti-inflamatórias e antiagregantes plaquetárias têm reconhecida utilidade clínica em inúmeras situações. Por estes motivos, estes fármacos têm tido um crescente volume de prescrição médica e, pela fácil acessibilidade, de automedicação. O principal fator de preocupação em relação ao consumo de AINEs, limitando a sua prescrição, é a toxicidade gastrointestinal (GI). Apesar de estarem também envolvidos em situações iatrogénicas no tubo digestivo médio e baixo (nomeadamente estenoses do delgado e hemorragias baixas por úlceras do cólon ou de divertículos), as principais manifestações associadas à toma de AINEs respeitam à porção proximal do tubo digestivo - esófago, estômago e duodeno: sintomas dispépticos (relatados em até 60% dos consumidores crónicos), diagnósticos endoscópicos de úlceras (até 40%) e complicações major de úlcera péptica, como a hemorragia digestiva, a obstrução, a perfuração e a morte. Embora até 85% dos diagnósticos endoscópicos de úlceras cursem de forma assintomática, as complicações graves gastrointestinais têm uma incidência global nos doentes consumidores de AINEs e considerados de risco médio, respetivamente, de cerca de 2% ou até 10% por ano^{1,2}.

Ao longo do tempo, este risco de iatrogenia gastrointestinal (GI) dos AINEs foi bem documentado. Walt em 1986 relatou, pela

O PRINCIPAL FATOR DE PREOCUPAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONSUMO DE AINÉS, LIMITANDO A SUA PRESCRIÇÃO, É A TOXICIDADE GASTROINTESTINAL (GI)

primeira vez, no Reino Unido, um aumento consistente no período 1977-86 da incidência de perfuração de úlcera péptica, nos indivíduos com idade superior a 65 anos³. Nessa publicação, conjecturou-se que a crescente prescrição de AINEs podia estar relacionada com esta observação. Nos anos 80, tornou-se robusta a evidência da toxicidade destes fármacos no tubo digestivo alto e estas iatrogenias, pela sua frequência e gravidade, limitaram (e ainda limitam) a prescrição destes fármacos. Emergiram então, nas últimas décadas, duas linhas de investigação.

Por um lado, desenvolveram-se estratégias de prevenção farmacológica das lesões do tubo digestivo alto. Constatou-se que o omeprazol, o primeiro inibidor da bomba

de prótons (IBP), lançado na década de 80, era eficaz no tratamento das complicações pépticas associadas. Admitiu-se, corretamente, que se era eficaz na terapêutica seria também eficaz se utilizado preventivamente. Ademais, comprovou-se que os IBPs eram mais eficazes na prevenção da

TABELA 1
Toxicidade GI relativa dos AINEs não seletivos⁴
(risco crescente)

Ibuprofeno
fenoprofeno
ácido acetilsalicílico
diclofenac
sulindac
diflunisal
naproxeno
indometacina
piroxicam
cetoprofeno

Nota: O ceterolac é considerado de alto risco GI, especialmente em doentes idosos, altas doses e por duração superior a 5 dias⁵.

úlceras pépticas (particularmente duodenal) quando comparados com doses *standard* de inibidores dos recetores-H2 (onde se inclui a ranitidina). Concomitantemente, a investigação dos mecanismos fisiopatológicos que relacionam a toma de AINEs com as lesões gastroduodenais destacou a importância das prostaglandinas na proteção da mucosa e lançou a investigação farmacológica nesse campo, estabelecendo o valor preventivo de uma prostaglandina exógena, o misoprostol. Este fármaco, embora de eficácia preventiva semelhante aos IBPs, tem efeitos adversos que limitam a sua utilização: pode causar diarreia e cólicas abdominais e, nas mulheres, é um agente abortivo. O sucralfato, fármaco estrela nos anos 80-90, perdeu rapidamente protagonismo face à concorrência dos IBPs e não consta atualmente nas recomendações para a prevenção de lesões associadas a AINEs.

A outra linha de investigação naturalmente emergente foi a que conduziu a novas moléculas anti-inflamatórias, com menos iatrogenias que os tradicionais AINEs. No final da década de 90 introduziram-se no mercado os AINEs seletivos da ciclooxigenase (COX)-2 (Coxibes), dos quais foram pioneiros o celecoxib e o rofecoxib. A expectativa de que seriam substituídos dos AINEs tradicionais por pouparem a COX-1 à inibição cedo desapareceram, por se levantarem duas questões relativas à sua segurança:

1. evidenciaram-se efeitos adversos cardiovasculares (CV) - enfarto miocárdio e acidente vascular cerebral - que motiva-

ram alertas à sua prescrição e a retirada do mercado do rofecoxib e valdecoxib. Estudos sequenciais revelaram que quer os Coxibes quer os AINEs clássicos (com a provável exceção do naproxeno) aumentam o risco de eventos CV, não parecendo haver diferenças significativas entre os dois grupos.

2. registou-se o mesmo tipo de efeitos adversos GI com os Coxibes, apesar de frequência menor, quando comparados com os AINEs tradicionais. Esta observação tem sido consistente ao longo do tempo e, numa revisão sistemática da Cochrane, os autores concluem que os Coxibes estão associados com significativamente menor toxicidade gastroduodenal⁶.

Em simultâneo com as inovações farmacológicas do final do século passado, investigou-se o papel do *Helicobacter pylori* na doença péptica. Percebeu-se ser o fator etiológico primordial na gênese das úlceras gástricas e duodenais (não associadas a AINEs) e a sua erradicação passou a ser considerada obrigatória nesses casos. Concluiu-se também que o *H. pylori* é um fator de risco independente para úlceras nos consumidores de AINEs, onde se inclui o AAS de baixa dosagem, e que a sua erradicação reduz o risco nessa população.

Como atuar na prática clínica?

Nas opções acerca da terapêutica anti-inflamatória e da estratégia profilática das lesões GI deve ser tomado em conta o perfil toxicológico do fármaco no tubo digestivo e no sistema CV, bem como o perfil de risco GI/CV do doente.

TABELA 2
Fatores de risco GI

Idade > 65 anos
História passada de úlcera não complicada
AINEs em dose alta
Co-medicação com AAS (incluindo baixa dosagem), corticóides ou anticoagulantes
Infeção por <i>Helicobacter pylori</i>
Alto risco: história passada de úlcera complicada OU ≥ 3 fatores de risco
Risco moderado: 1-2 fatores de risco
Baixo risco: sem fatores de risco

TABELA 3
Fatores de risco CV

Antecedentes pessoais de acidente vascular cerebral
Antecedentes pessoais de acidente isquémico transitório
Antecedentes pessoais de síndrome coronária aguda
Angina estável
Antecedentes pessoais de revascularização arterial
Doença arterial periférica
Alto risco: ≥ 1 factor de risco

TABELA 4
Seleção do AINE e profilaxia das lesões GI

	Baixo risco CV (sem fatores de risco)	Alto risco CV (≥ 1 fator de risco) ou sob AAS
Risco GI Baixo (sem fatores de risco)	AINE clássico, menos ulcerogénico e na menor dose necessária Sem necessidade de IBP	Naproxeno + IBP
Risco GI moderado (1-2 fatores de risco) ou alto (≥ 3 fatores de risco ou passado de úlcera complicada)	Risco GI moderado: AINE clássico + IBP Risco GI alto: Coxibe (+ IBP)	Evitar AINEs e Coxibes, ponderando alternativas terapêuticas

NA TERAPÊUTICA E PREVENÇÃO DAS LESÕES GI DEVE SER AVALIADO O PERFIL TOXICOLÓGICO DO FARMÁCO NO TUBO DIGESTIVO E NO SISTEMA CV, BEM COMO O PERFIL DE RISCO GI/CV DO DOENTE

Adequando normas de conduta e recomendações⁷⁻⁹ sumariza-se a informação relevante para essa decisão.

1. Escolha do AINE

- > Deve sempre ser prescrita a dose mais baixa e durante o menor período de tempo necessário.
- > A toxicidade GI relaciona-se com o AINE utilizado (tipo, dose e duração do tratamento). Porque todos eles têm efeitos adversos no tubo digestivo alto, deve-se optar por um fármaco com menor agressividade. Deve ser considerado o potencial ulcerogénico dos vários AINEs clássicos, não seletivos (tabela 1), salientando-se que os Coxibes têm, comparativamente, menor toxicidade GI. O AAS, mesmo de baixa dosagem, anula o benefício GI dos Coxibes, elevando o risco de toxicidade GI ao nível dos AINEs clássicos. O AAS associado a um AINE clássico aumenta ainda mais esse risco.
- > Todos os AINEs têm toxicidade CV, admitindo-se que o naproxeno deve ser o fármaco preferencial nos doentes com risco cardiovascular. Os Coxibes estão contraindicados se doença isquémica cardíaca, cerebrovascular ou arterial periférica. A toma concomitante de AAS não reduz o risco cardíaco dos doentes sob qualquer tipo de AINEs.

2. Estratificação do risco GI e CV

A existência num doente de fatores de risco GI (tabela 2) ou CV (tabela 3) vai ser determinante na escolha do AINE e na necessidade de profilaxia concomitante das lesões pépticas gastroduodenais.

O *H. Pylori* é um fator de risco independente que deve ser avaliado separadamente.

A TOXICIDADE GI RELACIONA-SE COM O AINE UTILIZADO (TIPO, DOSE E DURAÇÃO DO TRATAMENTO). PORQUE TODOS ELES TÊM EFEITOS ADVERSOS NO TUBO DIGESTIVO ALTO, DEVER-SE-Á OPTAR POR UM FÁRMACO COM MENOR AGRESSIVIDADE

Todos os doentes com passado de úlcera péptica ou propostos para terapêutica crónica com AINEs (incluindo AAS baixa dosagem) devem ser testados e, se positivos, propostos para terapêutica de erradicação.

3. Prevenção farmacológica de lesões GI

Na prevenção das lesões do tubo digestivo alto pode ser utilizado um IBP ou o misoprostol (200 mcg, qid). Por comodidade de prescrição e face ao seu bom perfil de segurança, favorece-se a prescrição de IBP.

Assume-se que todos os IBPs têm eficácia semelhante, mas nem todos têm aprovação para prevenção de lesões GI associadas aos

AINEs. De referir que, exceto para o omeprazole (dose standard 20mg/d), a prescrição de IBP em metade da dose standard parece ser eficaz na profilaxia das lesões ulcerosas: lansoprazole 15 mg/d, pantoprazole 20 mg/d e esomeprazole 20 mg/d, administrados pelo menos 30 minutos antes do pequeno almoço. Salienta-se, no entanto, que os sintomas associados à toma de AINEs (dispepsia, queixas de refluxo gastroesofágico ou dor) podem responder melhor a doses standard (ou mesmo duplas) dos IBPs.

Existem interações medicamentosas dos IBPs, devido à sua ação inibitória sobre a enzima CYP 2C19. Exemplos de fármacos comuns com metabolismo alterado se comitância terapêutica são o clopidogrel (reduzindo o efeito antiplaquetário) e o metotrexato (aumentando a concentração sérica do imunossupressor). Como a capacidade de inibição enzimática dos IBPs não é semelhante em todo o grupo, caso necessário, deve-se considerar como alternativa o pantoprazol, o IBP com menor evidência de interações medicamentosas

4. Decisão clínica

A decisão clínica sobre a escolha do AINE e sobre a profilaxia das lesões pépticas do tubo digestivo alto é esquematizada na Tabela 4 (Nota: Se considerada terapêutica de longa duração, testar e tratar o *H. pylori*).

Caso um doente medicado com AINEs, com ou sem proteção gastroduodenal, apresente dispepsia grave e persistente ou sintomas/sinais de anemia ou de hemorragia digestiva (hematemeses ou melenas) deve-se-á iniciar imediatamente uma investigação complementar.

BIBLIOGRAFIA

1. Wolfe MM, Lichtenstein DR, Singh G. *Gastrointestinal toxicity of nonsteroidal antiinflammatory drugs*. N Engl J Med. 1999 Jun;340(24):1888–99.
2. Stalnikowicz R, Rachmilewitz D. *NSAID-induced gastroduodenal damage: is prevention needed? A review and metaanalysis*. J Clin Gastroenterol. 1993 Oct;17(3):238–43.
3. Walt R, Katschinski B, Logan R, Ashley J, Langman M. *Rising frequency of ulcer perforation in elderly people in the United Kingdom*. Lancet (London, England). 1986 Mar;1(8479):489–92.
4. Henry D, Lim LL, Garcia Rodriguez LA, Perez Gutthann S, Carson JL, Griffin M, et al. *Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non-steroidal anti-inflammatory drugs: results of a collaborative meta-analysis*. BMJ. 1996 Jun;312(7046):1563–6.
5. Garcia Rodriguez LA, Cattaruzzi C, Troncon MG, Agostinis L. *Risk of hospitalization for upper gastrointestinal tract bleeding associated with ketorolac, other nonsteroidal anti-inflammatory drugs, calcium antagonists, and other antihypertensive drugs*. Arch Intern Med. 1998 Jan;158(1):33–9.
6. Rostom A, Muir K, Dubé C, Jolicoeur E, Boucher M, Joyce J, et al. *Gastrointestinal Safety of Cyclooxygenase-2 Inhibitors: A Cochrane Collaboration Systematic Review*. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5(7):818–28.
7. Lanza FL, Chan FKL, Quigley EMM. *Guidelines for Prevention of NSAID-Related Ulcer Complications*. Am J Gastroenterol. 2009;104(3):728–38.
8. Feldman M, Das S. *NSAIDs (including aspirin): Primary prevention of gastroduodenal toxicity*. Post TW, editor. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate; 2017.
9. Direcção-Geral da Saúde. *Anti-inflamatórios não esteróides sistémicos em adultos: orientações para a utilização de inibidores da COX-2*. Norma da Direcção-Geral da Saúde 013/2011. 2013.



ENF.ª CRISTINA ALEXANDRE
ENFERMEIRA NO HOSPITAL
CUF DESCOBERTAS

WORKSHOP

“UM DIA NA SALA DE GESSOS”

Com a evolução da medicina, a formação académica dos profissionais de saúde tornou-se multidisciplinar e apresenta hoje diferentes técnicas de abordagem para os mais diversos temas.

A equipa de profissionais do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital CUF Descobertas não é exceção e deparou-se com a necessidade de aprofundar e partilhar conhecimentos em áreas em constante evolução, como a das imobilizações gessadas.

Assim, no passado dia 14 de outubro realizou-se neste serviço, o curso prático intitulado “Um dia na Sala de Gessos”. Este grupo de trabalho foi liderado pela equipa clínica, composta pelo Professor Doutor Jorge Mineiro e pelo Dr. Mário Vale e pela equipa de Enfermagem constituída pelas enfermeiras Maria David, Isabel Miguel, Cristina Alexandre e Sandra Coval. A sessão prática das imobilizações gessadas realizou-se com a colaboração de 5 alunas estagiárias do curso de auxiliar de ação médica da Magestil que gentilmente se voluntariaram como modelos.

A formação iniciou-se às 8h30, com uma breve receção de boas-vindas aos 30 profissionais de saúde das várias unidades hospitalares, seguido de uma apresentação teórica e prática.

Para a componente prática, o grupo inicial foi dividido em três grupos de dez elementos. Cada grupo tinha dois formadores, com o intuito de se promover o maior número de realização de imobilizações por participante.

Considerou-se importante trabalhar com os dois tipos de gessos, convencional e sintético, uma vez que atualmente podem ser encontrados na mesma unidade hospitalar e o seu manuseamento e cuidados são diferentes.

Ao longo da sessão prática, foram executadas diferentes imobilizações, tanto para o membro superior, como para o membro inferior. Para o membro superior foram realizadas imobiliza-



ções em gesso convencional - tala gessada de punho, tala gessada metacarpo-falângica, tala gessada (goteira) e tala braquio-palmar; e em gesso sintético - punho, escafoide e braquio-palmar.

Por sua vez, para o membro inferior foram executadas a tala suro-podálica para o gesso convencional e podálica e cruro-podálico para o gesso sintético.

Foi com muito agrado que percebemos que a avaliação deste curso pelos seus participantes, através de um inquérito de satisfação foi bastante positiva e que consolidámos a opinião de que este tipo de formação vai de encontro às expectativas dos participantes.

É com muito dinamismo e motivação que a equipa de ortopedia e traumatologia do Hos-



pital CUF Descobertas desenvolve e promove este tipo de formação a médicos, internos de ortopedia, enfermeiros, alunos de enfermagem, fisioterapeutas, sendo nosso objetivo que esta equipa seja considerada como um centro de formação com competências reconhecidas nesta área.

A ABORDAGEM DA TERAPIA DA MÃO

NA HIPERMIBILIDADE ARTICULAR DO PUNHO E MÃO



MÔNICA CARVALHO E SILVA
FISIOTERAPEUTA NA MANUSTRATA

O número de componentes anatómicos, a diversidade de movimentos fisiológicos e a grande complexidade funcional fazem da mão uma estrutura única. Segundo Murray (2006), a incapacidade da mão está frequentemente associada a hiperlaxidão ligamentar. A hiperlaxidão ligamentar ou hipermobilidade articular provoca uma carga excessiva na própria articulação e tensão biomecânica nos tecidos moles circundantes, o que pode resultar em dor e trauma/desgaste articular. Por sua vez, a dor pode causar inibição muscular provocando atrofia e diminuição da estabilidade articular¹. Os principais sinais e sintomas são dor muscular e articular, fadiga muscular, e por vezes crepitação. As atividades repetidas e vigorosas são identificadas como fatores agravantes ou de risco nestas condições².

A intervenção da terapia da mão na hiper mobilidade articular tem como objetivo melhorar a estabilidade e alinhamento da articulação, aumentar a força muscular, restaurar os padrões de movimento corretos e reduzir a dor. Assim, o plano de tratamento deve incidir em técnicas de controlo da dor, exercícios de fortalecimento muscular, exercícios de propriocepção, uso de ortóteses para proteger ou normalizar o alinhamento articular, e educação do paciente de modo a minimizar os riscos de lesão articular³.

Se o paciente for sintomático, inicialmente o tratamento deverá focar-se no controlo da dor⁴, para posteriormente progredir para os exercícios de fortalecimento e propriocepção.

Nesta fase, pode ser benéfico o uso de talas para manter o alinhamento da articulação numa posição funcional, de modo a diminuir a carga articular e permitir a realização das atividades funcionais sem dor⁵ (fig. 1). Técnicas de libertação mio-fascial e alongamento muscular também podem ajudar nesta fase, promovendo uma melhor relação comprimento-tensão dos músculos associados.

Os exercícios de fortalecimento devem ser específicos para os músculos estabilizadores das articulações hipermóveis, de modo a aumentar a estabilidade articular durante o movimento (estabilidade dinâmica) e assim diminuir também a dor. Inicialmente o fortalecimento muscular deve ser realizado com exercícios de contração isométrica numa amplitude articular neutra e sem dor. Posteriormente, podem evoluir para exercícios de contração concêntrica e excêntrica, e eventualmente poderão ser realizados com resistência manual ou com aparelhos. Segundo Davis & Rogers (1998), a força muscular dos intrínsecos da mão é muito importante na estabilidade da mesma e, como estes músculos entram rapidamente em fadiga, seqüências de exercícios curtas e sem dor são eficazes e recomendáveis. É muito importante que estes exercícios sejam realizados com uma ligeira flexão das articulações, evitando sempre a hiper-extensão. Como exemplo específico temos a instabilidade da articulação trapézio-metacárpica ou rizartrose, na qual o fortalecimento da musculatura tenar bem como do abdutor e longo extensor do polegar é bené-

fico para manter ou melhorar a estabilidade dinâmica desta articulação. O ganho de força muscular em pacientes com hiper mobilidade é mais lento, podendo levar alguns meses para melhorar a força muscular e estabilidade articular⁵.

Um método de tratamento eficaz no tratamento da patologia da mão e membro superior é a MAPS Therapy (Mobilização Analítica Progressiva Sequencial), através da mobilização instrumental. Esta técnica, criada pelo terapeuta de mão catalão Vicenç Punsola-Izard, permite realizar exercícios analíticos que abordem especificamente as estruturas a tratar de forma controlada. Deste modo, é um excelente método para tratar e prevenir complicações da hiper mobilidade articular na mão pois permite estabilizar todos os segmentos necessários de modo a não haver compensações no movimento, controlar as amplitudes de movimento, e ainda graduar o nível de resistência aplicada em cada exercício (fig. 2).

A propriocepção também tem um papel fundamental na manutenção da estabilidade articular dinâmica, dando informação sobre posição e movimento articular. Segundo a *British Society for Paediatric and Adolescent Rheumatology* os programas de exercícios para melhorar a propriocepção têm tido resultados positivos comprovados em casos de hiper mobilidade articular⁶. Este treino proprioceptivo consiste de exercícios de coordenação realizados em cadeia cinética fechada, e que podem incluir material como espelhos,

bio-feedback, tábua de balanço entre outros. O uso de contenção (coban ou manga de silicone) também pode ser benéfico para assistir no treino proprioceptivo da mão e punho enquanto o paciente realiza uma atividade, dando assim mais informação sensório-motora. A melhoria da proprioceptividade pode ajudar a reduzir a tensão nos ligamentos e a evitar futuras lesões².

Para além de todas as técnicas referidas anteriormente, o terapeuta de mão deve fazer o ensino ao paciente dos cuidados a ter com as suas articulações hiper móveis, de maneira a prevenir lesões ou evitar o seu agravamento. Nomeadamente:

- > Ter atenção à posição articular – cada articulação trabalha melhor em determinada posição –, e evitar atividades que não permitam modificar a posição da mão;
- > Respeitar a dor e fadiga;
- > Evitar contrações estáticas por longos períodos de tempo – pode provocar dor;
- > Evitar atividades que possam levar a uma hiper-extensão das articulações e atividades de grande impacto articular;
- > Utilizar uma grande articulação ou várias articulações nas atividades – as grandes articulações são protegidas por grandes músculos, por isso é melhor utilizar estas ou distribuir a força por várias articulações;
- > Outros aspetos da vida diária do paciente (tarefas e/ou objetos) poderão ter que ser alterados ou adaptados para diminuir o desgaste e carga articular, como por exemplo engrossando cabos ou usando antiderapantes.

É também muito importante o ensino de exercícios para que os pacientes se tornem autónomos no processo de recuperação e manutenção dos ganhos obtidos.

Para registar e controlar a evolução destes pacientes deve ser feita uma avaliação periódica, nomeadamente no que respeita a força muscular, sintomatologia e função



FIGURA 1

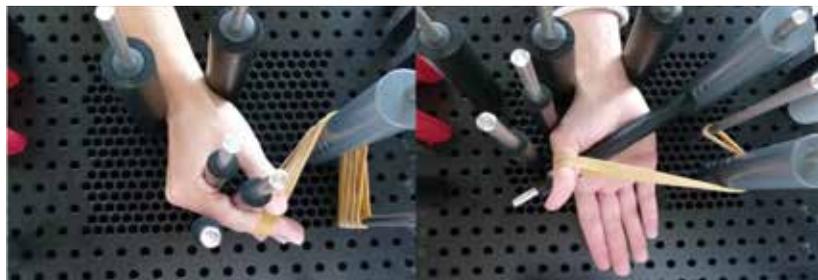


FIGURA 2

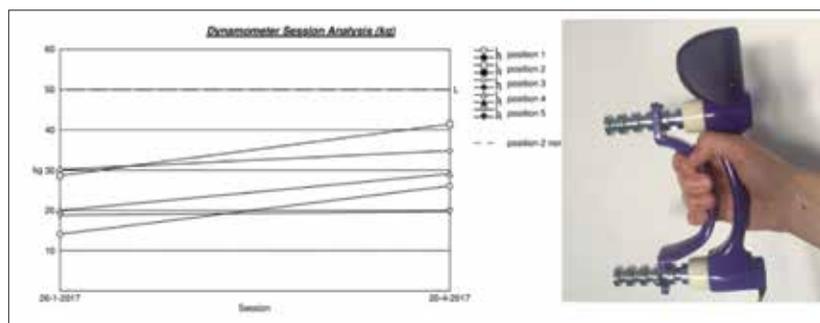


FIGURA 3

do membro em questão. A força muscular é avaliada através de um dinamómetro computadorizado da *Biometrics E-Link*, que permite a comparação da força entre membros contra-laterais e entre diferentes momentos de avaliação (fig. 3). A avaliação da função e sintomas do membro superior é feita com a escala DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) que é um instrumento de auto-preenchimento pelo próprio paciente.

O paciente com hiper mobilidade articular representa um desafio para o terapeuta da mão. É fundamental fazer uma avaliação completa para realizar um plano de tratamento adequado. O principal foco do tratamento deve ser o ganho de estabilidade articular, através de exercícios proprioceptivos e de fortalecimento muscular, e o controlo da dor. No entanto, existe ainda pouca literatura no que respeita a hiper mobilidade articular especificamente na mão e punho, e o seu tratamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Palmer, S., Bailey, S., Barker, L., Barney, L., Elliot, A. *The effectiveness of therapeutic exercise for joint hypermobility syndrome: a systematic review*. *Physiotherapy* 2013; 723: 1-8
2. Simpson, M. Benign, *Joint hypermobility syndrome: evaluation, diagnosis and management*. *JAOA* 2006; 106(9): 531-536
3. Smith, T., Bacon, H., Jerman, E., Easton, V., Armon, K., Poland, F., Macgregor, A. *Physiotherapy and occupational therapy interventions for people with benign joint hypermobility syndrome: a systematic review of clinical trials*. *Disability and Rehabilitation* 2014; 36(10): 797-803
4. Keer, R., Simmonds, J. *Joint protection and physical rehabilitation of the adult with hypermobility syndrome*. *Curr Opin Rheumatol* 2011; 23: 131-136
5. Butler, K. *Regional complications in joint hypermobility syndrome – The Hand*. *Hypermobility, Fibromyalgia and Chronic Pain* 2010; 207-216
6. The British Society for Paediatric and Adolescent Rheumatology. *Guidelines for Management of Joint Hypermobility Syndrome in Children and Young People* 2012.
7. McKeon, K.E., London, D.A., Osei, D.A., Gelberman, R.H., Goldfarb, C.A., Boyer, M.I., Calfee, R.P. *Ligamentous hyperlaxity and dorsal wrist ganglions*. *J Hand Surg* 2013; 38A:2138-2143.

COM ZEMALEX VAI CORRER BEM.

AGORA É MNSRM-EF

ALÍVIO RÁPIDO DA DOR COM AÇÃO ANALGÉSICA E ANTI-INFLAMATÓRIA



VENDA EXCLUSIVA EM FARMÁCIAS

Nome do medicamento: Zemalex 18 mg/g creme; Zemalex 20 mg/ml solução para pulverização cutânea **Composição:** Zemalex creme: 2 g de cloridrato de picetoprofeno, equivalentes a 1,8 g de picetoprofeno, por 100 g. Excipientes com efeito conhecido: Benzoato de benzilo - 3 g/100 g; Álcool cetílico - 14 g/100 g; Zemalex solução para pulverização cutânea: 2 g de picetoprofeno por 100 ml. Lista completa de excipientes, ver folheto informativo. **Forma farmacêutica:** Creme; Solução para pulverização cutânea. **Indicações terapêuticas:** O Zemalex está indicado em afecções inflamatórias e dolorosas do aparelho locomotor. Traumatologia: contusões, luxações, dores pós-traumáticas, inflamação moderada de origem músculo-esquelética nomeadamente pós-traumática; Reumatologia: dores articulares ligeiras a moderadas, dores musculares e reumatismais ligeiras a moderadas (tais como osteoartrite e osteoartrite), miosites, inflamação moderada de origem músculo-esquelética, sinovites, artrites (não infecciosas), tendinites e bursites (de origem traumática ou após esforço físico ligeiras e localizadas). Este medicamento é indicado em adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 14 anos. **Posologia e modo de administração:** Zemalex é de uso exclusivamente tópico externo e pode aplicar-se as vezes que o médico considere necessário. Zemalex creme: Aplicar com uma massagem suave ou com um penso oclusivo. Como norma geral, aplicar na zona afetada 1,5 a 2 g de creme aproximadamente, 3 vezes ao dia. Zemalex solução para pulverização cutânea: Como norma geral, aplicar na zona afetada 1 - 2 propulsões durante uns segundos, 3 vezes ao dia. Duração do tratamento: A duração do tratamento não deve exceder mais do que 14 dias. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes de Zemalex; Doentes com hipersensibilidade conhecida ao ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides. Não aplicar nos olhos, membranas mucosas, úlceras ou feridas abertas, e em nenhuma circunstância quando o local de aplicação está afetado por outra condição cutânea. **Advertências e precauções:** Na medida em que existe a possibilidade de absorção cutânea de Zemalex, não é possível excluir a ocorrência de efeitos sistémicos. O risco de ocorrência destes efeitos depende, entre outros fatores, da superfície exposta, quantidade aplicada e tempo de exposição. Foram reportados casos de fotossensibilidade ao picetoprofeno. Consequentemente, a exposição solar e/ou à luz UVA das áreas tratadas deve ser evitada durante o tratamento com picetoprofeno e nas duas semanas após a interrupção do tratamento. Os doentes devem lavar cuidadosamente as suas mãos após cada aplicação com picetoprofeno. Existe um risco de cossensibilização quando usado juntamente com produtos que contêm octocrileno. Em casos de hipersensibilidade ou se ocorrer qualquer reação cutânea após a aplicação deste medicamento, os doentes devem descontinuar imediatamente o tratamento e consultar o médico. Zemalex creme contém álcool cetílico, que pode causar reações cutâneas locais (por exemplo dermatite de contacto). Zemalex creme contém benzoato de benzilo que é moderadamente irritante para a pele, olhos e membranas mucosas. **Interações:** Não estão descritas interações. **Efeitos indesejáveis:** Reações cutâneas moderadas e transitórias tais como reações no local de aplicação, eritemas, prurido, rubor e sensação de calor no local de aplicação, eczema, dermatite de contacto e reações de fotossensibilidade. Como estas reações são reportadas por notificação espontânea não é possível estimar a sua frequência. MNSRM-EF. Leia cuidadosamente as informações constantes no folheto informativo. Em caso de dúvida ou persistência dos sintomas, consultar o médico ou o farmacêutico. RCM entregue em separado. Texto elaborado em julho de 2015. Para mais informações contactar o titular da AIM: Italfarmaco, Produtos Farmacêuticos, Lda. Rua Consiglieri Pedroso, nº 123, Queluz de Baixo, 2730-056 Barcarena.

 GRUPO ITALFARMACO

Rua Consiglieri Pedroso, nº 123 • Queluz de Baixo • 2730-056 Barcarena
Tel.: 21 434 25 30 • Fax: 21 434 25 37 • www.italfarmaco.pt