
MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

*DIRETRIZES DE APOIO À DECISÃO MÉDICO-PERICIAL EM ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA*

BRASÍLIA, Março 2008

CONTEÚDO

CONTEÚDO	2
APRESENTAÇÃO	11
CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E AS DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR	14
PARTE 1: PROPEDÊUTICA DO EXAME MÉDICO-PERICIAL EM DOENÇAS DO APARELHO OSTEOMUSCULAR (CAPÍTULO XIII, 10ª. REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS)	16
INTRODUÇÃO.....	16
EXAME DA COLUNA CERVICAL	17
MANOBRAS SEMIOLÓGICAS PARA A COLUNA CERVICAL	19
Teste de Adson	19
EXAME DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR	20
EXAME DA COLUNA TORÁCICA	20
EXAME DA COLUNA LOMBAR	21
SEMIOLOGIA DA COLUNA LOMBAR.....	22
<i>Inspeção da Coluna lombar</i>	22
<i>Palpação Óssea</i>	22
<i>Exame da Movimentação Ativa</i>	22
<i>Exame Neurológico da Coluna Lombar</i>	22
MANOBRAS SEMIOLÓGICAS ESPECIAIS PARA A COLUNA LOMBAR	23
Teste da Elevação da Perna Esticada	23
Teste de Hoover	24
Teste de Milgran	24
MANOBRAS PARA DETECTAR SINAIS FÍSICOS NÃO ORGÂNICOS NA COLUNA LOMBAR	24
<i>Manobras que podem provocar dor lombar</i>	25
Exame em posição ortostática	25
Segurado em decúbitos dorsal e ventral	25
Exame com o segurado sentado:	25
<i>Manobras que provavelmente não provocam dor lombar</i>	25
Exame em posição ortostática	25
Exame em decúbitos dorsal e ventral	26
Exame com segurado sentado:	26
EXAME DO OMBRO	26
MANOBRAS SEMIOLÓGICAS PARA O OMBRO.....	27
<i>Testes relacionados com a dor e com a mobilidade</i>	27
Teste do impacto de Neer	27
Teste do impacto de Hawkins-Kennedy	27
Teste de Jobe	27
Teste de Speed (“palm-up test”).....	28
Teste do Infra-Espinal	28
Teste do Infra-Espinal de Patte	28
Teste do Subescapular de Gerber	28
Teste do Subescapular	28
Teste da articulação Acromioclavicular	29
<i>Testes relacionados com a estabilidade</i>	29

Teste da apreensão.....	29
Teste da instabilidade posterior	29
EXAME DO COTOVELO	29
AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DO COTOVELO	30
AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E EXAME NEUROLÓGICO DO COTOVELO	31
TESTES E MANOBRAS ESPECÍFICAS PARA O COTOVELO.....	31
<i>Epicondilite lateral (“cotovelo de tenista”)</i>	31
Teste de Cozen.....	31
Teste de Mill	31
Epicondilite Medial (“Cotovelo do Golfista”)	31
EXAME DA MÃO E DO PUNHO	31
<i>Exame da Pele da mão</i>	35
<i>Circulação</i>	35
<i>Troficidade</i>	35
PRINCIPAIS MANOBRAS OU TESTES ESPECIAIS.....	35
Teste de Finkelstein:	36
Teste de Phalen:.....	36
Teste de Phalen invertido:	36
Teste de Tinnel (Digito-percussão):	36
EXAME DO QUADRIL E DA PELVE	36
MOBILIDADE ARTICULAR	37
MANOBRAS ESPECIAIS PARA A AVALIAÇÃO DO QUADRIL.....	37
Teste de Patrick (FABERE – Flexão, Abdução e Rotação Externa).....	37
Teste de Gaenslen.....	37
EXAME DO JOELHO	38
INSPEÇÃO DO JOELHO	38
PALPAÇÃO ÓSSEA E DAS PARTES MOLES	38
MANOBRAS PARA TESTAR A ESTABILIDADE ARTICULAR.....	39
Ligamentos colaterais	39
Ligamentos cruzados	39
MANOBRAS PARA TESTAR A MOBILIDADE ARTICULAR	40
Exames da Movimentação	40
EXAME NEUROLÓGICO	40
<i>Manobras para testar a função motora</i>	40
Extensão.....	40
Flexão	40
<i>Testes Sensitivos</i>	41
<i>Testes de Reflexos</i>	41
Reflexo patelar: L2, L3 e L4	41
<i>Manobras Especiais</i>	41
Teste de Compressão de Appley e de Tração	41
Teste de Compressão da Rótula.....	42
<i>Exame das Áreas Referidas</i>	42
EXAME FÍSICO DO TORNOZELO E PÉ	42
EXAME DA MARCHA	43
<i>Ciclo da marcha</i>	43
<i>Marchas patológicas</i>	44

Marcha Espástica	45
Marcha Atáxica	45
Marcha Distrófica.....	45
PARTE 2: AVALIAÇÃO E CONDUTA MÉDICO-PERICIAL DAS PATOLOGIAS ORTOPÉDICAS DE MAIOR RELEVÂNCIA NO ÂMBITO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	47
INTRODUÇÃO.....	47
ARTRITE PIOGÊNICA (M00)	48
DESCRIÇÃO.....	48
Conduta médico-pericial na Artrite Piogênica	48
DOENÇA DE REITER (M02.3).....	48
DESCRIÇÃO.....	48
Conduta Médico-pericial na Doença de Reiter	49
ARTROPATIAS PÓS-INFECCIOSAS E REACIONAIS EM DOENÇAS INFECCIOSAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE (M03).....	49
DESCRIÇÃO.....	49
Conduta Médico-pericial na artrite gonocócica.....	49
ARTRITE REUMATÓIDE SORO-POSITIVA (M05)	50
DESCRIÇÃO.....	50
Conduta Médico-pericial na Artrite reumatóide soro-positiva	50
POLIARTROPATIA INFLAMATÓRIA (M06.4).....	51
DESCRIÇÃO.....	51
Conduta Médico-pericial na Poliartropatia inflamatória (psoriática)	51
GOTA (M10).....	51
DESCRIÇÃO.....	51
Conduta Médico-pericial na Gota	52
OUTRAS ARTROPATIAS ESPECIFICADAS, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE - HEMOFILIA (M12.8)	52
DESCRIÇÃO.....	52
Conduta Médico-Pericial na Artropatia por hemofilia	53
POLIARTROSE - OSTEOARTROSE (M15)	53
DESCRIÇÃO.....	53
COXARTROSE (ARTROSE DO QUADRIL) (M16).....	54
DESCRIÇÃO.....	54
Conduta Médico-Pericial na Artrose do quadril.....	55
GONARTROSE (ARTROSE DO JOELHO) (M17)	55
DESCRIÇÃO.....	56
CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA GONARTROSE.	56
ARTROSE DA PRIMEIRA ARTICULAÇÃO CARPO-METACARPIANA (M18).....	56
DESCRIÇÃO.....	56
Conduta Médico-Pericial na Artrose da Articulação carpo-metacarpiana	57

OSTEOARTROSE DO OMBRO (M19)	57
DESCRIÇÃO.....	57
Conduta Médico-Pericial na osteoartrose do ombro (glenoumeral)	58
ARTROSE PRIMÁRIA DE OUTRAS ARTICULAÇÕES – DO PUNHO E DA MÃO (M19.0)	58
DESCRIÇÃO.....	58
Conduta Médico-Pericial na Artrose da Articulação radiocárpica.	58
ARTROSE PRIMÁRIA DE OUTRAS ARTICULAÇÕES – TORNOZELO (M19.0)	59
DESCRIÇÃO.....	59
Conduta Médico-Pericial na osteoartrose do tornozelo.	59
DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DOS DEDOS DAS MÃOS E DOS PÉS (M20)	60
HANSENÍASE	60
DESCRIÇÃO.....	60
Conduta Médico-Pericial na hanseníase com complicações ortopédicas.....	62
OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DOS MEMBROS – DESIGUALDADE DOS MEMBROS INFERIORES (M21)	62
DESCRIÇÃO.....	62
Conduta Médico-Pericial na Desigualdade de Comprimento dos Membros Inferiores.....	63
TRANSTORNO DA RÓTULA (PATELA) (M22)	63
CONDROMALÁCIA DA RÓTULA (M22.4)	63
DESCRIÇÃO.....	63
Conduta Médico-Pericial na condromalácia da rótula.....	64
TRANSTORNOS INTERNOS DOS JOELHOS (M23)	64
TRANSTORNOS DO MENISCO DEVIDO À RUPTURA OU LESÃO ANTIGA (M23.2)	64
DESCRIÇÃO.....	64
Conduta Médico-Pericial na Lesão dos meniscos	64
TRANSTORNOS DE LIGAMENTOS (M24.2)	65
DESCRIÇÃO.....	65
<i>Ligamento colateral medial</i>	65
<i>Ligamento colateral lateral</i>	66
<i>Ligamento cruzado anterior</i>	66
<i>Ligamento cruzado posterior</i>	66
Conduta Médico-Pericial na Lesões ligamentares de joelho	67
OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECÍFICOS (M24)	67
CONTRATURA E ANCILOSE ARTICULAR (M24.5 E M24.6)	67
MÃO.....	67
<i>Contratura da articulação interfalângiana distal</i>	68
<i>Contratura da articulação interfalângiana proximal</i>	68
<i>Contratura da articulação metacarpo-falângiana</i>	68
<i>Contraturas do punho</i>	68
<i>Contraturas por queimaduras</i>	68
Conduta Médico-Pericial nas contraturas da mão.....	68

OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES NÃO CLASSIFICADOS OU OUTRA PARTE (M25)	69
HEMARTROSE E DERRAME ARTICULAR (M25.0 E M25.4)	69
Conduta Médico-Pericial na Hemartrose e derrame articular	69
CIFOSE E LORDOSE (M40)	70
DESCRIÇÃO.....	70
Conduta Médico-Pericial na Cifose	70
ESCOLIOSE (M41)	70
DESCRIÇÃO.....	71
<i>Escoliose idiopática infantil</i>	72
<i>Escoliose idiopática juvenil</i>	72
<i>Escoliose idiopática do adolescente</i>	72
<i>Fatores de risco de progressão</i>	72
<i>História natural na vida adulta</i>	72
<i>Tratamento</i>	72
Conduta Médico-Pericial nas Escolioses	73
OSTEOCONDROSE DA COLUNA VERTEBRAL (M42)	73
DESCRIÇÃO.....	73
Conduta Médico-Pericial no Dorso Curvo	74
ESPONDILÓLISE (M43.0)	74
ESPONDILOLISTESE (M43.1)	74
DESCRIÇÃO.....	74
Conduta Médico-Pericial na Espandilólise e Espandilolistese	76
ESPONDILITE ANCILOSANTE (M45)	76
DESCRIÇÃO.....	76
Conduta Médico-Pericial na Espandilite ancilosante	77
SACROILEÍTE (M46. 1)	78
DESCRIÇÃO.....	78
Conduta Médico-Pericial na Sacroileíte	78
OSTEOMIELEITE DA COLUNA VERTEBRAL (M46.2)	78
DESCRIÇÃO.....	79
Conduta Médico-Pericial na Osteomielite da coluna vertebral	79
DISCITE NÃO ESPECIFICADA (M46.4)	79
DESCRIÇÃO.....	79
Conduta Médico-Pericial na Discite	80
ESTENOSE DA COLUNA VERTEBRAL (M48.0)	80
DESCRIÇÃO.....	80
<i>Exame físico</i>	81
Alterações motoras	81
Alterações sensitivas	81
Alterações de reflexos	81
Outras alterações.....	81
Avaliação radiológica	82

ESTENOSE DO CANAL LOMBAR	82
DESCRICHÃO.....	82
<i>Exame Físico</i>	<i>83</i>
Conduta Médico-Pericial na Estenose de canal vertebral.....	84
TUBERCULOSE VERTEBRAL (M49.0)	84
DESCRICHÃO.....	84
Conduta Médico-Pericial na Tuberculose vertebral.....	85
TRANSTORNO DO DISCO CERVICAL COM MIELOPATIA (M50.0)	86
DESCRICHÃO.....	86
Conduta Médico-Pericial no Transtorno do disco cervical com mielopatia.....	86
TRANSTORNO DO DISCO CERVICAL COM RADICULOPATIA (M50.1)	87
DESCRICHÃO.....	87
Conduta Médico-Pericial no Transtorno do disco cervical com radiculopatia.....	87
TRANSTORNOS DE DISCOS LOMBARES E DE OUTROS DISCOS COM RADICULOPATIA (M51.1)	88
DESCRICHÃO.....	88
<i>Exame Físico</i>	<i>88</i>
Conduta Médico-Pericial na Lombalgia e lombociatalgia.....	89
LUMBAGO COM CIÁTICA (M54.4)	89
DOR LOMBAR BAIXA (M54.5)	89
DESCRICHÃO.....	90
Conduta Médico-Pericial na Lombalgia e lombociatalgia.....	91
HISTÓRIA CLÍNICA PARA O ESTUDO DE PATOLOGIAS DA COLUNA	92
SINOVITES, TENOSSINOVITES E EPICONDILITES.....	95
EXAME MÉDICO-PERICIAL NAS SINOVITES, TENOSSINOVITES E EPICONDILITES	95
MANOBRAS SEMIOLÓGICAS (TESTES ESPECIAIS) SUGERIDAS NAS PATOLOGIAS DOS MEMBROS SUPERIORES.....	96
SINOVITES E TENOSSINOVITES (M65).....	96
DESCRICHÃO.....	96
<i>Exame Médico-Pericial</i>	<i>97</i>
Conduta médico-pericial nas tenossinovites	97
SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO – STC - (G56.0)	98
DESCRICHÃO.....	98
EXAME MÉDICO-PERICIAL	99
Exames complementares:.....	99
Conduta médico-pericial na Síndrome do Túnel do Carpo - STC	99
TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DE DE QUERVAIN (M65.4)	100
DESCRICHÃO.....	100
<i>Exame médico-pericial.....</i>	<i>100</i>
Conduta médico-pericial na tenossinovite estenosante.....	100
DEDO EM GATILHO (M65.3)	101
DESCRICHÃO.....	101

EXAME MÉDICO PERICIAL	101
Conduta médico-pericial no Dedo em Gatilho	101
CISTO POPLÍTEO (CISTO DE BAKER) (M71.2).....	101
DESCRIÇÃO.....	101
conduta médico-pericial em cisto poplíteo	102
FIBROMATOSE DA FÁSCIA PALMAR: CONTRATURA OU MOLÉSTIA DE DUPUYTREN (M72.0)	102
DESCRIÇÃO.....	102
<i>Exame Médico Pericial</i>	102
Conduta médico-pericial na doença de Dupuytren	103
PATOLOGIAS DE MEMBROS SUPERIORES	103
PATOLOGIAS DO GRUPO DE OMBRO	103
CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO (OMBRO CONGELADO) – (M75.0)	104
DESCRIÇÃO.....	104
<i>Exame Médico Pericial</i>	104
Conduta médico-pericial da Capsulite Adesiva do Ombro.....	105
SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR (M75.1).....	105
DESCRIÇÃO.....	105
EXAME MÉDICO PERICIAL	105
Conduta médico-pericial da Síndrome do Manguito Rotador	106
TENDINITE BICIPITAL (M75.2)	106
DESCRIÇÃO.....	106
<i>Exame Médico Pericial na Tendinite Bicipital</i>	107
Conduta médico-pericial da Síndrome da Tendinite Bicipital	107
TENDINITE CALCIFICADA DO OMBRO (M75.3)	107
DESCRIÇÃO.....	107
<i>Exame Médico Pericial da Tendinite Calcificada do Ombro</i>	107
Conduta médico-pericial da Tendinite Calcificada do Ombro.....	108
SÍNDROME DE COLISÃO DO OMBRO (SÍNDROME DO IMPACTO) – (M75.4)	108
DESCRIÇÃO.....	108
EXAME MÉDICO PERICIAL NA SÍNDROME DE COLISÃO	109
Conduta médico-pericial da síndrome de colisão	109
BURSITE DO OMBRO (M75.5)	110
DESCRIÇÃO.....	110
EXAME MÉDICO PERICIAL NA BURSITE DO OMBRO	110
Conduta médico-pericial da Bursite do Ombro	110
OSTEONECROSE (M87).....	111
DESCRIÇÃO.....	111
Conduta Médico-Pericial na Osteonecrose de Joelho	111
DOENÇA DE KIENBÖCK DO ADULTO (M93.1)	112
DESCRIÇÃO.....	112
<i>Exame Médico Pericial</i>	112

Conduta médico-pericial na doença de Kienböck.....	112
EPICONDILITE MEDIAL (M77.0)	113
DESCRIÇÃO.....	113
<i>Exame Médico Pericial.....</i>	<i>113</i>
Conduta médico-pericial na epicondilite medial	113
EPICONDILITE LATERAL (M 77.1)	114
DESCRIÇÃO.....	114
<i>Exame Médico-Pericial</i>	<i>114</i>
Conduta médico-pericial na Epicondilite Lateral	114
PATOLOGIAS DE COMPROMETIMENTO DIFUSO	115
EXAME MÉDICO PERICIAL DAS PATOLOGIAS DE COMPROMETIMENTO DIFUSO	116
REUMATISMO NÃO ESPECIFICADO (FIBROMIALGIA) (M79.0)	116
DESCRIÇÃO.....	116
Conduta médico-pericial da Fibromialgia	117
OSTEOPOROSE COM FRATURA PATOLÓGICA (M 80).....	118
OSTEOPOROSE SEM FRATURA PATOLÓGICA (M 81)	118
DESCRIÇÃO.....	118
<i>Exame médico-pericial na osteoporose.....</i>	<i>119</i>
Conduta médico-pericial.....	119
ATRASO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA (M 84.2)	119
AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA (PSEUDO-ARTROSE) (M84.1)	119
DESCRIÇÃO.....	119
EXAME MÉDICO-PERICIAL NA PSEUDOARTROSE	119
<i>Conduta médico-pericial na pseudoartrose.....</i>	<i>120</i>
OSTEOMIELITE (M 86)	120
Conduta médico-pericial na Osteomielite	120
NECROSE AVASCULAR DO FÊMUR (M87)	120
DESCRIÇÃO.....	121
Conduta Médico-Pericial na Necrose Avascular do fêmur.....	123
ALGONEURODISTROFIA (M89.0).....	124
DESCRIÇÃO.....	124
Conduta médico-pericial na DSR.....	125
SÍNDROME PÓS-LAMINECTOMIA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE (M96.1)	126
DESCRIÇÃO.....	126
Conduta Médico-Pericial na Síndrome Pós-laminectomia.....	127
PARTE 3: ESTIMATIVA DE TEMPO ÓTIMO PARA CONSOLIDAÇÃO E RECUPERAÇÃO DE LESÕES CONSEQÜENTES A CAUSAS EXTERNAS RELACIONADAS À ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	129
APRESENTAÇÃO.....	129
GLOSSÁRIO	135

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 138

APRESENTAÇÃO

A elaboração desta diretriz é apenas a segunda etapa de um amplo e complexo processo de revisão das práticas da perícia médica no âmbito da Previdência Social brasileira. Este processo origina-se na necessidade da gestão de benefícios por incapacidade do INSS de acompanhar tendências internacionais de uniformização de procedimentos face ao crescimento da demanda a esses benefícios. Várias causas são apontadas na literatura como geradoras deste aumento de demanda, e variam desde a existência de regras imprecisas e flexíveis ao acesso aos benefícios, mecanismos de acomodação ao desemprego; a precarização em setores do mercado formal de trabalho, migrações e mobilidade da força de trabalho em esfera internacional, o crescimento do setor terciário da economia e os novos modos de produção (automação, informatização). Paradoxalmente, observa-se que o crescimento de demanda aos benefícios por incapacidade não acompanha, necessariamente, um aumento da morbidade da população em geral (1).

Os sistemas de seguro social enfrentam atualmente um problema sócio-econômico clássico de como lidar com o aumento crescente da demanda aos benefícios por incapacidade sem que haja o correspondente aumento dos recursos necessários para a sobrevivência deste importante mecanismo de Proteção Social. Muito tem sido feito nos últimos anos para enfrentar a gestão deste impasse em nosso sistema de seguro social. A criação de uma carreira de médicos próprios, o estabelecimento de novas regras para a identificação e o reconhecimento de direito a benefícios para doenças ocupacionais e a abertura de agências da Previdência Social para o atendimento específico a este tipo de demanda são exemplos de medidas que, em princípio, visam controlar o chamado “risco moral”¹ que ameaça a saúde do sistema. Os ajustes de ordem estrutural evidenciaram a necessidade de elaboração de novos mecanismos que uniformizem o processo do trabalho médico. Neste contexto, situamos o projeto de formulação de diretrizes médico-periciais do INSS, cujo objetivo principal é o de conferir algum grau de uniformização às decisões das perícias médicas com base em evidências e na melhor prática médica vigente.

Não é uma tarefa fácil. A complexidade do ato médico-pericial em lidar com situações que não são tipicamente expressas como “doenças” e sim como situações de “má-saúde”² com mecanismos de geração e história natural fortemente enraizada no processo de trabalho e outras determinações sociais, e cuja subjetividade muitas vezes sobrepõe o mecanismo tradicional do raciocínio hipotético-dedutivo do ato médico: anamnese, exame físico, avaliação de exames complementares e, enfim a elaboração de hipóteses diagnósticas, faz desta prática médica algo desafiante. Cabe ao Perito Médico traçar um caminho inverso do qual foi treinado a executar: frente a hipóteses diagnósticas previamente estabelecidas, o profissional deve utilizar o mesmo instrumental de anamnese, exame físico e avaliação de exames complementares para concluir se o agravo ou “má-saúde” incapacita ou não o(a) requerente ao pleno exercício de suas atividades laborais. Neste caso, a relação médico-paciente, tão importante no processo de cura quanto a mais eficaz das terapêuticas, adquire conotação inversa: o cidadão/requerente vê-se diante de um representante do Estado ungido do justo poder discricionário de conceder (ou não) um recurso financeiro para aliviar suas necessidades.

¹ O “risco moral” (do inglês, “*moral hazard*”) é um problema típico a qualquer sistema de seguro. Trata-se de uma condição de risco falimentar do sistema e caracteriza-se pela falta de responsabilidade financeira seja por parte do usuário seja por parte do prestador do serviço (2, 3). . No caso específico do seguro social, dependendo do grau em que as sociedades oferecem compensações para incapacidades, os indivíduos são mais ou menos voltados a se caracterizarem como incapazes. E, quando o desemprego é uma das características da sociedade, maior é a busca por este tipo de seguro, havendo conflitos nas tentativas de fazer com que os indivíduos retornem ao trabalho (4).

² A literatura inglesa especializada utiliza a expressão “*ill-health*” com o significado de que a saúde encontra-se prejudicada ou “a saúde encontra-se doente”. Opta-se por uma tradução para a Língua Portuguesa como “má-saúde” (4).

Frente ao problema de lidar com a subjetividade nesta forma especial de ato médico, os sistemas de seguro social adotam diferentes abordagens de avaliação da incapacidade laborativa relacionada à “má-saúde”. Com origens na tradição do Direito Alemão (valor fixo para estruturas do corpo, compensação financeira mesmo para pequenas lesões) e do Direito Romano (estimação do valor econômico do dano e da perda de rendimentos, dependente da idade, conhecimento, status social), destacamos três abordagens tradicionais(5):

1. Avaliação baseada em “Baremas” (ou “Baremos”);
2. Avaliação baseada em comparação de capacidade de ganhos ou rendimentos;
3. Avaliação das capacidades profissionais no mercado de trabalho.

Os “Baremas” consistem em tabelas de gradação percentual de incapacidade, cujas origens remetem ao matemático francês Barème, pioneiro na criação dessas tabelas. A decisão pela concessão de um benefício por parte do Seguro Social dependerá de um limite mínimo do somatório de agravos reportados pelo requerente. Se, por um lado, os “Baremas” são mecanismos que conferem maior objetividade, uniformidade, rapidez e eficiência ao determinar certo “grau de incapacidade”, por outro lado, tal gradação carece de evidências científicas mais claras, pois não considera fatores pessoais/sociais, tem pouca relação com a incapacidade laboral e é de aplicação problemática em agravos de medicina Interna e em transtornos mentais. Vários países europeus, diferentes estados dos Estados Unidos da América e nossos vizinhos Argentina, Uruguai, Paraguai adotam esta prática. Uma dificuldade atualmente enfrentada pela área de acordos internacionais do Ministério da Previdência Social é a “falta de diálogo” entre nosso sistema de avaliação de incapacidade, extremamente subjetivo, e os sistemas dos demais países do Mercosul.

A avaliação da incapacidade baseada em comparação da capacidade de ganhos aproxima-se muito da prática médico-pericial adotada pelo nosso sistema previdenciário, cujas origens remetem-se ao sistema de seguro social alemão. Esta abordagem possui concepção teórica desenvolvida para distinguir e excluir desemprego e baseia-se em três questões: a) qual o trabalho o requerente ainda é capaz de exercer? b) qual rendimento é capaz de ganhar com esta atividade? e, c) quais rendimentos passíveis de comparação? Se, por um lado esta abordagem possui vantagens como o aspecto multidisciplinar com promoção da reabilitação e o encorajamento a participar da vida econômica, o excesso de subjetividade na avaliação médica, a necessidade de motivação para reabilitação profissional e a compensação da perda de rendimentos desencoraja o retorno ao trabalho e prolonga a permanência em benefício. Agravam-se em nosso contexto, os problemas estruturais do país como as altas taxas de desemprego, desqualificação da mão de obra e informalidade do mercado de trabalho, associados a problemas do sistema previdenciário como a atual desestruturação da reabilitação profissional. Finalmente, outro mecanismo de abordagem de avaliação de incapacidade baseia-se na comparação entre capacidade laborativa e demandas do trabalho numa dada profissão em relação a uma lista de profissões que permanecem acessíveis para o requerente. Novamente, esta abordagem requer pleno emprego e alta qualificação de mão de obra, predicados com os quais infelizmente não podemos contar. Em conclusão, cada método possui vantagens e desvantagens, inserem-se em diferentes momentos do desenvolvimento histórico dos sistemas de seguro social e baseiam-se em diferentes marcos conceituais e pontos de vista políticos. Em comum, essas abordagens carecem de evidência científica, possuem pouca ou nenhuma atenção para aspectos da incapacidade relacionada com o tempo e caracterizam-se pelo enfoque na qualificação para a compensação, que pode ser resumida na seguinte afirmativa: *“se você tem que provar que está doente, você não pode melhorar!”*

A alternativa a este impasse surge com uma ousada proposta de mudança de paradigma: o retorno precoce ao trabalho. O retorno precoce ao trabalho baseia-se na importância do trabalho como parte fundamental na vida da maioria das pessoas, pois o trabalho confere não somente segurança e status financeiro, mas também confere uma ocupação, uma atividade, senso de identidade e objetivo na vida e interação social. As melhores evidências médicas sugerem que o retorno mais precocemente possível às atividades normais – incluindo o trabalho – melhora o bem-estar e potencializa a recuperação na maioria das pessoas. Complexas intervenções clínicas ou programas de tratamentos de custos elevados nem sempre são necessários. Ao contrário, recomenda-se que os indivíduos devam ser “empoderados” para gerenciar seus sintomas e se engajem em suas atividades habituais(6). É interesse de todos que os recursos da previdência social sejam alocados com eficiência, o que requer também uma mudança na mentalidade empresarial no sentido de uma ampliação de programas preventivos e de reabilitação de seus funcionários afastados. O retorno precoce ao trabalho preconiza a reabilitação

antes da compensação e a prevenção antes da reabilitação. Mostra-se altamente relevante para o bem-estar mental, social e físico e ao ser identificado um desfecho mensurável favorece a pesquisa científica e o desenvolvimento de estudos comparativos entre diferentes intervenções. O abismo atual que afasta a medicina assistencial das atividades médicas do seguro social, a falta de legislação pertinente, o impacto de fatores sócio-econômicos e a falta de protocolos médicos específicos impedem o atual desenvolvimento desta proposta (7). Assim, encontramos nesta alternativa uma orientação, um longo caminho a ser seguido. Ousamos dar o primeiro passo ao elaborar estas diretrizes.

Seguindo esta linha de raciocínio, o Grupo de Trabalho para elaboração de diretrizes médico-periciais em ortopedia adotou o retorno ao trabalho como norteador em suas discussões e recomendações.

Esta diretriz é composta por quatro partes principais. Em primeiro lugar, optamos em apresentar a propedêutica do aparelho osteomuscular como capítulo a parte dada sua complexidade, volume de informações e variedade de manobras e testes de apoio ao diagnóstico. Seguimos apresentando as patologias que compreendem o Capítulo XIII da 10ª Versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10): Doenças do Sistema Osteomuscular. Descrevemos doença por doença, seguindo a ordem de classificação da CID-10, acrescentando orientações de conduta médico-pericial. A terceira parte traz um guia de estimativa de tempos ótimos para consolidação e recuperação para alguns agravos listados no Capítulo XIX da CID-10: Lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de Causas Externas, mas que estejam diretamente relacionadas com a Ortopedia e Traumatologia e que sigam algumas premissas citadas na introdução do capítulo. Finalmente, a quarta parte apresenta quadros-resumo das patologias revisadas, que associadas a fatores agravantes e atenuantes (ocupacionais, sócio-econômicos e de co-morbidades), servirão de apoio à tomada de decisão do Perito Médico quanto ao tempo de afastamento, encaminhamento para Reabilitação Profissional ou então afastamentos prolongados ou definitivos (aposentadoria por invalidez).

Pretendemos com esta diretriz oferecer ao Perito Médico da Previdência Social um guia de capacitação, uniformização e apoio à decisão e também como uma porta de entrada àqueles não especialistas que desejam estudar e conhecer um pouco mais sobre a semiologia e clínica ortopédica. Em nenhum momento tivemos a pretensão de escrever um livro-texto, menos ainda um “Tratado de Clínica Ortopédica”. Recomendamos aos que desejarem que verifiquem nas referências bibliográficas os livros textos utilizados e que fazem parte da literatura especializada mais atual e revisada desta especialidade. Boa Leitura e boa utilização deste guia!

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Comunicamos que até o fechamento desta versão para consulta pública as fotografias complementares às manobras semiológicas ainda se encontram em fase de edição e certamente serão incluídas na versão final do documento. Considerando que a falta deste material complementar em nada afetará o conteúdo do texto, optamos em lançá-lo para consulta pública enquanto são editadas as fotografias. Da mesma forma, o leitor atencioso notará falta dos quadros-resumo citados acima (quarta parte da diretriz). Estes quadros também se encontram em elaboração final e seus conteúdos são extraídos do texto principal, o qual se encontra suficientemente maduro para ser submetido à consulta pública

GT Ortopedia

Brasília, março de 2007.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL E AS DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR

O Instituto Nacional do Seguro Social realizou um levantamento de 55.828 casos encaminhados para a Reabilitação Profissional, em abril de 2007, onde se pode verificar que 73% dos encaminhamentos eram de portadores de patologias classificadas nos capítulos XIII (Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo) e XIX (Lesões, Envenenamento e algumas Outras Conseqüências de Causas Externas) da CID-10, objetos do presente documento. Assim, cabe destacar a importância das patologias nesses grupos para atuação da Reabilitação Profissional (RP).

A Reabilitação Profissional do INSS compromete-se com a missão institucional de promover o retorno ao trabalho principalmente dos segurados em gozo de benefício por incapacidade. É um processo bastante complexo e se dá pela avaliação individual do segurado em diversas fases, que são normatizadas pelo INSS.

Tem fundamentação legal nos Art. 89 a 93 da Lei 8213/91, modificada pelo Decreto 3048/99 e Instruções Normativas (a mais recente é a IN nº 20/2007). O Manual Técnico de Atendimento na Área de Reabilitação Profissional e a Orientação Interna nº 116 INSS/ Dirben, de 1º de junho de 2005 fornecem as diretrizes para a implementação do processo internamente.

O modelo atual, denominado "*Reabilita*", pressupõe uma atuação conjunta e coordenada entre o reabilitador e o perito médico. Busca agilidade no processo de perícia e reabilitação e retorno ao trabalho do segurado, através do atendimento descentralizado, próximo à residência do cliente.

Segundo o modelo, as unidades de RP incorporam as atribuições de planejamento, gerenciamento e supervisão técnica de suas ações, com atendimento descentralizado e utilização prioritária de recursos externos para atendimentos de reabilitação física, melhoria da escolaridade, capacitação e profissionalização.

Recomenda-se ao perito o encaminhamento precoce para a RP, em especial dos casos cujas patologias estão contempladas neste documento. Numa visão contemporânea de RP, acredita-se que quanto antes se inicia o processo, maior a perspectiva de reinserção do segurado no mercado de trabalho.

O encaminhamento para a RP pode ser feito em **AVALIAÇÃO INICIAL (AX1)**, desde que haja atuação conjunta entre os profissionais reabilitadores e peritos. Considerando que atualmente o prazo inicial para o cumprimento de RP pode haver DCI de até 360 dias, o que permite dar prosseguimento às terapias simultaneamente ao início do processo de RP. Nos casos de PP e PR, o perito médico deve sempre atentar para a possibilidade de encaminhamento à RP. É imprescindível que a Ficha de Avaliação do Potencial Laborativo (FAPL), seja preenchida cuidadosamente, informando todos os campos, detalhar diagnóstico e as restrições do segurado em relação à atividade laborativa original. Quando da conclusão da RP, sempre avaliar a indicação de auxílio-acidente.

Embora o programa de RP seja de caráter obrigatório, a acomodação ao benefício ou o temor do desemprego, requer estímulo para motivação num esforço conjunto de peritos e reabilitadores, bem como o esclarecimento ao segurado, quanto à transitoriedade do benefício e restrições específicas a cada situação.

Além disso, o sucesso do programa está relacionado com uma diversidade de fatores. Entre esses podem ser citados, a receptividade do empregador e dos colegas de trabalho; o empenho da empresa em desenvolver programas de treinamento e capacitação, quando o segurado é vinculado e, a

disponibilidade de funções oferecidas na Comunidade para a promoção de cursos, avaliação e treinamento aos segurados que não possuem vínculo ou não podem retornar a sua empresa de origem.

As limitações institucionais e as restrições impostas pelo mercado de trabalho requerem o estabelecimento de alguns procedimentos práticos de encaminhamento à RP, a fim de otimizar os recursos existentes, de modo a evitar represamento de casos e viabilizar atendimento por parte das Unidades da RP. Neste aspecto, lembramos:

- ✓ Avaliar a evolução do quadro clínico que causou a incapacidade. Considerar a patologia base, todos os tratamentos possíveis, o aparecimento de co-morbidades, possíveis indicações cirúrgicas e o período para estabilização do quadro. O encaminhamento deve ocorrer precocemente. O Perito Médico deve considerar as limitações objetivas para o cumprimento do programa como por exemplo, a capacidade de deslocamento do segurado.
- ✓ Avaliar conjuntamente a idade do segurado e a capacidade de absorção pelo mercado de trabalho local.
- ✓ Investigar as condições do vínculo empregatício: segurados empregados podem ter melhores chances de reinserção ao mercado.
- ✓ Avaliar a escolaridade do segurado, evidenciar condições para a realização de cursos e melhoria da qualificação profissional. Segurados com baixa escolaridade têm desvantagens no acesso a cursos profissionalizantes compatíveis com as exigências do mercado de trabalho formal. É importante o perito médico sugerir retorno aos estudos, assim que encaminhado à RP, principalmente os casos de abandono escolar e os de baixa escolaridade.
- ✓ Encaminhar para RP o segurado em gozo de benefício por incapacidade de longa duração antes de indicar uma DCB.
- ✓ Verificar se o segurado foi reabilitado anteriormente. Caso tenha sido reabilitado, avaliar se é caso de re-encaminhamento em relação à função na qual foi reabilitado.

Os tópicos elencados acima podem não justificar isoladamente a inelegibilidade, contudo, em conjunto, podem apresentar obstáculos para a reinserção do segurado no mercado de trabalho competitivo. Por exemplo, pessoas com idade em torno de 50 anos, restrições para suas atividades laborativas habituais e baixa escolaridade, apresentam variáveis desfavoráveis, com prognóstico sombrio quanto às chances de reinserção no mercado de trabalho formal. Por outro lado, segurado com boa escolaridade, pouco tempo de afastamento, potencial laborativo residual, vinculado a empresa receptiva, tem melhores chances de reabilitação.

PARTE 1: PROPEDÊUTICA DO EXAME MÉDICO-PERICIAL EM DOENÇAS DO APARELHO OSTEOMUSCULAR (CAPÍTULO XIII, 10ª. REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS)

INTRODUÇÃO

Esta primeira parte da diretriz visa fornecer ao médico perito não-ortopedista uma revisão de algumas das principais manobras do exame físico do aparelho osteomuscular.

O Grupo de Trabalho estabeleceu como eixo central para a revisão das patologias e discussão de condutas, o princípio do retorno precoce ao trabalho. Este princípio atende a evidências internacionais de que taxas de morbidade e mortalidade são maiores em grupos afastados precocemente do trabalho quando comparados a trabalhadores ativos da mesma faixa etária (7). Fatores ligados à importância do trabalho além da segurança financeira, como ocupação e atividade, a fornecer senso de identidade, objetivo de vida e interação social atuam interagindo como fatores protetores à morbidade e mortalidade precoces (6).

Partindo da diversidade de manobras semiológicas existentes, foram revistas e selecionadas algumas das quais na prática são mais sensíveis e, talvez mais específicas, para o exame físico dos segmentos do corpo humano. Este processo de seleção centrou-se na avaliação da incapacidade para o trabalho e para as Atividades da Vida Diária (auto-cuidado, comunicação, atividade física, função sensorial, atividades manuais não-especializadas, deslocamento, função sexual e sono). Também, a cada opção por manobra semiológica em específico, o grupo considerou o grau de complexidade na sua execução (opção pelas menos complexas) e o potencial de não-agressão ao examinado (menores constrangimentos físicos, morais ou dolorosos), buscando evitar situações de conflito entre o segurado da Previdência Social e o Perito-Médico. Por outro lado, embora os trabalhos visassem sempre a maior facilidade de acesso à informação, a complexidade do exame físico ortopédico muitas vezes não permitiu que deixássemos de fazer referências a pontos anatômicos e esquemas de inervação segmentar. Outro ponto importante no desenvolvimento do trabalho foi necessidade de revisar manobras que facilitem a detecção de manifestações “não-orgânicas” (8) por parte do examinado/segurado, situação que infelizmente é real e permeia a conflitante relação Perito Médico – segurado.

O texto se encontra dividido por segmentos classicamente utilizados pela ortopedia e as manobras semiológicas encontram-se em cada segmento. Apresentamos a descrição da manobra seguida por fotografias para facilitar o entendimento da mesma. Salientamos que o(a) leitor(a) deve buscar nesta parte da diretriz a descrição de cada manobra. Na segunda parte da diretriz, se encontrará a descrição das patologias ortopédicas, somente faremos menção às manobras. Finalmente, vale lembrar que este texto é um guia prático e dirigido a uma atividade médica em específico, sem pretensão de substituir livros-textos clássicos ou outras fontes de referências ou evidências científicas das consagradas especialidades revistas.

EXAME DA COLUNA CERVICAL

As patologias da coluna cervical, além de provocarem dores locais, podem comprometer os membros superiores, levando à hipotonia muscular, alterações dos reflexos ou da sensibilidade e dor.

A inspeção começa na entrada do segurado na sala de exame. Observar a atitude e a postura da cabeça. Caso permaneça com a cabeça rígida em uma posição, como que protegendo alguma área dolorosa, deverá haver alguma razão para esta postura. O pescoço deve ser palpado com o segurado de costas. Identificar nódulos, contraturas e pontos gatilho.

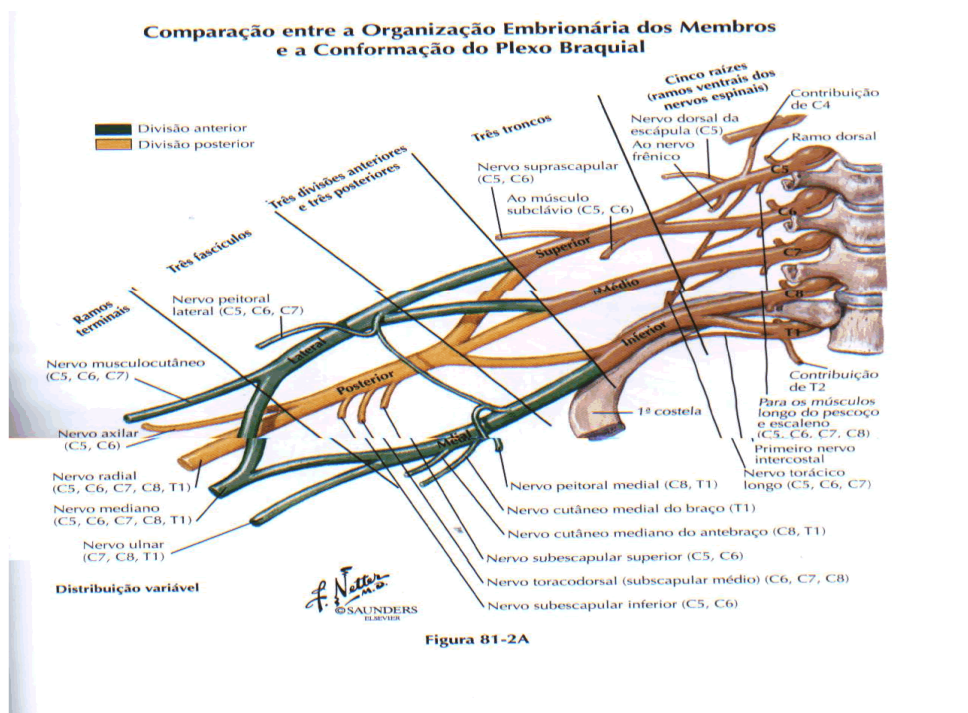
A movimentação do pescoço promove apurado senso de equilíbrio e se compõe basicamente dos seguintes movimentos:

1. flexão
2. extensão
3. rotação lateral para a direita e para a esquerda
4. inclinação lateral da cabeça para a direita e para a esquerda

Os movimentos de flexo-extensão (“sim” com a cabeça) ocorrem principalmente entre o occipito e C1, enquanto que a rotação (“não” com a cabeça) acontece entre C1 e C2. Patologias que acometem os níveis inferiores da coluna cervical não costumam cursar com limitação da mobilidade. De C5 a T1 cada nível neurológico supre sensibilidade a uma porção do membro superior numa sucessão de dermatômos ao redor da extremidade superior.

A avaliação neurológica da coluna cervical é um ponto-chave do exame médico-pericial ortopédico devido às repercussões das patologias desta região sobre os membros superiores. Com vistas a uma breve revisão de princípios anatômicos e de inervação regional apresentamos as figuras, quadros e fotografias a seguir.

Figura 1: Conformação do Plexo Braquial



Quadro 1: Avaliação neurológica da coluna cervical (baseada na padronização da classificação neurológica da lesão medular da Associação Americana de Lesão Medular e da Associação Médica Internacional de Paraplegia)

Nível	Motor – músculo-chave	Reflexos	Sensibilidade
C5	Flexores do cotovelo	Bíceps	Face lateral do braço
C6	Extensores do punho	Braquiorradial	1º quirodáctilo
C7	Extensor do cotovelo	Tríceps	3º quirodáctilo
C8	Flexor profundo do 3º quirodáctilo	-	5º quirodáctilo
T1	Adutor do 5º quirodáctilo	-	Face medial do cotovelo

Quadro 2: Testes dos Nervos Periféricos Principais

Nervo	Teste Motor	Teste de Sensibilidade
Radial	Extensão do Punho Extensão do Polegar	Prega dorsal entre o polegar e o indicador
Ulnar	Abdução – dedo mínimo	Face ulnar distal – dedo mínimo
Mediano	Pinça do Polegar Oponência do Polegar Abdução do Polegar	Face radial distal – dedo indicador
Axilar	Deltóide	Face lateral do braço – projeção do deltóide na face superior do Braço
Músculo-cutâneo	Bíceps	Face lateral do antebraço

MANOBRAS SEMIOLÓGICAS PARA A COLUNA CERVICAL

TESTE DE ADSON

Este teste serve para determinar a permeabilidade da artéria subclávia, que pode estar comprimida por costela cervical ou por contração dos músculos escalenos anterior e médio, que podem comprimi-la quando a artéria passa por entre os músculos ou durante o trajeto do vaso em direção ao membro superior.

Com o segurado sentado ou em posição ortostática, palpe seu pulso radial. Continue palpando, abduza, estenda e rode externamente o braço do segurado. Em seguida, peça-lhe para prender a respiração e volver a cabeça em direção ao braço que está sendo examinado. No caso de haver compressão da artéria subclávia, o pulso radial diminuirá de amplitude, podendo até não ser mais percebido.

Na maioria dos casos é a coluna cervical que irradia dor para outras áreas do membro superior. No entanto, é possível que patologias da articulação têmporo-mandibular, infecções do maxilar inferior, dentes e couro cabeludo irradiem dor para o pescoço (9, 10).

Inserir Fotos 1 e 2: Teste de Adson (duas etapas)

EXAME DA ARTICULAÇÃO TÊMPORO-MANDIBULAR

Em termos de perícia médica ortopédica, a avaliação da incapacidade para o trabalho, em função de comprometimento desta articulação, possui pouca relevância.

EXAME DA COLUNA TORÁCICA

O exame físico da coluna torácica presta-se especialmente para a identificação de deformidades vertebrais. A mobilidade da coluna torácica é restrita, devido à presença do gradeado costal e à anatomia articular das vértebras torácicas (9, 10).

A inspeção começa com o paciente em pé, de costas para o examinador, com o tórax despido e os pés descalços.

Analisa-se a postura global do paciente, sua massa muscular, buscando quaisquer assimetrias, contraturas ou aumento de volume. A linha média vertebral precisa ser identificada, sempre retilínea, sem apresentar desvios grosseiros.

Observar as curvaturas da coluna (normais ou patológicas) através da inspeção lateral em pé. As cifoses de raio longo, como a do adolescente (dorso curvo ou enfermidade de Scheuermann), a senil ou por osteoporose, a da espondilite ancilosante, bem como as de outras etiologias são bem evidenciadas quando presentes. As cifoses de raio curto ou de ângulo agudo podem ser sinais de enfermidades como tuberculose (mal de Pott) ou neurofibromatose.

A lordose lombar e a protrusão do abdome têm que ser avaliadas; um aumento da lordose pode sugerir espondilolistese.

Embora a inspeção evidencie as alterações descritas acima, essas não necessariamente são incapacitantes para o trabalho.

Na palpação das partes moles deve-se atentar para localização precisa da dor, presença de pontos gatilho e dor miofascial.

O exame da movimentação ativa busca determinar principalmente a amplitude articular do segmento examinado. É difícil separar a mobilidade dos segmentos torácico e lombar, porém, a flexo-extensão da coluna é mais ampla na lombar, enquanto a inclinação lateral se dá mais na coluna torácica. As amplitudes normais para todos os movimentos da coluna torácica são de até 45° em qualquer sentido. As limitações de mobilidade podem se dar devido à dor pelo processo patológico básico do paciente ou por ancilose no caso de espondilite.

Um teste que merece ser destacado é o da inclinação anterior (também conhecido como *Teste de Adams*), por ser o mais sensível para detectar a presença de escoliose de quaisquer etiologias. Pode ser realizado com o examinador atrás do segurado, que se colocará inclinado para frente, com sua coluna paralela ao solo (flexão da coluna) e com os braços pendentes. O examinador se abaixará para ter os seus olhos no mesmo nível da coluna e deverá verificar a existência de gibosidades. Existem limitações para este teste quando há dor e a escoliose é antálgica; neste caso haverá contratura

muscular e rigidez que impedem a flexão da coluna. Tumores, dentre outras patologias, costumam ser responsáveis por esses quadros.

Vale lembrar que a presença de escoliose não é, por si só, incapacitante para o trabalho. A escoliose pode tornar-se incapacitante dependendo da severidade da curvatura, presença de quadros degenerativos próprios da idade e do comprometimento cardiopulmonar (escolioses na infância, em casos de avaliações para Benefícios de Prestação Continuada).

EXAME DA COLUNA LOMBAR

Em perícia médica previdenciária, a anamnese e o exame físico são as bases para a confirmação do diagnóstico e correlação com a incapacidade laborativa nas patologias da coluna lombar, em que pese o progresso na área de diagnóstico por imagens. Lembramos que aproximadamente 40% da população ativa e assintomática pode apresentar alguma alteração no diagnóstico por imagens (11).

Na observação clínica, início do exame pericial, a idade é um bom identificador da natureza do provável agente etiológico.

- a. O prolapso do disco intervertebral é incomum em pacientes com idade inferior a 20 anos ou superior a 60 anos.
- b. A claudicação neurogênica intermitente é infreqüente abaixo de 40 anos de idade.
- c. A rotura anular posterior, de origem traumática, tende a ocorrer até a idade de 40 anos.
- d. A espondilite ancilósante é mais evidente em pacientes acima de 45 anos.
- e. Tumores malignos costumam ocorrer em pessoas com idade superior a 50 anos.
- f. A discite é normalmente observada em crianças ou adultos com mais de 60 anos de idade.
- g. A espondilolistese degenerativa é mais comum no sexo feminino
- h. A espondilite ancilósante, espondilólise e espondilolistese de outras etiologias são mais comuns no sexo masculino.

A profissão e todas as informações a ela relacionadas são de extrema importância no esclarecimento do diagnóstico e na previsão de retorno ao trabalho. As atividades profissionais com esforço físico intenso, levantamento de peso, exposição à vibração, postura estática durante o trabalho, realização constante de movimentos de flexão e rotação ou tarefas repetitivas têm sido associadas ao aumento do risco de dor lombar.

Os fatores psicológicos e psicossociais relacionados ao trabalho são também de grande importância e estão mais relacionados à incapacidade referida pelo segurado do que à presença de lesões específicas na coluna vertebral. O fato de o indivíduo ser autônomo, empregado, empregador ou a existência de questões trabalhistas ou indenizatórias tem grande importância na avaliação da incapacidade para o trabalho. Nestes casos deve-se atentar para a cuidadosa fixação da DID e DII.

As queixas mais freqüentemente relacionadas à coluna lombar são a dor, a deformidade e a incapacidade funcional. A dor é a queixa mais freqüente e deve ser caracterizada pela sua localização, tipo (pontada, facada, alfinetada, peso, queimação), extensão, irradiação, fatores de melhora e piora, fenômenos concomitantes, horário de aparecimento e duração.

A dor ciática é caracterizada pela sua distribuição ao longo dos dermatômos dos nervos espinhais e é freqüentemente acompanhada de déficit motor ou sensitivo correspondente às raízes nervosas afetadas. Pode irradiar-se para a face posterior da coxa e tende a piorar durante o dia, particularmente com o aumento da carga. Em casos mais graves, pode apresentar irradiação distal até a perna e o pé (9, 10).

SEMILOGIA DA COLUNA LOMBAR

INSPEÇÃO DA COLUNA LOMBAR

Enquanto o segurado se despe, observar os seus movimentos. Os portadores de patologias lombares orgânicas, evitarão realizar movimentos que possam ser dolorosos, portanto tentarão manter a coluna rígida.

Na postura ortostática observar o nivelamento das cinturas escapular e pélvica. A inclinação do segurado para um dos lados poderá sugerir postura escoliótica secundária a hérnia de disco. A retificação da lordose normal ocorre freqüentemente por espasmo da musculatura paravertebral (9, 10).

PALPAÇÃO ÓSSEA

Um desnível visível ou palpável de um processo espinhoso para outro pode ser resultante de espondilolistese, que ocorre mais freqüentemente nos níveis L5-S1 e L4-L5.

EXAME DA MOVIMENTAÇÃO ATIVA

A movimentação da coluna lombar se compõe de flexão, extensão, inclinação lateral e rotação. Há relativamente pouca movimentação individual nas superfícies articulares das vértebras lombares. O movimento de maior alcance, que é a flexão, envolve primariamente a movimentação do quadril, sendo que uma pequena parcela de movimento se dá na coluna propriamente dita, fato que pode ter implicação no exame pericial, quando o segurado com dor lombar se diz impossibilitado de fletir sua coluna lombar. Comprova este fato é que pacientes submetidos a fusões vertebrais lombares (artrodeses lombares), não apresentam restrição funcional quanto à movimentação do tronco.

EXAME NEUROLÓGICO DA COLUNA LOMBAR

O exame neurológico da coluna lombar inclui o exame de todo membro inferior, já que as patologias medulares e da cauda eqüina (hérnias de disco, tumores e lesões de raízes nervosas) freqüentemente se manifestam no membro inferior alterando os reflexos, a sensibilidade e a força muscular. Portanto, este exame descreve as inter-relações entre os músculos, reflexos e áreas sensitivas

de membro inferior e seus níveis medulares particulares, de tal modo que a detecção e a localização dos problemas medulares possam ser efetuados com relativa facilidade e precisão (9, 10).

Para esclarecer estas inter-relações clínicas, o exame deverá ser conduzido por níveis neurológicos e não por regiões. Assim sendo, para cada nível neurológico, deveremos testar os músculos, reflexos e áreas sensitivas, que notoriamente recebam inervação do nível em questão.

Notar que não há um exame neurológico da coluna propriamente dita.

Ressaltamos que o fato de o segurado referir dor ao toque da pele da região lombar não encontra fundamento anatômico, uma vez que a sensibilidade desta região é provida por raízes torácicas baixas, sem relação com patologias próprias da região lombar

Quadro 3: Quadro-resumo da neurologia lombar

Disco	Raiz	Reflexo	Músculo-chave	Sensibilidade
L3-L4	L4	Patelar	Tibial anterior	Face medial da perna e do pé
L4-L5	L5	-	Extensor longo do hálux	Face lateral da perna e dorso do pé
L5-S1	S1	Aquiliano	Fibular longo e curto	Face lateral do pé

MANOBRAS SEMIOLÓGICAS ESPECIAIS PARA A COLUNA LOMBAR

Testes para Estirar a Medula Espinhal, Cauda Equina ou o Nervo Ciático.

TESTE DA ELEVÇÃO DA PERNA ESTICADA

Este teste se destina a reproduzir a dor das costas e das pernas para que sua causa possa ser determinada. Com o paciente em decúbito dorsal, eleve a perna segurando-lhe o pé próximo do calcanhar e com o joelho retificado (não deixe que se dobre). O alcance a que a perna pode ser elevada sem dor ou desconforto varia, mas, em geral, está em torno de 80°. Até 30° o nervo ciático encontra-se relaxado, entre 30° e 70° o nervo está tensionado. Se a elevação da perna retificada é dolorosa, pode-se determinar se ocorre por patologias do nervo ciático ou por contratura dos músculos da coxa (que acomete somente a face posterior da coxa, enquanto que a dor ciática se estende por toda a perna). O paciente poderá se queixar de dor na região lombar inferior ou mesmo na outra perna (teste cruzado da perna retificada positivo). No ponto em que o paciente acusar dor, abaixe a perna lentamente enquanto dorsi-flexione o pé visando estirar o nervo ciático para reproduzir a cialgia. Se o paciente não experimentar dor durante a dorsiflexão, sua queixa provavelmente é decorrente de contratura da musculatura da coxa. Se ocorrer reação positiva tanto ao teste de elevação da perna estendida quanto à manobra de dorsiflexão, solicitar ao paciente para localizar a sede da dor. A dor pode ser na coluna lombar ou em qualquer ponto do trajeto ciático.

O teste de elevação bilateral dos membros inferiores pode também produzir sinais de compressão radiculares e é realizado elevando-os pelos tornozelos, mantendo-se os joelhos em extensão. Esse teste causa inclinação da pelve e diminui o estiramento dos elementos neurais. A dor que ocorre até os 70° de flexão do quadril está relacionada ao esforço na articulação sacroilíaca. Acima dos 70°, a dor está relacionada ao esforço da coluna lombar. Esse teste é útil na identificação de segurados com dor não orgânica que, freqüentemente, referem dor com angulação menor que a observada durante a elevação unilateral do membro inferior.

Inserir fotos 3 e 4

TESTE DE HOOVER

Este teste avalia a colaboração do segurado no exame físico, ao afirmar que não pode elevar a perna. O médico sustenta os calcanhares do segurado em aproximadamente 15° de elevação e solicita ao mesmo que faça elevação ativa de uma das pernas. Quando o paciente está tentando realmente elevar a perna, exercerá pressão no calcanhar da perna oposta, utilizando-o como alavanca, pressão que pode ser sentida pelo examinador. Se o paciente não exercer pressão ao tentar elevar a perna, na verdade não está efetivamente tentando.

Inserir fotos 5 e 6

TESTE DE MILGRAN

O paciente em decúbito dorsal deve elevar e manter as pernas esticadas a cerca de 5 centímetros da maca. Se conseguir permanecer nesta posição por mais de 30 segundos sem dor, a possibilidade de patologia intratecal pode ser descartada. Esta manobra estira o ileopsoas e os músculos anteriores do abdome aumentando a pressão intratecal. No entanto, se o segurado não for capaz ou mesmo se queixar de dor ao tentar a manobra, pode haver patologias intra ou extratecais (hérnias de disco) ou excesso de pressão sobre o envoltório medular (teca).

Inserir fotos 7 e 8

MANOBRAS PARA DETECTAR SINAIS FÍSICOS NÃO ORGÂNICOS NA COLUNA LOMBAR

A identificação de sinais não orgânicos em segurados com queixa de lombalgia é de grande importância, com a finalidade de identificar a origem dos sintomas que está relacionada a problemas psicológicos ou socioeconômicos. (12) descreveu cinco sinais para a identificação de pacientes que expressam componentes não orgânicos durante a descrição de queixa de dor, os quais se encontram resumidos abaixo:

1. Presença na região lombar de sensibilidade aumentada ao tato leve, localizada ou ampla, ou sensibilidade profunda disseminada em localização não correspondente com padrão anatômico.
2. Aparecimento da dor lombar à compressão axial do crânio ou durante a rotação do ombro.
3. Realização do teste de elevação do membro inferior com o paciente na posição sentada, simulando-se o exame físico do joelho.

4. Anormalidades motoras ou sensitivas em múltiplas regiões, que não podem ser explicadas com base anatômica.

5. A hiper-reação durante o exame é o sinal mais importante entre os sinais não-orgânicos, representado pela verbalização desproporcional dos sintomas, expressão facial inadequada, tremores, desmaios e sudorese.

MANOBRAS QUE PODEM PROVOCAR DOR LOMBAR

EXAME EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA

A flexão cervical máxima poderá levar o segurado a fletir o tronco.

SEGURADO EM DECÚBITOS DORSAL E VENTRAL

- a. Levantamento da perna esticada acima de 30°. A partir desta angulação, o nervo ciático passa a ser estirado e com a dorsiflexão do pé, intensifica o quadro algico.
- b. Levantamento da coxa em 90° com o joelho em flexão de 90° provocará dor quando for feita a extensão do joelho (Lasègue).
- c. Pressão no abdomen com o paciente tossindo, provoca dor lombar (sugestivo de hérnia discal – discartrose).
- d. A compressão lombar com o paciente em decúbito ventral pode aliviar a dor.

EXAME COM O SEGURADO SENTADO:

- a. Extensão do joelho provoca dor no comprometimento do nervo ciático (Lasègue modificado).
- b. Manobra de Valsalva dolorosa - sugestivo de aumento de pressão intratecal (hérnia discal cervical ou tumoração no canal medular) - a dor é do tipo irradiada.
- c. Solicita-se ao segurado inclinar o corpo para frente, tocar os joelhos e deslizar as mãos até a ponta dos pés. Pode queixar-se de forte dor lombar. Logo que se solicita suspender a manobra, o segurado faz de maneira paulatina e com evidente esforço.
- d. Solicita-se ao segurado sentado que pressione a mão do médico colocada sob sua coxa. A manobra será dolorosa nas patologias com participação dos músculos lombares.
- e. O segurado com indicação diagnóstica de hérnia discal costuma sentar-se sobre a borda anterior da cadeira, estendendo a perna afetada e apoiado sobre a perna não acometida.
- f. Solicita-se ao segurado que ajoelhe no solo. Ele deve apoiar primeiro a perna doente, e ao erguer-se deve apoiar primeiro o lado indolor.

MANOBRAS QUE PROVAVELMENTE NÃO PROVOCAM DOR LOMBAR

EXAME EM POSIÇÃO ORTOSTÁTICA

A flexão cervical máxima com flexão de tronco.

EXAME EM DECÚBITOS DORSAL E VENTRAL

- a. Levantamento passivo da perna esticada até 30º deve ser indolor. Na continuidade da elevação e a partir de 70º, a dor não decorre de comprometimento radicular, mas sim de encurtamento da musculatura posterior da coxa ou de estiramento da musculatura lombar.
- b. O afastamento lateral das pernas não deve agravar a cialgia.
- c. A flexão da coxa sobre o abdômen, com o joelho fletido, deve aliviar as tensões sobre o nervo ciático e da região lombar.
- d. Levantamento da coxa com o joelho em flexão, não deve provocar dor.
- e. A compressão lombar com o paciente em decúbito ventral não deve piorar a dor.
- f. A hiperextensão da coxa com o paciente em decúbito ventral deve aliviar a dor lombar baixa.

EXAME COM SEGURADO SENTADO:

- a. A elevação ativa da coxa fazendo pressão oposta no joelho ao mesmo tempo não deve piorar a dor lombar.
- b. Solicita-se ao segurado inclinar o corpo para frente, tocar os joelhos e deslizar as mãos até a ponta dos pés. Queixa-se de forte dor lombar. Logo que se solicita suspender a manobra, ele volta rapidamente à posição ereta.
- c. O segurado senta-se normalmente na cadeira e refere impossibilidade para estender qualquer perna.

EXAME DO OMBRO

A inspeção se inicia à entrada do segurado no consultório e, a partir da marcha, avalia-se a uniformidade e simetria de sua movimentação. O membro superior movimenta-se sincronicamente ao membro inferior contra-lateral. Observar a movimentação do ombro quando o segurado despe a camisa. As articulações glenoumeral e escápulo-torácica são responsáveis pela mobilidade do ombro, na proporção de dois para um. Por exemplo, numa amplitude de abdução de 90 graus, ocorre 60 graus de movimentação na articulação glenoumeral e 30 graus na escápulo-torácica. A movimentação anormal é muitas vezes unilateralizada ou distorcida e freqüentemente representa a tentativa do segurado em substituir a amplitude do movimento original por um movimento menos eficaz, porém indolor.

O aspecto do ombro é conferido pelo músculo deltóide, grande responsável pela sua mobilidade. Caso este músculo esteja hipotrofiado ou mesmo atrofiado, a grande tuberosidade umeral subjacente se torna mais proeminente por não mais existir o preenchimento do ombro. Nos casos de desuso ou imobilização no período superior a 15 dias ocorrerá hipotrofia (10).

O ângulo médio superior da escápula é clinicamente importante por ser local freqüente de dor referida da coluna cervical.

O manguito rotador consiste em estrutura anatômica composta por quatro músculos responsáveis pela sustentação, estabilização e parcialmente pela mobilidade do ombro. Sua importância clínica deve-se à degeneração, que leva a restrição de movimentos do ombro, em especial os de abdução. Os tendões dos músculos supra-espinhal, infra-espinhal e redondo menor são palpáveis na grande tuberosidade do úmero. O subescapular, que é o quarto músculo da bainha rotatória, não é

palpável. Dentre os músculos do manguito rotador, o mais passível de ruptura é o supra-espinhal e isto geralmente ocorre próximo à inserção. Durante a extensão passiva é possível colocar em evidência a bolsa subacromial, cuja inflamação (bursite) é uma doença freqüentemente encontrada, palpável no bordo anterior do acrômio. Ao se palpar a bolsa deve-se procurar massas ou espessamentos que podem ser acompanhados de crepitações durante a movimentação do ombro.

A dor que se origina no ombro quase sempre se irradia para a face lateral do braço, ao nível da inserção do músculo deltóide podendo também irradiar-se para o cotovelo e para a coluna cervical. Quando há referência de que a dor se irradia até a mão, deve-se considerar envolvimento da coluna cervical.

MANOBRAS SEMIOLÓGICAS PARA O OMBRO

Os testes e manobras apresentadas a seguir devem ser incorporados na avaliação médico-pericial.

É importante ressaltar que nos processos inflamatórios agudos os testes descritos abaixo podem estar prejudicados. Devem ser realizados com muito critério, a fim de evitar sensibilização dolorosa no segurado.

TESTES RELACIONADOS COM A DOR E COM A MOBILIDADE

TESTE DO IMPACTO DE NEER

O membro superior com o cotovelo estendido e em rotação neutra é elevado passiva e rapidamente no plano da escápula pelo examinador. Nesta situação, o tubérculo maior do úmero projeta-se contra a face ântero-inferior do acrômio e reproduz o impacto, com dor característica provocada pela irritação da bolsa serosa e do tendão do supra-espinhal.

Inserir fotos 9 e 10

TESTE DO IMPACTO DE HAWKINS-KENNEDY

O membro superior é colocado em abdução a 90°, cotovelo em flexão de 90° e palma da mão voltada para frente. O examinador estabiliza o cotovelo com uma mão e, com a outra apoiada sobre o dorso da mão do segurado, realiza movimento de rotação para frente e para baixo. Nesta posição o tubérculo maior é projetado contra o ligamento coracoacromial e o tubérculo menor aproxima-se da ponta do processo coracóide, podendo também reproduzir o “impacto coracóide”. Este teste é útil para identificar lesão do manguito rotador.

Inserir fotos 11 e 12

TESTE DE JOBE

Avalia a alteração do tendão do supra-espinhal bilateralmente. É testado pela elevação ativa em noventa graus do membro superior (no plano da escápula) com os cotovelos estendidos, polegares apontando para baixo e contra a resistência oposta pelo examinador. A resposta poderá ser de apenas dor na face ântero-lateral do ombro, acompanhada ou não de diminuição da força ou mesmo da

incapacidade em elevar o membro superior, indicando desde tendinites até rupturas completas do tendão.

Inserir fotos 13 e 14

TESTE DE SPEED (“PALM-UP TEST”)

Indica a presença de alterações no tendão longo do bíceps. É testado pela flexão ativa do membro superior com o cotovelo estendido e palma da mão voltada para cima e contra a resistência oposta pelo examinador sobre o punho do segurado. O teste é positivo quando o indivíduo acusa dor no sulco intertubercular do úmero com ou sem impotência funcional.

Inserir fotos 15 e 16

TESTE DO INFRA-ESPINHAL

É realizado com o membro superior ao lado do tórax e o cotovelo em 90° de flexão, pedindo-se ao segurado para fazer ativamente a rotação externa do braço contra a resistência oposta pelo examinador. O teste é positivo quando o segurado acusa dor na face anterior do ombro (tuberosidade maior do úmero). Quando possível, realizar o teste de Patte.

Inserir fotos 17 e 18

TESTE DO INFRA-ESPINHAL DE PATTE

O membro superior é colocado em abdução a 90°, cotovelo em flexão de 90° e palma da mão voltada para frente. O examinador estabiliza o cotovelo com uma mão e com a outra apoiada sobre o dorso do punho do segurado, oferece resistência contra o movimento de rotação para trás. O teste é positivo quando o segurado acusa dor na face anterior do ombro (tuberosidade maior do úmero).

Inserir fotos 19 e 20

TESTE DO SUBESCAPULAR DE GERBER

O segurado coloca o dorso da mão ao nível de L5 e procura ativamente afastá-la das costas. O teste é positivo quando há incapacidade de realizar ou manter o afastamento, indicando lesão do subescapular.

Inserir fotos 21 e 22

TESTE DO SUBESCAPULAR

Este teste serve, em caso de lesão não-orgânica, para complementação do teste de Gerber. O segurado coloca a palma da mão no abdome, mantendo o cotovelo alinhado com a mão. O examinador deve estabilizar o punho no abdome e elevar o cotovelo para frente e soltá-lo alertando o indivíduo para manter esta posição. A queda espontânea do cotovelo para trás indica lesão do subescapular.

Inserir fotos 23 e 24

TESTE DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

O segurado executa ativamente a flexão do membro superior até 90º com o cotovelo estendido. A seguir, o examinador realiza a adução horizontal forçada (além da linha média) do membro superior. O segurado deverá acusar dor na articulação acromioclavicular.

Inserir fotos 25 e 26

TESTES RELACIONADOS COM A ESTABILIDADE

Atenção! Estes testes buscam verificar a estabilidade articular do ombro, e devem ser interrompidos ao primeiro sinal de desconforto do segurado, pois há risco de luxação. Devem ser realizados em situações especiais e por profissionais capacitados.

TESTE DA APREENSÃO

O examinador, por trás do segurado, com uma das mãos posiciona o membro em abdução e rotação externa máxima, com o cotovelo fletido em 90º. Com o polegar da outra mão procura deslocar anteriormente a cabeça do úmero. Quando há instabilidade anterior, a sensação de luxação iminente provoca temor e apreensão no segurado.

Inserir fotos 27 e 28

TESTE DA INSTABILIDADE POSTERIOR

O examinador com uma das mãos estabiliza o cotovelo fletido em 90º em adução além da linha média e em rotação interna do braço. Com a outra mão procura deslocar posteriormente a cabeça do úmero. Quando há instabilidade posterior, a cabeça do úmero resvala na borda posterior da glenóide e se subluxa.

As queixas dolorosas referidas no ombro, porém oriundas de outros locais, são muito frequentes e, por isso, o exame clínico ortopédico do ombro deve ser obrigatoriamente complementado pelo exame da coluna cervicotorácica e pelos exames neurológico e vascular.

Inserir fotos 29 e 30

EXAME DO COTOVELO

A dor no cotovelo assume características variadas, de acordo com sua causa. Dor localizada na face lateral do cotovelo, que pode irradiar-se para o braço e/ou antebraço tem como possíveis causas patologias no compartimento lateral do cotovelo. Dor difusa ou periarticular pode ser causada por patologia sistêmica, como a artrite reumatóide. A neuropatia do ulnar é causa freqüente de dor forte, associada a parestesia na borda ulnar da mão. A radiculopatia cervical também pode cursar com dor ao

nível do cotovelo, porém geralmente está associada à dor cervical e dor no ombro. Outra alteração comum nas patologias do cotovelo é a perda da rotação normal (prono-supinação) do antebraço, podendo ocorrer em patologias do punho.

Na inspeção do cotovelo, observar:

- Alterações angulares entre o braço e o antebraço;
- Limitações de mobilidade articular, e
- Presença de massas ou nódulos subcutâneos.

O ângulo formado entre o braço e o antebraço é denominado de ângulo de carregamento. A graduação deste ângulo é em torno de 10°, variando de acordo com gênero, raça e idade. A causa mais comum de alteração do referido ângulo (cúbito varo e cúbito valgo) é a seqüela de trauma na região. Lembrar que essas alterações angulares, além do prejuízo estético, podem demandar maior esforço na realização de tarefas.

Na porção lateral do cotovelo podem ser palpados o epicôndilo lateral, a origem da musculatura extensora do punho e a cabeça do rádio. Dor no epicôndilo lateral e na origem da musculatura extensora do punho tem como causa a epicondilite lateral ou a síndrome do túnel radial.

A palpação da cabeça do rádio deve ser realizada durante a prono-supinação do antebraço, em variados graus de flexo-extensão. Dor durante a sua palpação sugere sinovite, artrite ou fratura. A sua proeminência pode ser causada por luxação traumática ou congênita.

O tendão bicipital pode ser palpado durante a flexão ativa do cotovelo em supinação, contra a resistência promovida pelo examinador. A bursa olecraneana (na ponta do cotovelo) pode estar dolorosa e espessa à palpação quando houver processo inflamatório local.

O nervo ulnar pode ser palpado entre o epicôndilo medial e o olécrano. Normalmente, este nervo é suave, flexível e cilíndrico à palpação. Seu espessamento é sugestivo de neurite, comum na Hanseníase. Sua palpação deve ser realizada de forma delicada, a fim de evitar desconfortos ao segurado.

AVALIAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DO COTOVELO

O movimento de flexo-extensão no cotovelo é realizado nas articulações úmero-ulnar e úmero-radial, enquanto que o de prono-supinação é realizado nas articulações rádio-ulnar proximal e distal. O arco de flexo-extensão essencial para a realização das atividades de vida diária é de 30° a 130°. A limitação dos últimos 45° da extensão total pode ser tolerada.

A maior parte das atividades laborais utiliza a prono-supinação, cujo arco essencial para a realização da maioria das atividades de vida diária é de 50° para cada uma das direções. A perda da pronação pode ser parcialmente compensada pelo movimento de abdução do ombro, diferentemente da perda da supinação, que não é compensada pelos movimentos do ombro. A pronação é mais importante para a alimentação e a supinação para a higiene.

AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E EXAME NEUROLÓGICO DO COTOVELO

A avaliação da força muscular é realizada com o segurado em posição ortostática com o cotovelo fletido em 90°, junto ao tórax. O examinador com seus dedos fletidos segurará os dedos fletidos do segurado, cujos antebraços estarão em supinação. Quando o segurado não oferecer resistência à tração brusca, significa déficit de força muscular. Este teste avalia a força de todo o membro superior, embora não seja sensível para grupos musculares específicos.

TESTES E MANOBRAS ESPECÍFICAS PARA O COTOVELO

EPICONDILITE LATERAL (“COTOVELO DE TENISTA”)

TESTE DE COZEN

É realizado com o cotovelo em flexão de 90°, o antebraço pronado e o punho cerrado. Pede-se ao segurado que realize a extensão ativa do punho, contra a resistência imposta pelo examinador. O teste é considerado positivo quando o segurado referir dor no epicôndilo lateral, origem da musculatura extensora do punho e dos dedos.

Inserir fotos 31 e 32

TESTE DE MILL

É realizado com o cotovelo em extensão e o punho cerrado e em extensão. O examinador deve forçar o punho em flexão, enquanto o segurado tenta manter o punho estendido. O teste é considerado positivo quando o segurado referir dor no epicôndilo lateral.

Inserir fotos 33 e 34

EPICONDILITE MEDIAL (“COTOVELO DO GOLFISTA”)

É realizado com o cotovelo fletido, o antebraço supinado e o punho em extensão. É considerado positivo quando o segurado referir dor no epicôndilo medial durante a flexão ativa do punho, contra resistência.

Inserir fotos 35 e 36

EXAME DA MÃO E DO PUNHO

A avaliação da função da mão é feita através da avaliação da mobilidade da mão, força, sensibilidade cutânea, estabilidade articular e dimensões físicas da mão. A coordenação, a destreza e a sensibilidade funcional são avaliadas através de certas tarefas padrão. A capacidade laborativa é avaliada através de testes que simulam as situações de trabalho.

O esqueleto da mão é constituído de cinco cadeias poliarticuladas, distribuídas em forma de raios, que diferem pelo tamanho, mobilidade e independência. O primeiro raio (do polegar), mais curto e o mais móvel, possui extrema importância funcional, pois apresenta características estruturais que lhe proporciona certa “autonomia”, ao permitir que o polegar se oponha aos demais dedos.

Os ossos do carpo estão dispostos em duas fileiras, de radial para ulnar: uma proximal (escafóide, semilunar, piramidal e pisiforme) e uma distal (trapézio, trapezóide, capitato e hamato). A fileira proximal articula-se com o rádio e a ulna. O esqueleto ósseo é complementado por um esqueleto fibroso que permite estabilidade e adaptabilidade ao mesmo tempo. Este inclui as aponeuroses, ligamentos e bainhas fibrosas.

Com relação à funcionalidade, existe uma especialização dos raios radiais e ulnares. O trabalho conjunto do polegar e do indicador favorece maior destreza na manipulação de um objeto (ação dinâmica), enquanto que os dedos anular e mínimo normalmente agem juntos, aumentando a força de preensão (apoio e controle estático). O dedo médio pode atuar juntamente com o indicador, para aumentar a precisão do movimento de pinça, ou com os dedos ulnares, aumentando a força da preensão.

“O punho é a articulação-chave da mão”, pois possui mobilidade multidirecional.

Os movimentos mais comuns nas atividades de vida diária são:

- Extensão-desvio radial: abrir torneira, alimentar-se
- Flexão-desvio ulnar: fechar torneira.

Os movimentos de flexão e extensão possuem amplitude de cerca de 80 graus em cada direção. A extensão do punho é funcionalmente mais importante que a flexão. A perda da extensão ativa do punho dificulta e enfraquece o movimento de preensão da mão. A posição funcional ótima é de ligeira extensão do punho (aproximadamente 20 graus).

A mobilidade do punho é realizada por meio de músculos extrínsecos (com origem no antebraço), enquanto que a mobilidade dos dedos é realizada tanto por músculos extrínsecos, quanto por músculos intrínsecos.

Ao nível do punho, os tendões extensores estão distribuídos em seis compartimentos, a saber:

- 1.º compartimento: tendões dos músculos extensor curto do polegar e abductor longo do polegar;
- 2.º compartimento: tendões dos músculos extensor radial longo do carpo e extensor radial curto do carpo;
- 3.º compartimento: tendão do músculo extensor longo do polegar;
- 4.º compartimento: tendões dos músculos extensor comum dos dedos e do músculo extensor próprio do indicador;
- 5.º compartimento: tendão do músculo extensor do dedo mínimo e,
- 6.º compartimento: tendão do músculo extensor ulnar do carpo.

Os compartimentos mais comumente envolvidos em patologias são o primeiro (tenossinovite estenosante de De Quervain), o quarto (tenossinovite nas atividades de digitação), o quinto e o sexto

(ambos na artrite reumatóide). Com relação ao trauma, o terceiro pode ser concomitantemente acometido com a fratura do terço distal do rádio.

Os tendões flexores atravessam o punho através do túnel do carpo. Além de nove tendões flexores (tendão flexor longo do polegar, quatro tendões flexores superficiais dos dedos e quatro tendões flexores profundos dos dedos), o nervo mediano também passa por esse túnel, sendo este um freqüente local de compressão (síndrome do túnel do carpo).

A sensibilidade da mão e do punho deve ser avaliada de duas formas: (a) testando-se os nervos periféricos principais que os inervam e, (b) testando-se cada nível neurológico. O nervo radial supre o dorso da mão. A superfície dorsal da prega entre o polegar e o indicador (primeira comissura interdigital) é quase que inteiramente suprida pelo nervo radial. A região palmar dos dedos polegar, indicador, médio e porção radial do quarto dedo é inervada pelo mediano. O ulnar inerva o quinto dedo e a porção medial do quarto dedo. (10).

Os músculos tenares laterais são inervados pelo mediano, enquanto que os mediais são inervados pelo ulnar. O flexor curto do polegar freqüentemente é duplamente inervado (nervos mediano e ulnar), sendo que, em um terço dos casos, é inervado apenas pelo nervo ulnar. Algumas pessoas possuem anastomoses entre os nervos mediano e ulnar, o que pode dificultar o diagnóstico clínico de lesões nervosas na mão. Por exemplo, isto explica porque alguns portadores de seqüela de Hanseníase com acometimento do nervo ulnar nem sempre desenvolvem deformidade em garra clássica. O Quadro 3 e as fotos 37 e 38 apresentam a inervação da mão.

Quadro 4: INERVAÇÃO DA MÃO

	Sensibilidade	Motricidade
Nervo mediano	Polegar, indicador, dedo médio e metade radial do anular.	Músculos flexores extrínsecos (flexor radial do carpo, flexor longo do polegar, flexores superficiais para todos os dedos, flexores profundos dos dedos indicador e médio e palmar longo). Músculos intrínsecos (cabeça superficial do flexor curto do polegar, oponente do polegar, abductor curto do polegar e lumbricais para os dedos indicador e médio).
Nervo ulnar	Dedos mínimo e metade ulnar do anular	Músculos flexores extrínsecos (flexor ulnar do carpo, flexores profundos dos dedos anular e mínimo) Músculos intrínsecos (cabeça profunda do flexor curto do polegar, adutor do polegar, músculos da eminência hipotenar (abductor, flexor curto oponente do dedo mínimo e palmar curto), interósseos palmares, dorsais e lumbricais para os dedos anular e mínimo).
Nervo radial	Pele da região da tabaqueira anatômica e dorso dos dedos polegar, indicador, médio e metade radial do anular, até a articulação interfalangeana distal.	Músculos extensores extrínsecos (extensor ulnar do carpo, extensor comum dos dedos, extensor radial curto e longo do carpo, abductor longo do polegar, extensor curto e longo do polegar).

Fotos 37 e 38: Sensibilidade da mão, aspectos volar (Foto 37) e dorsal (Foto 38). Nervo mediano (pontos), nervo ulnar (cruzes)

Foto 37



Foto 38



Para avaliação de função e incapacidade é necessário saber se a lesão ocorreu na mão dominante ou não, bem como informações detalhadas sobre a ocupação do indivíduo. Cada dedo possui um grau funcional, individual e específico. Na avaliação da incapacidade, é importante observar se há possibilidade de substituição da ação do dedo ausente (ou prejudicado) pela ação dos dedos vizinhos, bem como se essa incapacidade prejudica a ação de outros dedos.

De modo geral, o polegar é o dedo mais importante da mão devido à grande mobilidade principalmente de sua articulação carpo-metacárpica, e de sua oposição aos demais dedos. No entanto, se o primeiro espaço interdigital estiver retraído (como ocorre em algumas paralisias nervosas), ele perde a capacidade de oposição, com importante prejuízo funcional. O polegar é indispensável para a *pinça de precisão*.

O dedo indicador é importante no movimento da *pinça de precisão*. Nos casos de amputação parcial, a presença da falange proximal confere estabilidade a este tipo de pinça, importante para trabalhadores manuais. Na amputação total do dedo indicador, o dedo médio assume grande parte de sua função.

O dedo médio possui maior força de flexão que o indicador. Sua posição mediana lhe permite atuar nas pinças de força e de precisão, o que lhe confere grande valor funcional. A amputação ao nível da falange proximal (proximal à inserção do tendão flexor superficial) ou ao nível da articulação metacarpofalangeana provoca déficit estético e funcional.

A perda do dedo anular, em relação aos demais, acarreta o menor déficit funcional para a mão.

O quinto dedo possui importante papel na pinça de força.

A avaliação da capacidade laborativa após a amputação de dedo da mão deve ser feita indivíduo a indivíduo, tendo em vista o tipo de lesão (corto-contusa, esmagamento ou avulsão), em que mão ocorreu a lesão, se na dominante ou não, o dedo atingido, o nível da amputação (metacarpo, articulação metacarpo-falangeana, falange proximal, articulação interfalangeana proximal, falange média, articulação interfalangeana distal, falange distal), a presença de neuromas dolorosos no coto de amputação, as tarefas comumente realizadas em seu trabalho, as atividades que o segurado consegue realizar, se existe lesão concomitante em outro dedo ou na mão contra-lateral, tal como lesão vasculonervosa ou lesão de tendão e, ainda, o fator da adaptabilidade às limitações. É importante, também, saber se o segurado ainda será submetido a algum outro tipo de tratamento, conservador ou cirúrgico. Vale ainda lembrar que indivíduos que sofrem amputações de dedos da mão devem ser

precocemente encaminhados para a reabilitação motora e profissional, pois observa-se que a função da mão melhora com o retorno das atividades, principalmente da força de garra e força de pinça.

A pele da mão também contribui para a sua função, sendo a da região dorsal delicada e flexível, permitindo a flexão e a palmar é espessa e resistente à pressão, desempenhando função sensorial. Cicatrizes na face palmar, dependendo da localização podem comprometer, em graus variáveis, a extensão dos dedos.

Uma lesão do nervo mediano prejudica a função de pinça de precisão, enquanto que a lesão do nervo ulnar, causa prejuízo para pinça de força. A oposição do polegar depende da integridade dos nervos mediano e ulnar. O nervo radial é responsável pela abertura da mão.

EXAME DA PELE DA MÃO

A espessura da pele, que é maior no trabalhador rural (calosidades), ocasiona menor sensibilidade cutânea. A pele atrofiada assemelha-se à pele senil, sendo brilhosa, adelgada e com perda da elasticidade.

As calosidades iniciam-se em média a partir de quinze dias de atrito, após a fase de bolhas. Calosidades decorrentes de atividade contínua e persistente, com muito tempo de evolução, costumam envolver por completo em seis meses, em média. Se houver imobilização física (gesso), ao invés de imobilização funcional, o tempo de involução se reduz para cerca de trinta dias.

CIRCULAÇÃO

A cianose e o edema podem indicar dificuldade no retorno venoso. O edema é melhor observado no dorso da mão, podendo apagar os contornos das cabeças metacarpianas e até as pregas interfalangeanas. Mesmo quando pouco intenso, observa-se apenas uma ligeira infiltração dos tecidos, mas com conseqüente limitação da flexão dos dedos.

TROFICIDADE

A quantidade e distribuição da sudorese podem indicar distúrbios vasomotores, como o verificado na distrofia simpático-reflexa.

A atrofia muscular da mão pode indicar uma lesão nervosa. A lesão crônica do nervo mediano pode cursar com a perda do contorno tenar normal.

A paralisia do nervo ulnar provoca atrofia dos músculos interósseos e é visível no primeiro espaço interdigital e entre os metacarpianos. Ocorrerá, também, atrofia da musculatura hipotenar.

PRINCIPAIS MANOBRAS OU TESTES ESPECIAIS

Lembramos que todos os testes devem ser realizados comparativamente com o membro contralateral.

TESTE DE FINKELSTEIN:

Para realização do teste, solicita-se ao segurado que feche a mão, englobando o polegar aduzido e fletido na palma. Nesta posição, o examinador realiza o desvio ulnar do punho. O teste é positivo quando o segurado queixa-se de dor no processo estilóide do rádio.

Utilizado para o diagnóstico da tenossinovite estenosante de De Quervain.

Não é patognomônico! Pode estar presente sem a doença.

Inserir fotos 39 e 40

TESTE DE PHALEN:

Consiste em manter o punho em flexão máxima por no mínimo um minuto. É positivo quando o segurado queixa-se de “formigamento” ou “dormência” na mão, em território inervado pelo nervo mediano, principalmente o dedo médio. Utilizado para o diagnóstico da síndrome do túnel do carpo.

Inserir fotos 41 e 42

TESTE DE PHALEN INVERTIDO:

Consiste em manter os punhos em extensão máxima (posição de oração) por no mínimo um minuto. É positivo quando o segurado queixa-se de “formigamento” ou “dormência” na mão, em território inervado pelo nervo mediano, principalmente o dedo médio. Utilizado para o diagnóstico da síndrome do túnel do carpo.

Inserir fotos 43 e 44

TESTE DE TINNEL (DÍGITO-PERCUSSÃO):

A percussão de um nervo em local de compressão, como na síndrome do túnel do carpo, também desencadeia a sensação de “choque”, que se irradia pelo trajeto distal desse nervo.

EXAME DO QUADRIL E DA PELVE

O quadril (articulação coxofemoral) é uma articulação sinovial esférica, bastante móvel. A pelve compreende as articulações sacroilíacas e a sínfise púbica.

Na face lateral do quadril, pode-se palpar o trocanter maior do fêmur, local de inserção do tendão do músculo glúteo médio, de importância clínica por ser sede de tendinites e bursites (acometimento da bursa trocantérica).

Outros locais de importância são as articulações sacroilíacas, que podem ser palpadas posteriormente. O examinador pode palpar simultaneamente ambas as cristas ilíacas posteriores, a fim

de detectar inclinações pélvicas, tendo o cuidado de observar se os joelhos do segurado estão estendidos e seus calcanhares no solo.

MOBILIDADE ARTICULAR

A articulação do quadril permite os movimentos de flexão, extensão, rotação interna, rotação externa, abdução, adução e circundução.

As amplitudes desses movimentos vão de:

- Flexão: 0° a 120°
- Extensão: 0° a 30°
- Rotação interna: 0° a 40°
- Rotação externa: 0° a 50°
- Abdução: 0° a 50°
- Adução: 0° a 30°

MANOBRAS ESPECIAIS PARA A AVALIAÇÃO DO QUADRIL

TESTE DE PATRICK (FABERE – FLEXÃO, ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA)

Com o segurado em decúbito dorsal, solicita-se para ele fazer um “quatro” com um membro inferior sobre o outro, apoiando o tornozelo sobre o joelho do membro oposto. O examinador, com a mão apoiada sobre a face medial do joelho fletido e a outra apoiada no quadril oposto, exerce pressão com ambas as mãos contra a mesa de exame, verificando o desencadeamento de dor. Se ela for referida na virilha, a doença pode ser derivada do quadril, se for referida na região sacroilíaca ipsilateral, indica doença nesta articulação.

Inserir fotos 45 e 46

TESTE DE GAENSLÉN

O teste de Gaenslen é realizado com o segurado deitado em posição supina. O membro a ser examinado deve ficar apoiado bem rente à borda lateral da mesa de exame. Ao mesmo tempo, o examinador solicita ao paciente que flexione o quadril contra-lateral e que segure o membro com as duas mãos contra o peito. Neste momento, o examinador segura pelo tornozelo o membro a ser avaliado e o deixa descer rente à mesa, forçando a articulação sacroilíaca deste lado. O segurado refere dor caso exista doença na articulação sacroilíaca.

Inserir fotos 47 e 48

EXAME DO JOELHO

O joelho é bastante suscetível às lesões traumáticas, primariamente por ser muito submetido a esforço, já que se localiza entre dois braços de alavanca: o fêmur e a tíbia. Não é protegido por tecido adiposo nem por músculos. Sua posição anatômica e a falta de proteção contribuem para a alta incidência de lesões.

INSPEÇÃO DO JOELHO

Solicitar ao segurado para despir-se da cintura para baixo. Enquanto isso, observar cuidadosamente, quando ele se inclinar para retirar os sapatos e as meias, se lança mão de movimentos anormais para compensar dor ou rigidez do joelho.

Para proceder à inspeção da face anterior do joelho, o segurado se posiciona ereto, com os joelhos estendidos. As rótulas devem se encontrar no mesmo nível. As angulações da tíbia em relação ao fêmur podem ser em valgo ou em varo (valgo caracteriza o joelho em “X” e varo em “O”), cujos excessos podem levar à doença articular degenerativa (gonartrose).

Observar a simetria do contorno dos músculos acima do joelho buscando por hipotrofias musculares visíveis. O quadríceps está freqüentemente hipotrofiado em patologias da coluna e do joelho. O músculo vasto medial freqüentemente se torna hipotrófico após cirurgias do joelho, com incisões mediais.

Em visão lateral, a presença de uma discreta flexão poderá indicar patologia, principalmente quando for unilateral ou quando o segurado for incapaz de estender o joelho.

As intumescências do joelho são classificadas em localizadas (bolsas) ou generalizadas (intra-articulares). A intumescência mais freqüente é a localizada sobre a rótula (bursite pré-patelar). Quando ocorre na fossa poplíteia pode ser devido a cistos e quando na face medial do tubérculo tibial caracteriza a bursite anserina.

A hemorragia intra-articular (hemartrose) e a irritação da sinóvia (sinovite, levando à hidrartrose) podem resultar numa intumescência generalizada do joelho, o que promove a perda da nitidez de seus contornos e uma leve flexão para aumentar a capacidade volumétrica da articulação que ocorre nesta posição.

PALPAÇÃO ÓSSEA E DAS PARTES MOLES

Solicitar ao segurado para sentar na borda da mesa de exame ou, se estiver impossibilitado de fazê-lo, deitar-se em decúbito dorsal com os joelhos fletidos a 90°. Na flexão, a pele se adere aos ossos tornando os marcos anatômicos mais nítidos e os músculos, tendões e ligamentos em torno do joelho se relaxam, liberando a articulação de sustentar peso, facilitando a palpação das proeminências ósseas e dos bordos articulares.

Imediatamente medial ao tubérculo tibial, acha-se a superfície subcutânea da tíbia que faz uma saliência no platô tibial. Esta área tem significado clínico, pois nela se localiza a inserção do *pes anserine* (“pata de ganso”) e da bolsa sinovial.

O côndilo femoral medial é melhor palpado quando o joelho está fletido além de 90°, quando se poderá perceber, se houver, irregularidades na superfície cartilaginosa, secundária a fragmentos osteocondrais ou à osteoartrite.

O côndilo femoral lateral, por ter grande parte recoberta pela patela, apresenta menor superfície acessível à palpação que o côndilo femoral medial.

Palpe ambas as coxas simultaneamente e compare a simetria dos contornos do quadríceps e observe qualquer anormalidade como, por exemplo roturas, hipotrofias, nódulos e distensões.

MANOBRAS PARA TESTAR A ESTABILIDADE ARTICULAR

A articulação do joelho deve sua estabilidade à ampla e resistente cápsula articular, aos ligamentos colaterais e cruzados e aos músculos e tendões circunjacentes. As manobras a seguir, avaliam a força e a integridade destas estruturas.

LIGAMENTOS COLATERAIS

Solicitar ao segurado deitar-se em decúbito dorsal. Para testar o ligamento colateral medial, exercer um esforço em valgo para tentar abrir a face medial da articulação do joelho. Para testar a estabilidade da face lateral do joelho, exercer um esforço em varo para tentar abrir a face lateral da articulação. Como o ligamento colateral medial é muito importante para a estabilidade do joelho, uma rotura isolada deste ligamento é suficiente para levar o joelho à instabilidade, enquanto que a mesma lesão no ligamento colateral lateral terá muito menos importância.

Inserir fotos 49 e 50

LIGAMENTOS CRUZADOS

Com o segurado em decúbito dorsal, joelhos fletidos em 90°, fixar os pés, sentando-se sobre eles. Para testar o ligamento cruzado anterior, envolva o joelho com ambas as mãos e, em seguida, puxe a tíbia em sua direção. Se ela deslizar debaixo do fêmur para frente (sinal do deslocamento anterior positivo ou sinal da gaveta anterior), o ligamento cruzado anterior deverá estar roto. Um pequeno grau de deslocamento anterior é normal quando observado em ambos os membros inferiores.

O ligamento cruzado posterior é testado de modo semelhante. Se houver deslocamento posterior da tíbia em relação ao fêmur (sinal do deslocamento posterior presente, ou sinal da gaveta posterior), provavelmente o ligamento cruzado posterior estará lesado. Essas manobras devem ser realizadas bilateralmente e os achados comparados.

inserir fotos 51 e 52

MANOBRAS PARA TESTAR A MOBILIDADE ARTICULAR

O joelho apresenta três movimentos básicos:

1. flexão
2. extensão e
3. rotação interna e externa

A extensão é realizada pelo quadríceps, enquanto a flexão é de responsabilidade dos músculos tendinosos da coxa e da força de gravidade. As rotações interna e externa (que sucedem quando o joelho está levemente fletido) se fazem através das ações recíprocas do semimembranoso, semitendinoso, grácil e sartório na face medial e do bíceps femoral na face lateral.

EXAMES DA MOVIMENTAÇÃO

São utilizados para verificar se há restrição grosseira no alcance da movimentação do joelho. Solicitar ao segurado se colocar de cócoras, com grande flexão do joelho. Ele deverá ser capaz de fletir ambos os joelhos simetricamente. Solicitar para que ele se coloque em pé. Observe se ele é capaz de se manter ereto com ambos os joelhos totalmente estendidos ou se uma das pernas tem maior dificuldade em se alinhar.

Com relação à crepitação articular durante o exame da movimentação do joelho, na maioria dos casos, pode ter significado clínico, porém sem importância isolada na avaliação da incapacidade. Lembrar que joelhos normais podem apresentar esse ruído.

EXAME NEUROLÓGICO

MANOBRAS PARA TESTAR A FUNÇÃO MOTORA

EXTENSÃO

Quadríceps – nervo femoral, L2, L3 e L4

Fixar a coxa colocando uma das mãos logo acima do joelho. Solicitar ao segurado para estender a perna e quando o joelho estiver totalmente estendido, ofereça resistência ao movimento apoiando a mão logo acima do tornozelo. Palpe o quadríceps com a mão que foi utilizada para estabilizar a coxa.

FLEXÃO

Semimembranoso – porção tibial do nervo ciático e L5

Semitendinoso – porção tibial do nervo ciático e L5

Bíceps femoral – porção tibial do nervo ciático e S1

Com o segurado em decúbito dorsal, fixe sua coxa com a mão logo acima do joelho e solicite que faça a flexão do joelho contra resistência rodando a perna externamente para intensificar a atuação do bíceps e internamente para intensificar a ação do semimembranoso e semitendinoso.

TESTES SENSITIVOS

Os nervos originários de raízes da coluna lombo-sacra provêm de sensibilidade a pele que recobre o joelho e áreas circunjacentes e são: L2, L3, L4 e S2.

TESTES DE REFLEXOS

REFLEXO PATELAR: L2, L3 E L4

O reflexo patelar é um reflexo profundo, mediado através dos nervos oriundos dos níveis neurológicos de L2, L3 e predominantemente de L4. Clinicamente o reflexo patelar é considerado como um reflexo de L4. No entanto, se a raiz de L4 estiver lesada, o reflexo poderá permanecer presente, já que é mediado por mais de um nível neurológico; poderá estar diminuído, mas raramente totalmente abolido.

O segurado deve sentar-se à borda da mesa de exame com as pernas pendentes ou sentar-se em uma cadeira com uma das pernas cruzadas sobre o joelho. Se não puder sentar-se e estiver deitado na maca, sustente o joelho deixando a perna levemente fletida. Após localizar precisamente o tendão, faça a percussão dele com o martelo neurológico com um golpe curto e rápido. Caso seja difícil obter o reflexo, solicite ao segurado para entrelaçar os dedos com força e tentar separá-los, enquanto se percute o tendão.

O procedimento deve ser repetido na perna oposta e os reflexos classificados como normais, aumentados, diminuídos ou abolidos.

MANOBRAS ESPECIAIS

As manobras abaixo necessitam de treinamento específico e são de difícil execução pelo não especialista. Na dúvida quanto ao diagnóstico sugere-se, com moderação, a Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA).

TESTE DE COMPRESSÃO DE APPELBY E DE TRAÇÃO

Solicitar ao segurado deitar-se em decúbito ventral com uma das pernas fletidas a 90°. Apóie seu joelho sobre a face posterior da coxa do segurado, suavemente, para fixá-la, enquanto comprime o pé em linha com a perna, visando produzir uma compressão dos meniscos entre a tíbia e o fêmur. Em seguida, rode a tíbia interna e externamente enquanto mantém a firme compressão. Se a manobra produzir dor, solicite ao segurado localizá-la com precisão. Dor na face medial indica lesão do menisco medial e na face lateral sugere rotura do menisco lateral.

Em seguida, aplique tração à perna, aliviando a compressão, enquanto roda a tíbia interna e externamente. Esta manobra reduz a pressão sobre os meniscos deslocando a pressão para as estruturas ligamentares medial e lateral. Se os ligamentos estiverem lesados, o segurado se queixará de

dor; no entanto, se o menisco estiver roto sem que haja qualquer lesão ligamentar, o segurado não acusará dor. Se houver queixa do segurado de lesão meniscal e ele referir dor na manobra de tração, poderá tratar-se de doença não orgânica.

TESTE DE COMPRESSÃO DA RÓTULA

Este teste se propõe a determinar o estado das superfícies articulares da patela e do sulco troclear do fêmur.

O segurado deverá estar em decúbito dorsal com as pernas relaxadas e em posição neutra. Inicialmente empurre a rótula distalmente, no interior do sulco troclear. Em seguida, peça-lhe para contrair o quadríceps, enquanto que, ao mesmo tempo, você palpa e impõe resistência à patela, que se moverá sob seus dedos. O movimento da patela deve ser de deslizamento uniforme; qualquer irregularidade de suas superfícies articulares causa crepitação durante a sua movimentação. Se o teste for positivo, o segurado se queixa de dor e desconforto. Estes segurados referem mais dor ao subir e descer escadas ou ao se levantar da cadeira. A gonartrose, condromalácia da patela, defeitos osteocondrais podem precipitar os sintomas dolorosos durante estas mesmas atividades.

EXAME DAS ÁREAS REFERIDAS

A hérnia de disco na coluna lombar e a osteoartrite do quadril são capazes de provocar dor referida no joelho. Em menor frequência, alguns problemas do pé, como distensões ligamentares e infecções podem se manifestar com sintomas no joelho.

EXAME FÍSICO DO TORNOZELO E PÉ

Os membros inferiores devem ser examinados como um todo, na procura de deformidades, desvios angulares, dismetrias, hipo ou hipertrofias musculares.

A flexão (flexão plantar) e a extensão (dorsiflexão) são movimentos que ocorrem no plano transversal; a inversão e a eversão ocorrem no plano frontal; e a adução e a abdução, no plano sagital.

A pele deve ser examinada quanto a sua espessura, umidade, coloração, eixo das pregas cutâneas, presença de varicosidades, telangiectasias, úlceras varicosas, edema, sinais flogísticos (edema, calor e rubor), tumores, rachaduras e calosidades. Os calos surgem em áreas de atrito ou pressão.

A sensibilidade cutânea do pé e tornozelo é fornecida pelas raízes L4, L5 e S1

Inserir fotos 53 e 54

O suprimento sanguíneo para o pé pode ser estimado pela palpação dos pulsos periféricos (artéria pediosa e artéria tibial posterior) e pela perfusão periférica, principalmente nos leitos ungueais.

Deve ser observada a posição relativa dos maléolos tibial e fibular. O maléolo tibial é mais alto e anteriorizado do que o maléolo fibular. Nas regiões retromaleolar existem duas depressões, que podem desaparecer na presença de edema ou gordura (obesidade).

O tornozelo normal realiza cerca de 45° de flexão (flexão plantar) e 25° de extensão (flexão dorsal), enquanto as articulações metatarsofalângicas realizam aproximadamente 80° de dorsiflexão e 30° de flexão plantar.

As articulações interfalângicas podem ser acometidas por deformidades fixas ou redutíveis, sendo as mais comuns os dedos em martelo, garra e “taco de golfe” (ver figura).

Solicitando-se ao segurado que fique na ponta dos pés, pode-se avaliar o grau de mobilidade da articulação subtalar, bem como a potência muscular e a integridade dos tendões tricipital e tibial posterior. Normalmente, ao se elevar nas pontas dos pés, ocorre a varização progressiva do retropé.

Manobras e testes especiais serão discutidas na ocasião da apresentação das patologias.

EXAME DA MARCHA

A marcha pode ser definida como uma ação recíproca constituída de perda e recuperação do equilíbrio, na qual o centro de gravidade muda constantemente. Quando o membro que suporta o peso do corpo se desloca para frente, o centro de gravidade do corpo inclina-se para frente e, se ele ultrapassar a borda anterior da base de sustentação (dedos do pé anterior), a força de gravidade tenderá a fazer com que o corpo caia para frente e para baixo, somente sendo bloqueado pela perna do balanço, a qual chega à sua nova posição a tempo. (13)

O estudo dos parâmetros da normalidade e anormalidade da marcha é de fundamental importância no exame pericial, devido basicamente a dois fatores:

- A deambulação e a sustentação do peso corporal serem funções vitais para a realização das atividades da vida diária (Benefício de Prestação Continuada); e
- Muitas doenças musculoesqueléticas e neurológicas tornam-se mais evidentes durante a locomoção.

Um ciclo da marcha completo é o período entre o momento em que o calcâneo toca o solo e o próximo impacto do calcâneo do mesmo membro. (14)

O comprimento da passada é a distância percorrida na mesma extensão de tempo que um ciclo da marcha completo, enquanto que o comprimento do passo é a distância que vai do local de apoio do calcâneo de um pé até o local de apoio do calcâneo do outro pé (metade da passada).

Cadência é o número de passos por minuto.

Velocidade da marcha é a velocidade de movimento em uma mesma direção em centímetros por segundo.

Essas características da marcha podem estar alteradas por processos patológicos, mas também podem sofrer modificações esperadas para uma determinada faixa etária. Assim, por exemplo, a amplitude do passo pode estar alterada por fraqueza muscular, dor, rigidez articular, ou por deformidades intrínsecas ou extrínsecas do pé, mas pode também ser apenas um dado de normalidade na marcha de um ancião.

CICLO DA MARCHA

O ciclo normal da marcha ocorre em duas fases. A fase de apoio (ou fase de posição ou fase de acomodação de posição) é a parte do ciclo em que o pé está em contato com o solo e o membro inferior

está apoiando todo ou parte do peso do corpo. Compreende o período entre o toque do calcanhar e o desprendimento dos dedos. A fase de oscilação (ou fase de balanço) é a parte do ciclo em que o pé está no ar e o peso do corpo está colocado no membro oposto. Ocorre entre o desprendimento dos dedos e o segundo toque do calcanhar.

Períodos são as subdivisões das fases e descrevem as transições que ocorrem durante os deslocamentos do centro de gravidade do corpo sobre os membros oscilantes.

Na posição anatômica, o centro de gravidade de um homem adulto normal situa-se na intersecção do plano frontal com o plano sagital, a 55% da sua altura, a partir do solo. Esse ponto está situado a 5 cm adiante da 2ª vértebra sacral, dentro da pelve verdadeira (ou menor).

Não cabe a este trabalho uma análise aprofundada da marcha normal e quais as ações dos músculos envolvidos. Sugerimos que um livro de texto seja consultado antes de prosseguir com o estudo da marcha patológica.

CINEMÁTICA: principais deslocamentos do corpo no espaço durante a marcha

A cintura escapular roda. Os membros superiores balançam em direção contrária aos deslocamentos pélvicos e dos membros inferiores. A pelve se inclina, gira e oscila. Os membros inferiores se deslocam nos três planos espaciais fazendo flexão/extensão, adução/abdução e rotação medial e lateral.

MARCHAS PATOLÓGICAS

A observação das alterações na marcha deve se iniciar a partir da entrada do segurado na sala de exames, procurando-se por claudicações e deformidades óbvias dos membros inferiores e coluna vertebral que possam comprometer a deambulação. No exame da marcha solicita-se ao segurado que caminhe normalmente e, que caminhe sobre as pontas dos pés e sobre os calcanhares. Para pesquisar distúrbios neuromusculares, solicita-se que caminhe com um pé em contato e à frente do outro; que ande sobre uma linha no chão, com os olhos abertos e depois fechados.

Nas doenças neurológicas, pode-se também obter alguma informação ouvindo o segurado caminhar. O som chapado da marcha de uma pessoa que tem um pé caído, o andar arrastado ou esfregado, característico do espástico e o pisar da ataxia são bem conhecidos. A inspeção dos sapatos do segurado, notando-se os locais de desgaste na sola, é de grande valor, principalmente quando se leva em conta uma lesão não orgânica.

A marcha do segurado com debilidades musculares pode ser resumida em:

- *marcha do glúteo médio* (guinada do glúteo médio);
- *marcha do glúteo máximo* (guinada do glúteo máximo);
- *marcha da paralisia do quadríceps* (necessita do apoio da mão para estender o joelho);
- *marcha escarvante* (paralisia dos músculos pré-tibiais – a ponta do sapato se arrasta pelo solo);
- *marcha na paralisia dos dorsiflexores do pé* (onde o pé cai de forma abrupta após o apoio do calcâneo) e,
- *marcha na paralisia da musculatura posterior da coxa* (estes músculos se contraem para permitir o apoio do calcâneo de forma suave e na sua hipotonia, o calcâneo cai de modo abrupto, o que pode provocar o espessamento do coxim do calcanhar e hiperestenderá o joelho semelhantemente à marcha atáxica).

O encurtamento de um membro inferior pode produzir claudicação.

Deformidades articulares também podem produzir anormalidades da marcha e, entre elas, a ancilose, que pode ocorrer em articulações do membro inferior. Por exemplo, quando o quadril está anciloso, há exagero dos movimentos da coluna lombar durante a fase de balanço e quando o joelho está rígido, a pelve é elevada para evitar o choque do pé contra o solo durante a fase de balanço.

Qualquer afecção dolorosa dos ossos ou articulações de um membro provoca *marcha antálgica*, caracterizada por uma fase de apoio encurtada, na tentativa de se evitar a dor na locomoção. O segurado dará passos rápidos e cuidadosos com o membro afetado.

As doenças neurológicas podem causar várias anormalidades da marcha, algumas das quais podem ser patognômicas dessas doenças. Citaremos apenas as mais importantes na perícia e características dentro da Ortopedia: marcha espástica, marcha atáxica e marcha distrófica.

MARCHA ESPÁSTICA

É a marcha característica das síndromes neurológicas pós TCE ou pós Acidentes Vasculares Cerebrais. O equilíbrio e a coordenação podem estar seriamente comprometidos. Na marcha espástica ocorre hipertonia, hiper reflexia, exagero do reflexo muscular de estiramento, desequilíbrio da ação de certos grupos musculares e deformidades bastante típicas. Na paraplegia espástica há adução e rotação interna exagerada dos quadris por espasticidade dos adutores do quadril e dos isquiotibiais mediais, de modo que os joelhos podem se cruzar um em frente ao outro, raspando e girando um ao redor do outro (marcha em tesoura).

MARCHA ATÁXICA

Existem três tipos de marcha atáxica:

1. *Ataxia medular* causada pela interrupção das vias proprioceptivas na medula espinhal ou no tronco cerebral. A ataxia ocorre pela perda dos sentidos de posição e movimento dos segmentos corporais e falta de orientação espacial. A marcha atáxica pode não ser percebida quando o segurado anda com os olhos abertos, já que há correlação dos impulsos visuais com os proprioceptivos. Em casos mais graves há um aumento da base de sustentação e o caminhar atirando os pés para os lados. Ao exame observa-se que o segurado mantém os olhos no chão e olha para seus pés o tempo todo enquanto caminha. Se os olhos forem fechados, o segurado perde estabilidade, cambaleia e torna-se incapaz de caminhar. Essa ataxia é encontrada na criança com neurites periféricas ou lesões do tronco cerebral e, no adulto, com tabes dorsalis e esclerose pósterolateral.

2. *Ataxia cerebelar* causada por doenças que comprometam os mecanismos de coordenação do cerebelo ou de suas vias conectantes. Está presente com os olhos abertos ou fechados, sendo uma marcha instável, irregular e de base alargada. O segurado cambaleia e é incapaz de deambular com um pé na frente do outro ou de seguir uma linha reta no solo. Pode haver tremores ou movimentos oscilatórios de todo o corpo.

3. *Ataxia mista* (tipo medular e cerebelar), como na ataxia de Friedreich, há envolvimento das colunas posteriores, tratos espinocerebelares, colunas laterais e cerebelo. A ausência de reflexo patelar, o sinal de Babinski positivo, o nistagmo e outros achados musculoesqueléticos podem estar presentes.

MARCHA DISTRÓFICA

É observada em diversas miopatias, porém mais típica na distrofia muscular progressiva. Ocorre na criança, quando ela apresenta dificuldade para correr e subir escadas, anda com lordose lombar exagerada e apresenta um “gingado” na marcha por não conseguir fixar a pelve. A inclinação lateral e a rotação exagerada da pelve são meios usados para compensar a fraqueza dos glúteos, resultando em “rebolado” do quadril para o lado do apoio, para transferir o peso do corpo. O uso excessivo dos músculos do tronco e membros superiores nesta marcha foi denominado “marcha de pingüim”. Além disso, a criança tem dificuldade em levantar-se quando sentado no chão, tendo que escalar em si própria para consegui-lo.

PARTE 2: AVALIAÇÃO E CONDUTA MÉDICO-PERICIAL DAS PATOLOGIAS ORTOPÉDICAS DE MAIOR RELEVÂNCIA NO ÂMBITO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

INTRODUÇÃO

Esta segunda parte da diretriz de ortopedia oferece uma revisão de pontos-chave na avaliação médico-pericial daquelas doenças que por critérios de *magnitude* (maiores prevalências entre benefícios concedidos), *transcendência* (potencial de incapacitação para o trabalho e de Atividades da Vida Diária, medido pelo risco de longa permanência de afastamento do trabalho e/ou de aposentadoria por invalidez) e de *complexidade* na avaliação (maior ou menor subjetividade ao exame físico, facilidade/dificuldade de precisão diagnóstica) são consideradas prioritárias na gestão de benefícios por incapacidade da Previdência Social.

O conjunto de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Capítulo XIII da CID10) é o principal responsável pelas concessões de auxílio-doença, e vem apresentando tendência ascendente nos últimos sete anos, variando de 19,2% das concessões em 1999 para 31,5% das concessões em 2005 (15). Se somarmos com o conjunto de lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas (capítulo XIX da CID 10), atingiu-se em 2005, 50% das concessões de auxílio-doença. Embora se observa uma concentração dos problemas ortopédicos em algumas poucas patologias, entre as quais destacamos as afecções da coluna lombar, tendinites e tenossinovites, e afecções do ombro, esta diretriz não seria completa se concentrássemos somente nas patologias mais prevalentes. Portanto optamos por descrever não somente as patologias mais prevalentes (critério de magnitude), mas aquelas que por sua transcendência e complexidade, também justificavam sua revisão.

A estrutura do texto partirá de uma história clínica típica e pictórica e, a partir desta, serão apresentadas breves descrições das patologias que podem ser encontradas em tais histórias clínicas. O objetivo de utilizar exemplos pictóricos é de estimular o raciocínio de diagnóstico diferencial em situações rotineiras da prática médico-pericial, sempre que for possível. A seguir são apresentadas características do exame físico sucinto para cada patologia e, finalmente, orientações de apoio à conduta médico-pericial e reabilitação profissional.

Para maiores detalhes do exame físico da região em questão, bem como para as descrições de cada manobra semiológica, o(a) leitor(a) deverá reportar-se à primeira parte da diretriz. Quando o (a) leitor(a) acessar o material por via eletrônica, ao clicar no nome da manobra será aberta uma janela automática de hipertexto com a descrição da mesma.

ARTRITE PIOGÊNICA (M00)

DESCRIÇÃO

A artrite piogênica aguda é uma forma comum de doença articular, sendo a mais temível monoartrite. É uma urgência médica, pois a dor e o edema podem ser intensos e incapacitantes, e também porque a infecção, uma causa comum deste sintoma, pode destruir rapidamente a articulação acometida (16).

Pode ser causada por contaminação direta (mais comum no adulto) ou por via hematogênica (comum na criança, a partir de infecções da pele, orofaringe, pulmonar e vias urinárias).

Bactérias Gram-positivas como estreptococos, estafilococos e pneumococos são mais freqüentemente implicados na patogênese; organismos Gram-negativos como coliformes e salmonellas são menos freqüentes. O *Haemophilus influenzae* é um invasor comum em lactantes e crianças até três anos de idade. Pode resultar de disseminação local do organismo de estruturas que apresentam contigüidade com a articulação ou por penetração direta na própria articulação.

A artrite séptica é comum em pacientes idosos e debilitados. Deve-se considerar o diagnóstico de artrite séptica em pacientes com alterações do sistema de imunidade.

Clinicamente, é mais freqüente o acometimento das grandes articulações. A sintomatologia aparece rapidamente, geralmente em alguns dias. Dor, edema, calor e rubor e febre são os marcadores do processo inflamatório, estão presentes e aumentam em intensidade com a progressão da doença.

O segurado normalmente chega para a perícia já operado. O atraso no diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento cirúrgico, é causa de destruição da cartilagem articular e artrose precoce.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ARTRITE PIOGÊNICA

Prognóstico: geralmente favorável quando tratado convenientemente.

Em **AVALIAÇÃO INICIAL (AVALIAÇÃO INICIAL (AX1))**: T1 não se aplica.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): até 30 dias. Em exame pericial de seguimento, ou com complicações, avaliar caso a caso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos graves afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga da articulação afetada.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de complicação avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inegáveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento. Em seqüelas graves, principalmente quando estão comprometidos o quadril e/ou o joelho.

DOENÇA DE REITER (M02.3)

DESCRIÇÃO

Na síndrome de Reiter a poliartrite associa-se com a uretrite, conjuntivite e lesões ulcerativas mucocutâneas. Os pacientes ocasionalmente apresentam acometimentos do trato gastrointestinal. A diarreia geralmente é leve e de pequena duração, podendo, entretanto, ser grave, sanguinolenta e prolongada (17).

A artrite é mais freqüentemente observada em grandes articulações, mas os artelhos e dedos podem ser acometidos. Embora considerada uma patologia relativamente benigna, não são raras as recidivas e limitações físicas.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA DOENÇA DE REITER

Prognóstico: geralmente favorável quando tratado convenientemente.

Em **AVALIAÇÃO INICIAL (AVALIAÇÃO INICIAL (AX1))**: em média de 30 dias.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): em caso de exame pericial de seguimento, ou com complicações, avaliar caso a caso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: em casos graves afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga das articulações afetadas.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): em situações de complicação avaliar caso a caso

LIMITE INDEFINIDO (LI): casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento. Em seqüelas graves, principalmente quando estão comprometidos o quadril e/ou o joelho.

ARTROPATIAS PÓS-INFECCIOSAS E REACIONAIS EM DOENÇAS INFECCIOSAS CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE (M03)

DESCRIÇÃO

A artrite gonocócica é uma forma de artrite séptica discutida separadamente por apresentar características clínicas diversas das outras artrites infecciosas (16).

Os jovens, principalmente mulheres, são mais afetados e comumente há a história de contato sexual.

As grandes articulações são as mais frequentemente acometidas, caracterizando-se inicialmente por poliartrite, febre alta, rash cutâneo e mal estar geral. Posteriormente, os sintomas podem restringir-se na forma de monoartrite. Pode estar presente tendinite, principalmente dos extensores dos dedos e artelhos (16).

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ARTRITE GONOCÓCICA

Prognóstico: geralmente favorável quando tratado convenientemente.

Em **AVALIAÇÃO INICIAL (AVALIAÇÃO INICIAL (AX1))**: em média de 30 dias.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): em caso de exame pericial de seguimento, ou com complicações, avaliar caso a caso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: em casos graves afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga da(s) articulação (ões) afetada (s).

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): em situações de complicação avaliar caso a caso

LIMITE INDEFINIDO (LI): casos inegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento. Em seqüelas graves, principalmente quando estão comprometidos o quadril e/ou o joelho

ARTRITE REUMATÓIDE SORO-POSITIVA (M05)

DESCRIÇÃO

A artrite reumatóide enquadra-se como monoartrite aguda, que é uma forma frequente de doença articular. Pode também iniciar-se como poliartrite aguda. O início pode ser abrupto levando o paciente à imobilidade articular em 12 a 24 horas. A dor, sintoma inicial, pode ser muito intensa, seguida de rubor, calor e edema articular (17).

Freqüentemente, os sintomas poliartríticos desenvolvem-se no período de alguns dias. Sintomas sistêmicos tais como rigidez, febre, sudorese e fadiga são proeminentes. A poliartrite aguda ocorre como o sintoma inicial da artrite reumatóide juvenil (ARJ).

Adultos e crianças podem apresentar um quadro clínico típico de artrite reumatóide sistêmica juvenil (doença de Still). As manifestações clínicas são caracterizadas por febre de padrão diário com picos, poliartrite e características erupções evanescentes, migratórias, maculares ou máculopapulares de coloração salmão. Os sintomas sistêmicos são proeminentes e incluem fadiga, mal-estar, perda de peso e mialgia. A linfadenopatia e a hepatoesplenomegalia não são raras.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ARTRITE REUMATÓIDE SORO-POSITIVA

Prognóstico: Reservado em casos de evolução desfavorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AVALIAÇÃO INICIAL (AX1)): T1 não se aplica.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): geralmente longa. Em caso de exame pericial de seguimento, ou com complicações, avaliar caso a caso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: em casos graves afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga das articulações afetadas

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de complicação avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento. Em seqüelas graves, principalmente quando estão comprometidos o quadril e/ou o joelho.

POLIARTROPATIA INFLAMATÓRIA (M06.4)

DESCRIÇÃO

A artrite associada à psoríase pode se apresentar em diferentes formas e pode ser difícil diferenciá-la da artrite reumatóide (17).

A forma mais típica acomete as articulações interfalangeanas distais das mãos, geralmente associada a alterações psoriáticas das unhas. Este dado apresenta um significado diagnóstico, pois o acometimento reumatóide precoce destas articulações é incomum. Também é significativo o acometimento das articulações interfalangianas dos artelhos, que também é raro em pacientes com artrite reumatóide.

Uma segunda forma de artrite psoriática caracteriza-se por alterações erosivas extensas do osso articular. Na mão, essas alterações mutiladoras levam o aspecto de “mão em luneta”, na qual os dedos são facilmente mobilizados e prontamente telescopados a um tamanho menor.

Na terceira forma de artrite psoriática, as alterações articulares podem ser semelhantes àquelas observadas na artrite reumatóide. Entretanto, o edema das pequenas articulações acometidas na artrite psoriática assumem freqüentemente a aparência de uma “salsicha”, o que auxilia no diagnóstico diferencial. A distinção entre as duas doenças é auxiliada pela pesquisa de fator reumatóide. Um resultado positivo corrobora um diagnóstico de artrite reumatóide. Além disso, a espondilite é comum na artrite psoriática. As alterações de pele geralmente são características e proeminentes, mas não são raros os casos de artrite psoriática com alterações mínimas da pele. Embora as alterações de pele e unhas geralmente precedam ou ocorram simultaneamente à doença articular, as manifestações articulares ocasionalmente as precedem por meses ou anos (17).

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA POLIARTROPATIA INFLAMATÓRIA (PSORIÁTICA)

Prognóstico: Reservado em casos de evolução desfavorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AVALIAÇÃO INICIAL (AX1)): T1 não se aplica.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): geralmente longa. Em caso de exame pericial de seguimento, ou com complicações, avaliar caso a caso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: em casos graves afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga das articulações afetadas.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de complicação avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inegáveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento. Em seqüelas graves, principalmente quando estão comprometidas múltiplas articulações.

GOTA (M10)

DESCRIÇÃO

As artrites induzidas por cristais são as mais comumente confundidas com a monoartrite de origem infecciosa. As mais comuns são a gota e pseudogota (condrocalcinose). A gota classicamente acomete a articulação metatarsofalangiana do primeiro artelho (podagra). Não é raro, entretanto, o acometimento de outras áreas, como articulações do tarso, tornozelo e joelhos. Essas podem ser as primeiras a serem acometidas. E além disso, um número significativo de pacientes pode apresentar acometimento importante da primeira metatarsofalangiana muitos anos depois do início da doença, ou até mesmo nunca ser acometida (16, 17).

O comprometimento articular é agudo, desenvolvendo-se freqüentemente em algumas horas. O surto dura três a cinco dias em média, mas os sintomas podem permanecer por várias semanas sem tratamento. O surto relaciona-se com a precipitação de cristais de urato monossódico com liberação subsequente de mediadores inflamatórios. Embora o ácido úrico elevado seja um achado característico em pacientes com artrite gotosa aguda, podem ser observados níveis normais nos estágios iniciais da doença. Em alguns pacientes, os níveis elevados só são observados se o soro em estudo é retirado durante o pico de um surto agudo. Em outros pacientes, por razões inexplicáveis, o ácido úrico sérico é normal durante os surtos agudos, com elevações durante períodos assintomáticos.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA GOTA

Prognóstico: geralmente favorável. A doença, por si só, não é incapacitante. O quadro doloroso agudo costuma regredir em até 1 semana, quando devidamente tratado.

Em **AVALIAÇÃO INICIAL (AVALIAÇÃO INICIAL (AX1))**: geralmente T1.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) imediata em casos sem complicação.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: não se aplica.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): não se aplica.

LIMITE INDEFINIDO (LI): não se aplica.

OUTRAS ARTROPATIAS ESPECIFICADAS, NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE - HEMOFILIA (M12.8)

DESCRIÇÃO

Na hemofilia são comuns as hemartroses, com conseqüente dor, distensão articular e calor na articulação. Normalmente o paciente refere que sentiu o sangramento intra-articular, antes do surgimento dos sinais clínicos. Podem surgir hematomas na coxa, nádega, abdome, panturrilha e mão. Com a liberação da hemossiderina, surge a hemossiderose sinovial, que predispõe a articulação a novos sangramentos. A sinovite crônica pode evoluir com fibrose e, conseqüentemente, contração da cápsula articular, além de destruição da cartilagem articular.

A articulação do joelho é freqüentemente envolvida, em cerca de 50% dos casos. As alterações radiográficas são: tumefação de tecidos moles, crescimento epifísario excessivo, osteoporose e espessamento da sinovial. Nos casos crônicos, cistos e esclerose subcondrais podem estar presentes, verificados nas margens da articulação. Nos casos mais avançados, surgem os sinais de osteoartrose: estreitamento do espaço articular, esclerose e deformidade óssea ("quadratura" da patela, aprofundamento da incisura intercondilar, indentação dos cêndilos femorais, subluxação posterior gradativa da tibia), que clinicamente manifesta-se por deformidade em flexão do joelho (18).

Nos casos agudos, o tratamento consiste em prevenir hemorragias (reposição intravenosa profilática do fator deficiente), imobilizações protetoras, bem como da fisioterapia motora. Com tratamento adequado, o quadro pode involuir em 2 semanas. Nos casos crônicos, além do tratamento hematológico, pode ser necessário o tratamento cirúrgico, a depender da integridade das superfícies articulares, podendo ser uma sinovectomia cirúrgica, combinada ao tratamento fisioterápico pós-operatório, a artroplastia e até a artrodese.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ARTROPATIA POR HEMOFILIA

Prognóstico: Reservado em casos de evolução desfavorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AVALIAÇÃO INICIAL (AX1)): Casos agudos podem se resolver em até 30 dias.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): prazo na dependência da repetitividade da hemartrose e do comprometimento clínico da articulação.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar o segurado de postos de trabalho que exijam carga na articulação comprometida e/ou deambulação constante.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos casos com baixa resposta ao tratamento clínico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento. Casos crônicos de artropatia por hemofilia, com graves seqüelas podem se enquadrar em BPC.

POLIARTROSE - OSTEOARTROSE (M15)

DESCRIÇÃO

A osteoartrose é a degeneração da cartilagem articular, com simultânea proliferação de tecido ósseo, cartilagem e tecido conjuntivo, podendo resultar em variados graus de dor e diminuição da mobilidade articular (19, 20).

A prevalência da osteoartrose ocorre geralmente nos indivíduos mais idosos, em média, em torno de 65 anos. A osteoartrose vem a ser um resultado de um processo evolutivo gradual que se iniciou muito tempo antes dos 65 anos de idade, portanto não está só relacionada com a idade, mas também é resultante de um processo ativo com características metabólicas (21).

Alguns fatores parecem exercer influência na incidência da osteoartrose sendo que ela é mais comumente encontrada em articulações submetidas a mais uso e nas que suportam mais carga. Fatores genéticos parecem estar envolvidos como por exemplo na formação de nódulos de Heberden.

Seu diagnóstico deve ser feito de forma precisa e estadiada, na tentativa de estimar a progressão da doença e, conseqüentemente, o prognóstico. Deve-se lançar mão da anamnese e do exame físico, que podem ser auxiliados por exames diagnósticos, tais como a radiografia simples, a tomografia computadorizada, a artroscopia e a ressonância magnética, que é a que possui maior utilidade nas lesões subcondrais (22).

Existem muitas opções de tratamento, escolhidos de acordo com o estágio de degeneração articular e da resposta ao tratamento.

Esta doença pode acarretar variados graus de incapacidade, especialmente quando acomete os membros inferiores.

COXARTROSE (ARTROSE DO QUADRIL) (M16)

Observe a seguinte história clínica:

FJS, 20 anos, desempregado, 1.º grau completo, com queixas de dores progressivas em quadril direito, há cerca de 8 anos. Refere que quando adolescente (não sabe precisar idade) apresentou doença no referido quadril, que o obrigou a ficar em repouso por algum tempo.

Ao exame, dor e déficit da mobilidade passiva do quadril direito, principalmente da abdução e flexão. Aparente encurtamento do MID de cerca de 4 cm.

Trouxe radiografias da bacia em AP e do quadril direito em AP e “pata de rã” evidenciando destruição parcial da cabeça femoral, com osteófitos marginais no acetábulo

Trouxe laudo do ortopedista informando osteoartrose do quadril direito, como possível seqüela de Doença de Legg-Calvè-Perthes, solicitando aposentadoria.

DESCRIÇÃO

A coxartrose é a degeneração da articulação coxofemoral, caracterizada clinicamente por dor, redução da mobilidade articular e claudicação. Acomete cerca de 5-10% da população, sendo mais freqüente em mulheres de meia idade. As causas são variadas: defeitos anatômicos (adquiridos, congênitos), seqüelas de traumas, transtornos metabólicos, tumores ou mesmo idiopática. A osteoartrose de quadril além da degeneração articular e funcional não só diminui a qualidade de vida, mas também, causa significativo impacto econômico e social sobre os indivíduos e sistemas de saúde (22).

Durante a anamnese são comuns as queixas de dor ou desconforto na face anterior da coxa após esforços físicos, que pode irradiar-se até o joelho. Nos casos de artrose bilateral, a queixa inicial pode ser a dor lombar baixa. O segurado pode referir, também, dificuldade para cruzar as pernas e fazer a higiene dos pés.

Ao exame físico podem ser observados marcha claudicante e postura em rotação externa do membro acometido, que também pode estar encurtado. O exame inicia-se pelo quadril assintomático e, depois, examina-se o quadril sintomático. A rotação interna é inicialmente prejudicada, seguida da rotação externa, da abdução, da adução e, por fim, da flexão. Esses movimentos são melhor pesquisados com o segurado deitado em decúbito dorsal.

O exame complementar de eleição é a radiografia da bacia em AP e perfil dos quadris. A Tomografia é útil para excluir a suspeita de tumores. A RM é útil para afastar a suspeita de osteonecrose da cabeça femoral em estágio inicial. Os exames laboratoriais são de pouca importância, a não ser na artrite gotosa ou artrite reumatóide.

O processo degenerativo é irreversível. O tratamento varia de acordo com o estágio da doença, a idade do segurado, profissão, peso, atividades físicas e esportivas, a etiologia (que influencia na velocidade de evolução) e os sintomas habituais.

O tratamento conservador visa reduzir a sintomatologia a níveis toleráveis e desacelerar o processo, adiando o tratamento cirúrgico. Consiste em orientações quanto às atividades físicas do segurado, redução de peso, reabilitação profissional, fisioterapia, medicamentos orais e intra-articulares. O tipo de cirurgia é variável, podendo ser uma osteotomia (valgo-extensão ou varização), artroplastias de substituição (próteses), artrodese e, mais recentemente, a artroscopia.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ARTROSE DO QUADRIL.

Prognóstico: reservado. A doença costuma ter evolução progressiva e incapacitante, principalmente se cursando concomitantemente com obesidade. O prognóstico depende de ser uni ou bilateral, bem como da progressão da lesão.

AVALIAÇÃO INICIAL (AVALIAÇÃO INICIAL (AX1)): T1 nos casos leves, sem limitações da mobilidade articular e radiografias mostrando lesões incipientes.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): prazo na dependência do comprometimento clínico da articulação e do tratamento instituído.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar o segurado de postos de trabalho que exijam movimentos de carregar pesos, subir e descer escadarias, agachar, abaixar e caminhar freqüentemente.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos jovens, com baixa resposta ao tratamento clínico e indicação de tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): nos casos graves, irreversíveis, de comprometimento bilateral da articulação do quadril sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

GONARTROSE (ARTROSE DO JOELHO) (M17)

Observe as seguintes histórias clínicas:

P.J.L., 39 anos, pedreiro, 1.º grau incompleto, com história de acidente motociclístico há 6 anos, com conseqüente fratura intra-articular do joelho esquerdo, tratada cirurgicamente com placa e parafusos. Refere que, após o trauma, esteve em benefício por quase um ano, após o trauma, e depois por 4 meses, após retirada de material de síntese, há 3 anos.. Conta que há cerca de dois anos vem sentindo dores progressivas no referido joelho, com dificuldade para o seu trabalho.

Ao exame, cicatriz anterior em joelho esquerdo. Flexo-extensão passiva dolorosa e limitada. Presença de derrame articular +/+++.

Radiografias do joelho esquerdo em AP e perfil revelando diminuição do espaço articular e irregularidades da superfície articular. Mostra osteófitos marginais nas superfícies articulares do fêmur, tibia e patela.

Apresenta laudo do médico assistente informando artrose avançada do joelho esquerdo, com indicação de prótese de substituição, e solicitando aposentadoria.

Dona de casa, 2.º grau completo, 53 anos, 1 ano de contribuição para a Previdência, com queixas de dor em joelhos há 5 anos, com piora há 2 anos, sem história de trauma.

Laudo de ortopedista informando tratamento clínico/fisioterápico para osteoartrose de ambos os joelhos e solicitando aposentadoria.

Laudo de psiquiatra informando tratamento clínico de depressão, solicitando afastamento das atividades laborativas por 30 dias.

Radiografias dos joelhos em AP e perfil revelando diminuição dos espaços articulares, com pequenos osteófitos marginais em superfícies articulares da tibia direita.

Ao exame, obesa, com genu valgo moderado, bilateralmente. Déficit da extensão passiva, que é pouco dolorosa, às custas de encurtamento dos ísquio-tibiais. Presença de crepitação audível. Dor na interlinha articular medial do joelho direito. Ausência de derrame articular

DESCRIÇÃO

A osteoartrose do joelho inicia-se com o envelhecimento, porém sua evolução difere de indivíduo para indivíduo. Existem, contudo, fatores que podem antecipar e/ou acelerar este processo natural, como as doenças inflamatórias ou infecciosas e os traumas (21). A lesão meniscal degenerativa é freqüentemente encontrada.

Esta patologia normalmente cursa com deformidade progressiva do joelho acometido, geralmente em varo. Associado aos desvios angulares e rotacionais, ocorre um nítido desequilíbrio muscular levando a articulação a uma atitude em flexo e rotação interna (hipotrofia do quadríceps) (16).

A avaliação do nível de limitação funcional deve ser o mais objetivo possível. A dor é o fator mais importante, porém é um dado subjetivo. Deve-se pesquisar a resposta aos AINE, bem como a distância da caminhada. Também deve ser pesquisada se há limitação para subir ou descer escadas, que é um indicativo de acometimento fêmuro-patelar.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA GONARTROSE.

Prognóstico: reservado. A doença costuma ter evolução progressiva e incapacitante, principalmente se cursando concomitantemente com obesidade. O prognóstico depende da localização, bem como do tamanho e progressão da lesão.

AVALIAÇÃO INICIAL (AVALIAÇÃO INICIAL (AX1)): T1 nos casos leves, sem limitações da mobilidade articular e radiografias mostrando lesões incipientes.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): prazo na dependência do comprometimento clínico da articulação e do tratamento instituído.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar o segurado de postos de trabalho que exijam movimentos de carregar pesos, agachar, abaixar e caminhar frequentemente.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos jovens, com baixa resposta ao tratamento clínico e indicação de tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): nos casos graves, irreversíveis, de comprometimento bilateral da articulação do joelho sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

Atenção! Atentar para o correto preenchimento da DID e DII!

ARTROSE DA PRIMEIRA ARTICULAÇÃO CARPO-METACARPIANA (M18)

DESCRIÇÃO

Assim como as demais osteoartroses primárias da mão esta rizartrose também é de etiologia desconhecida. Atinge preferencialmente mulheres, no período pós-menopausa e com flacidez ligamentar. Pode ocasionar incapacidade funcional para a mão por prejuízo do polegar (20).

O quadro clínico se caracteriza por dor na base do polegar, que piora aos movimentos (uso de força ou de pinça) e à palpação da articulação. A crepitação pode estar presente.

Os achados radiográficos não correspondem à intensidade dos sintomas clínicos. O paciente pode apresentar radiografias normais ou completa destruição articular. Pode-se verificar a diminuição do espaço articular, alterações escleróticas e cistos no osso subcondral, osteófitos marginais, graus variáveis de subluxação.

O tratamento depende do quadro clínico e da idade do paciente, podendo ser conservador ou cirúrgico. O tratamento visa à diminuição da dor e melhora da força e da estabilidade articular.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ARTROSE DA ARTICULAÇÃO CARPO-METACARPIANA.

Prognóstico: Reservado em casos de evolução desfavorável.

AValiação Inicial (Avaliação Inicial (AX1)): T1 nos casos leves, sem limitações da mobilidade articular.

Data para Cessação do Benefício (DCB): prazo na dependência do comprometimento clínico da articulação e do tratamento instituído.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar o segurado de postos de trabalho que exijam movimentos repetitivos ou uso de pinça do polegar.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos jovens, com baixa resposta ao tratamento clínico e indicação de tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inegáveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): não se aplica.

OSTEOARTROSE DO OMBRO (M19)

DESCRIÇÃO

Pode ser decorrente de seqüela de fraturas (necroses e consolidações viciosas), de necrose avascular, seqüela de artrite reumatóide, seqüela de lesão crônica de grande porte do manguito rotador, de práticas esportivas exageradas e ainda de etiologia idiopática (19).

Fazem parte da articulação do ombro as articulações glenoumeral e acromioclavicular.

A dor é a queixa principal, aos movimentos e principalmente noturna, de longa duração, acompanhada de perda progressiva da amplitude da mobilidade articular. Alguns pacientes referem estalidos audíveis.

No exame físico, existe hipotrofia muscular e limitação da amplitude de movimentos, principalmente da rotação externa e interna. Frequentemente observa-se crepitação aos movimentos. Não há nenhum teste semiológico específico.

Os exames diagnósticos de imagem são de extrema importância. Os achados radiográficos são a redução do espaço articular, geodes subcondrais e osteófitos. Podem estar presentes a deformidade da cabeça umeral e da cavidade glenoidal, além de subluxação da cabeça umeral.

Nos pacientes idosos, os casos moderados e graves são tratados com artroplastia de substituição, que pode ser total ou parcial. Quando existe lesão concomitante do manguito rotador e nos portadores de artrite reumatóide, o prognóstico é desfavorável. Nos pacientes jovens, outras opções têm preferência, tal como o desbridamento artroscópico.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA OSTEOARTROSE DO OMBRO (GLENOUMERAL)

Prognóstico: Reservado em casos de evolução desfavorável.

AValiação Inicial (AX1): T1 nos casos leves, sem limitações da mobilidade articular e com discretos achados radiográficos.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): prazo na dependência do comprometimento clínico da articulação e do tratamento instituído.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar o segurado de postos de trabalho que exijam carga na articulação comprometida ou posição que exija a permanência do braço acima de 90º de abdução.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos jovens, com baixa resposta ao tratamento clínico e indicação de tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): nos casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento. Em casos graves, de comprometimento bilateral da articulação glenoumeral.

ARTROSE PRIMÁRIA DE OUTRAS ARTICULAÇÕES – DO PUNHO E DA MÃO (M19.0)

DESCRIÇÃO

Geralmente a artrose da articulação radiocárpica é decorrente de trauma, doença inflamatória, infecção ou tumor. Ocorre a degeneração focal da cartilagem articular e simultaneamente fenômenos de tentativa de reparo e de remodelação óssea. As tentativas para deter o processo são ineficazes e o mesmo avança destruindo a cartilagem articular e expondo o osso subcondral. O osso exposto se prolifera e torna-se ebúrneo e dá origem a formação de cavidades císticas (20).

O quadro clínico consiste de dor e diminuição da amplitude do movimento articular.

A artrodese apresenta bons resultados com relação à dor e manutenção da força de preensão. A grande desvantagem desse procedimento é a perda da mobilidade articular, o que compromete o exercício de algumas atividades laborativas. O período de consolidação deste tipo de artrodese em que o punho permanece em imobilização é de cerca de 12 semanas. As principais complicações pós-operatórias são o retardo de consolidação e a pseudartrose.

A artroplastia exige um período de reabilitação que pode variar de 12 a 18 semanas. Normalmente o procedimento incapacita o paciente para atividades que exijam força da mão/punho, como as atividades braçais.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ARTROSE DA ARTICULAÇÃO RADIOCÁRPICA.

Prognóstico: Reservado em casos de evolução desfavorável.

AValiação INICIAL (AX1): T1 nos casos leves, sem limitações da mobilidade articular e com discretos achados radiográficos.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): prazo na dependência do comprometimento clínico da articulação e do tratamento instituído.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar o segurado de postos de trabalho que exijam movimentos repetitivos ou uso de força na articulação do punho.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos jovens, com baixa resposta ao tratamento clínico e indicação de tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): não se aplica.

ARTROSE PRIMÁRIA DE OUTRAS ARTICULAÇÕES – TORNOZELO (M19.0)

DESCRIÇÃO

A artrose de tornozelo é a doença articular degenerativa da articulação tibiotalar.

Esta articulação é importante para a deambulação e sustentação de peso. O grau de incapacidade pode variar de acordo com a gravidade da degeneração e com a atividade laborativa executada.

O quadro clínico depende do grau de comprometimento articular. A dor progride, à medida que o processo evolui, sendo principalmente aos movimentos. A crepitação pode estar presente. Nos casos avançados, surge claudicação devido à alteração na marcha, como tentativa de realizar um movimento menos doloroso.

Esta patologia pode surgir como seqüela de fraturas ou de infecção envolvendo a articulação. O tempo de desenvolvimento do processo degenerativo é variável, dependendo da quantidade de desvio dos fragmentos fraturados (consolidação viciosa), do peso corpóreo e do grau de atividade do segurado e, nos casos de infecção, do tempo de evolução da infecção (retardo do tratamento) e da virulência do microrganismo.

O tratamento varia de acordo com a sintomatologia e o grau de desgaste da articulação, podendo ser conservador nos graus leves a moderados (AINE, fisioterapia, medidas para redução de peso, adoção de postura sentada para realização de atividades) ou cirúrgico, nos casos moderados a avançados. O tratamento cirúrgico comumente realizado é a artrodese, ou seja, a fusão da articulação. Esta modalidade terapêutica visa retirar a dor, porém tem como desvantagem a perda dos movimentos de flexão plantar e dorsiflexão do tornozelo.

Para trabalhadores que exercem atividade em posição ortostática, que deambulem frequentemente ou naqueles que exerçam movimentos repetidos do pé, mesmo sentados (motoristas), ou que necessitem de agachamentos, a patologia é incapacitante, agravada naqueles com sobrepeso.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA OSTEOARTROSE DO TORNOZELO.

Prognóstico: reservado. A doença costuma ter evolução progressiva e incapacitante, principalmente se cursando concomitantemente com obesidade. O prognóstico depende da intensidade de energia do trauma, e em casos de fratura, da perfeita reconstrução osteoligamentar e articular.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 nos casos leves, sem limitações da mobilidade articular e radiografias mostrando lesões incipientes.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): prazo na dependência do comprometimento clínico da articulação e do tratamento instituído.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar o segurado de postos de trabalho que exijam movimentos de carregar pesos, agachar, abaixar e caminhar frequentemente.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2) ou DCB prolongada: Nos jovens, com baixa resposta ao tratamento clínico e indicação de tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inegáveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): nos casos graves, irreversíveis, de comprometimento bilateral da articulação do tornozelo sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DOS DEDOS DAS MÃOS E DOS PÉS (M20)

HANSENÍASE

Leia a história clínica abaixo:

M.S.F., masculino, 40 anos, analfabeto, agricultor, destro, com história de dor e “formigamento” em antebraço e mão direitos, há 2 meses. Observou manchas hipocrômicas em tronco há cerca de 4 meses. Refere que ainda sente dores e parestesias em mão e antebraço direitos. Ao exame, dor e Tinel positivo em topografia do nervo ulnar no cotovelo direito, com parestesias ao nível da borda ulnar do antebraço e mão. O nervo encontra-se doloroso e espessado ao toque. Presença de discreta deformidade “em garra” dos quarto e quinto dedos (hiperextensão das articulações metacarpo-falangianas e flexão das articulações interfalangianas proximais e distais), que piora quando o segurado tenta estender os dedos. A deformidade, contudo, é redutível passivamente.

Trouxe laudo de médico assistente, dermatologista, informando que o segurado está fazendo tratamento ambulatorial regular para hanseníase há 1 mês.

Trouxe laudo de cirurgião de mão informando que o paciente está fazendo uso de órtese protetora em mão direita e que está programado tratamento cirúrgico

DESCRIÇÃO

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, dermatoneurológica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, capaz de produzir incapacidade nas esferas física, social e emocional.

As deformidades físicas geralmente ocorrem secundariamente, devido ao comprometimento de nervos periféricos (alterações motoras e/ou sensitivas) e aos estados imunoinflamatórios. Na mão, essas lesões além de estigmatizantes, podem ser muito incapacitantes.

As lesões podem ocorrer de diferentes maneiras: 1) por reação granulomatosa (casos tuberculóides ou *borderline*), com destruição focal dos nervos, 2) por compressão, devido ao edema, 3)

por invasão direta dos bacilos nas terminações nervosas (casos virchowianos) e 4) por lesão progressiva dos troncos nervosos (principalmente nos casos virchowianos), devido edema insidioso (casos mais crônicos) ou fibrose (casos mais agudos) (23).

No membro superior, os nervos mais comumente acometidos são o ulnar, o mediano e o radial (nesta ordem de frequência). No membro inferior, é comum o acometimento do nervo fibular comum.

A deformidade em “garra” clássica (hiperextensão das articulações metacarpo-falangianas e hiperflexão das articulações interfalanganianas proximais e distais dos quarto e quinto dedos) é causada por paralisia dos músculos intrínsecos da mão, inervados pelo nervo ulnar. Com a atrofia da musculatura intrínseca e dos músculos da eminência hipotenar, observa-se depressões nos espaços intermetacápicos e na região hipotenar, respectivamente.

Esta deformidade incapacita a adequada apreensão de objetos. Na tentativa de apanhar um objeto, os dedos da mão fletem e “rolam” na palma afastando-os, ao invés de agarrá-los. O paciente pode perder a curvatura transversal da mão e, conseqüentemente, a capacidade de posicionar a mão “em concha”, de grande utilidade para segurar objetos cilíndricos e, nas culturas (p.ex., populações indígenas) onde se tem por hábito alimentar-se com as mãos, há prejuízo desta função (23).

O teste diagnóstico da lesão do nervo ulnar é o teste de Froment (“teste do livro” - não descrito na semiologia por ser muito específico), que corresponde à incapacidade de realizar a pinça entre o polegar e o segundo dedo, por paralisia do músculo adutor e parte do flexor curto do polegar. O teste é realizado solicitando-se ao segurado que sustente um livro de certo peso entre o polegar e o indicador. É positivo quando o mesmo realiza acentuada flexão da falange distal do polegar, na tentativa de realizar a tarefa solicitada. O teste também pode ser feito pedindo-se ao segurado que mantenha uma folha de papel entre o polegar e o indicador (ambos com falanges estendidas), enquanto o examinador tenta puxar a referida folha. É considerado positivo quando o segurado é incapaz de manter o papel entre tais dedos e, para consegui-lo, flexiona fortemente a falange distal do polegar.

O examinador pode solicitar que o segurado tente cruzar o dedo médio dorsalmente sobre o indicador ou o indicador sobre o dedo médio, com a palma da mão e os dedos apoiados sobre uma superfície plana (teste “cruze seus dedos” - não descrito na semiologia por ser muito específico). Na paralisia do nervo ulnar, o segurado será incapaz de realizar o teste.

A paralisia do nervo mediano geralmente ocorre em concomitância com a do nervo ulnar e, assim, as deformidades normalmente se somam. Observa-se a deformidade em garra de todos os dedos “mão simiesca”, atrofia dos músculos da região tenar, com importante depressão desta região, perda de oposição do polegar com os demais dedos (o que, por si, representa 50% da funcionalidade da mão) e a progressiva deformidade em flexão da articulação interfalangeana do polegar.

A paralisia do nervo radial, pouco comum, geralmente ocorre em associação com as paralisias dos nervos ulnar e mediano: a chamada “paralisia tríplice”. Observa-se, além das deformidades descritas, incapacidade para extensão dos dedos e do punho (“mão caída”).

Os nervos ulnar, mediano e radial são mistos. Assim, o comprometimento motor é normalmente acompanhado de déficit sensitivo em áreas da pele inervadas pelo(s) nervo(s) acometido(s). Isso, porém, pode não ser observado nos acometimentos diretos pelos bacilos das terminações nervosas cutâneas, em que o déficit sensorial não corresponde ao dermatomo de um dos nervos. Inicialmente, a sensibilidade térmica é prejudicada, seguida pela dolorosa e, por fim, pela tátil.

A perda da sensibilidade protetora e, conseqüentemente, do reflexo normal de retirada da mão frente um estímulo nocivo, associada aos padrões de movimentos disfuncionais realizados pelo doente, é um fator de gênese de ferimentos e osteomielites, que podem culminar em mutilações dos dedos.

As deformidades descritas podem ser prevenidas, tão logo o diagnóstico de neurite de um dos nervos seja realizado. A prevenção pode ser feita através de órteses protetoras, esteróides e fisioterapia, porém algum procedimento cirúrgico precoce pode ser necessário, como a neurólise (descompressão do nervo acometido). Em alguns casos, mesmo com instituição de terapêutica adequada, as seqüelas poderão surgir.

As seqüelas podem ser tratadas cirurgicamente, na tentativa de restabelecer a função e minimizar os estigmas da doença. O prognóstico é melhor quando a deformidade ainda não é rígida, ou seja, quando pode ser reduzida através de manobras (24).

O tratamento cirúrgico, cujas técnicas variam de acordo com os nervos comprometidos e as características das deformidades e as inerentes do próprio paciente, é indicado quando houver falha do tratamento conservador, nos casos de neurite compressiva e na presença de abscesso de nervo. Nas compressões do nervo mediano ao nível do punho, normalmente opta-se pelo tratamento cirúrgico precoce. Após o tratamento cirúrgico, geralmente existe a necessidade de imobilização e, via de regra, de tratamento fisioterápico, por tempo variável, geralmente prolongado.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA HANSENÍASE COM COMPLICAÇÕES ORTOPÉDICAS

Prognóstico: Reservado em casos de evolução desfavorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 em casos iniciais e compatíveis com a profissão

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB), DCB prolongada ou R2: Em casos sintomáticos, na vigência de pouca resposta ao tratamento instituído, mas com recuperação laborativa ainda possível.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo residual.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

Atenção! Trata-se de doença que isenta de carência. Atentar para a correta fixação da DID e DII!

OUTRAS DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DOS MEMBROS – DESIGUALDADE DOS MEMBROS INFERIORES (M21)

DESCRIÇÃO

A discrepância do comprimento dos membros inferiores é uma condição relativamente freqüente se considerarmos diferenças acima de 6 milímetros. Na população em geral esta diferença é observada, sendo maior o membro dominante. A desigualdade seja real (medida da espinha ilíaca ântero-superior até o maléolo interno) ou aparente (medida da cicatriz umbilical até o maléolo interno), pode ser causada por uma deformidade osteoarticular (escoliose lombar, luxação unilateral do quadril, contratura em flexão do joelho ou joelho em recurvato, fraturas consolidadas viciosamente, seqüelas de lesões fisárias e de infecções osteoarticulares, seqüelas de lesões do sistema nervoso central, como a poliomielite, artrose avançada do quadril, etc.) ou uma alteração postural (retrações músculo-tendíneas, contraturas em adução do quadril, eqüinismo do tornozelo, etc.) (25).

A mensuração da desigualdade deve ser aferida clínica e radiograficamente (escanometria dos membros inferiores ou telerradiografia).

O tratamento é variável, dependendo da causa e quantidade da diferença, podendo ser feito compensação no calçado, tratamento da patologia de base e alongamento ósseo.

Prognóstico: Favorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 nos casos leves passíveis de compensação da desigualdade.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): Geralmente longo nos casos com indicação cirúrgica. O prazo na dependência do procedimento cirúrgico indicado.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: nos casos em que o segurado apresenta deformidades físicas, que o impeçam de desempenhar funcionalmente sua atividade declarada, porém com potencial laborativo residual.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos casos de complicação do tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): nos casos sem possibilidade de recuperação reabilitadora e ou cirúrgica.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

Atenção! Lembramos que uma desigualdade real superior a 4 centímetros pode ter indicação de Auxílio-Acidente (Quadro No. 7, Anexo III, Dec. No. 3.048, de 6 de maio de 1999).

TRANSTORNO DA RÓTULA (PATELA) (M22)

CONDROMALÁCIA DA RÓTULA (M22.4)

DESCRIÇÃO

A condromalácia patelar e a artrose patelofemural são secundárias à lesão ou amolecimento da cartilagem articular da articulação patelofemural.

O termo condromalácia se limita a distúrbios da cartilagem articular, mas se a afecção progrediu até envolver alterações ósseas (formação de osteófitos, esclerose subcondral e cistos) e da sinovial (sinovite) deverá ser classificada como artrose patelofemural. A artrose costuma atingir mais freqüentemente a interlinha lateral (26).

Alterações observáveis, relativas à idade, em casos de condromalácia ocorrem comumente após a segunda década e em praticamente em todos os joelhos após a quarta década.

Normalmente a condromalácia é de origem idiopática. Porém, pode ser resultante de uma síndrome de compressão patelar lateral, traumatismo, cirurgia do ligamento cruzado anterior, imobilização prolongada do joelho, ou afecções sinoviais. Esta doença pode estar associada a uma artrose femorotibial

A dor está associada a um aumento de estresse patelar e a degeneração basal da cartilagem.

O Rx axial mostra um estreitamento da linha articular, com osteófitos na borda patelar lateral e tróclea, esclerose subcondral da faceta lateral e possível formação de cisto.

O tratamento pode ser conservador nos estágios iniciais da doença e atualmente um procedimento muito utilizado é a artroscopia com raspagem e alisamento da cartilagem articular.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA CONDROMALÁCIA DA RÓTULA

Prognóstico: Favorável nos estágios iniciais da doença. Reservado nos estágios avançados.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 não se aplica.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): geralmente longo nos casos com indicação cirúrgica. O prazo na dependência do procedimento cirúrgico indicado.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: nos casos em que o segurado tenha impossibilidade para desempenhar funcionalmente sua atividade declarada, porém com potencial laborativo residual.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): na falência do tratamento conservador e nos casos de complicação do tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): nos casos sem possibilidade de recuperação reabilitadora e ou cirúrgica.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

TRANSTORNOS INTERNOS DOS JOELHOS (M23)

TRANSTORNOS DO MENISCO DEVIDO À RUPTURA OU LESÃO ANTIGA (M23.2)

DESCRIÇÃO

Os meniscos são estruturas importantes do joelho e possuem função de distribuição de carga, melhora da congruência, aumento da estabilidade, nutrição da cartilagem articular e lubrificação.

A lesão meniscal ocorre mais freqüentemente em homens. Clinicamente, pode estar presente a dor, acompanhada ou não de ruídos à mobilização articular. O segurado pode queixar-se de sensação de restrição da mobilidade, sensação de travamento e, ainda, de falseio da articulação. Pode estar presente a claudicação e pequeno grau de edema e derrame articular (18).

Ao exame, pode-se observar dor à palpação da interlinha articular, geralmente localizada, edema e bloqueio da mobilidade articular. Nos casos crônicos, observa-se hipotrofia do quadríceps.

Devem ser realizados o teste de McMurray e de Apley. O diagnóstico pode ser confirmado pela ressonância magnética ou artroscopia.

O tratamento normalmente é a menissectomia parcial, por via artroscópica.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA LESÃO DOS MENISCOS

Prognóstico: Favorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 nos casos crônicos com lesão estabilizada sem riscos laborais.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): Em casos agudos, cirúrgicos (por via artroscópica a recuperação normalmente é rápida – 15 a 30 dias). Em casos de impossibilidade momentânea de cirurgia, sugerimos DCB com 60 dias e sugestão de PP para nova avaliação clínica do joelho acometido. Nos casos concomitantes com lesão de ligamentos cruzados (lesões complexas) a DCB para recuperação pós-operatória aumenta para 4 a 6 meses, na dependência da atividade laboral.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em atividades laborais com sobrecarga do joelho (por exemplo: caminhar com frequência, pior em terreno acidentado e agachamento).

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos casos de complicação do tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Em casos de incapacidade funcional permanente, não passíveis de REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): não se aplica

TRANSTORNOS DE LIGAMENTOS (M24.2)

Lesão ligamentar de joelho: Observe a história clínica abaixo:

R.A.P, 45 anos, professor, com história de trauma em joelho direito, durante prática esportiva, há cerca de 8 meses. Refere que sentiu forte dor e impotência funcional no referido joelho, além de “inchaço” e que foi levado a um pronto-socorro, onde o ortopedista fez o diagnóstico de entorse grave e o tratou através de aspiração articular (refere que drenou mais de 20 mililitros de sangue) e imobilização. Na época, esteve em benefício por 60 dias.

Refere que após o trauma vem sentindo dores ocasionais no referido joelho, principalmente quando tenta retomar o futebol e que, há 2 meses, vem sentindo sensação de falseio no referido joelho.

Ao exame, teste da gaveta anterior e Lachman positivos. Presença de hipotrofia da coxa direita. Presença de dor na interlinha articular medial. Teste de Apley positivo para menisco medial. Força muscular dos MMII normal. Ausência de derrame articular.

Traz laudo de ressonância com diagnóstico de lesão do ligamento cruzado anterior e menisco medial.

Traz laudo de ortopedista informando indicação de tratamento cirúrgico e que o paciente encontra-se em fila de espera do SUS aguardando artroscopia.

DESCRIÇÃO

A biomecânica da articulação do joelho é bastante complexa. A estabilidade articular é mantida pela presença dos ligamentos, bem como da cápsula articular e das estruturas fascio-tendíneas que a reforçam.

As lesões podem ser divididas em: entorse de primeiro grau (microlacerações), entorse de segundo grau (laceração parcial, com pouca frouxidão) e entorse de terceiro grau (ruptura transversal completa. Presença de instabilidade articular) (18).

Lembramos que os testes semiológicos devem ser realizados bilateralmente, para comparação.

LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL

O ligamento colateral medial impede o desvio em valgo da articulação. Ele também limita a rotação externa da tíbia. A sua lesão causa a frouxidão ântero-medial.

Para avaliação da integridade deste ligamento, o joelho deve ser examinado em posições distintas: extensão, ligeira flexão (de cerca de 10º) e flexão de 90º. Deve ser observado o grau de rotação externa anormal, ao realizar-se o teste da gaveta anterior, bem como o maior deslizamento anterior do platô medial da tíbia com o pé em rotação externa, em comparação ao mesmo teste com o pé em rotação neutra (18).

Na laceração do mesmo, podem estar presentes a dor local e derrame extra-articular, verificado pela presença de equimose de consistência amolecida, à palpação, localizada medialmente no joelho.

A realização de uma força em valgo passivamente pelo examinador no joelho do paciente provocará uma abertura medial, em dobradiça.

As lesões de primeiro grau são tratadas conservadoramente, com repouso, imobilização, gelo local e fisioterapia durante 3 a 4 semanas.

As lesões de segundo grau são tratadas da mesma forma. Vale lembrar, entretanto que pode haver lesão de outra estrutura associada. O tratamento pode durar de 6 semanas a alguns meses.

As lesões de terceiro grau podem ser tratadas conservadora ou cirurgicamente, a depender das lesões associadas ou do médico assistente.

LIGAMENTO COLATERAL LATERAL

Pode ocorrer em conjunto com a lesão do tendão poplíteo, o complexo arciforme e o ligamento cruzado posterior. Clinicamente é difícil de distinguir entre a lesão do ligamento cruzado posterior da lesão dessas estruturas, que pertencem ao complexo ligamentar lateral.

LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

As lesões podem ser agudas ou crônicas. Pode ocorrer em conjunto com outras lesões, tais como lesão do ligamento colateral medial, ligamento cruzado posterior, meniscos, subluxação patelar e fraturas osteocondrais.

Na lesão aguda, o exame inicial pode revelar frouxidão, que pode desaparecer pela presença do edema e espasmo muscular. Se o joelho for aspirado, será detectada a hemartrose.

Na lesão crônica, observa-se melhor a instabilidade articular, pois com a maior sobrecarga imposta, as estruturas restritivas secundárias tornam-se frouxas. O paciente adapta-se à lesão, reduzindo a magnitude da flexão e da extensão, o que pode ser observado na marcha ou prática de corrida, porém dificilmente detectado em atividades que exijam flexão acentuada do joelho, como o subir e descer escadas. Observa-se hipotrofia do músculo quadríceps.

O sintoma mais incapacitante é a sensação de “falseio”, que ocorre com uma flexão inesperada, quando o joelho acometido está sustentando o peso corpóreo e realiza movimento de rotação.

O diagnóstico é clínico. A ressonância magnética e a artroscopia podem ter utilidade na confirmação diagnóstica.

O prognóstico é difícil de ser previsto. Mas estima-se que 1/3 dos pacientes não operados seja capaz de retorno à prática esportiva, realizando o mecanismo compensatório. A incapacidade de compensação predispõe à lesão meniscal, desgaste da cartilagem articular e, conseqüentemente, osteoartrose precoce. Esses casos exigem tratamento cirúrgico, com bons índices de sucesso.

Devem ser realizados os testes de Lachman e o da gaveta anterior.

LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR

Pode ocorrer isoladamente ou em combinação com outras estruturas do joelho. Esta lesão é menos comum que a do ligamento cruzado anterior.

Na lesão aguda, o exame físico revela limitação e dor à flexão do joelho. Aqui, também, existe hemartrose.

Na lesão crônica, da mesma forma que na lesão do ligamento cruzado anterior, verifica-se melhor a instabilidade, por frouxidão de outras estruturas estabilizadoras.

O diagnóstico é clínico. Devem ser realizados os testes da gaveta posterior e da queda da tibia. O diagnóstico pode ser confirmado por ressonância magnética ou artroscopia.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA LESÕES LIGAMENTARES DE JOELHO

Prognóstico: Favorável nas lesões isoladas. Reservado nas lesões complexas.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 nos casos com lesão estabilizada sem riscos laborais.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): 30 dias em lesões do primeiro grau do ligamento colateral medial

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): 60 – 180 dias em lesões do segundo grau do ligamento colateral medial

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): acima de 180 dias em lesões do terceiro grau do ligamento colateral medial

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) para lesão de outros ligamentos, avaliar caso a caso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em atividades laborais com sobrecarga do joelho (por exemplo: caminhar com freqüência, pior em terreno acidentado e agachamento).

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos casos de complicação do tratamento cirúrgico.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Em casos de incapacidade funcional permanente, não passíveis de REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES ESPECÍFICOS (M24)

CONTRATURA E ANCILOSE ARTICULAR (M24.5 E M24.6)

MÃO

A rigidez articular na mão é um problema que pode gerar graus variáveis de disfunção. Os fatores causais são múltiplos, congênitos ou adquiridos. As causas mais comuns são: trauma, infecção, imobilização por tempo prolongado e uso inadequado de órteses, etc. (27)

Após a lesão de qualquer natureza, o edema se desenvolve agudamente e, por meio de força hidráulica, a articulação atingida assume a posição de capacidade máxima de fluidos: extensão da metacarpo-falangiana, com desvio secundário em flexão da articulação interfalangiana, adução do polegar e flexão do punho. A deformidade mantida por tempo prolongado determina alterações intra e

extra-articulares e, conseqüentemente, rigidez e a contratura articular. Quando a rigidez está associada com alteração degenerativa articular, o prognóstico é pior. A dor local indica envolvimento sinovial.

CONTRATURA DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGIANA DISTAL

O tratamento da patologia de base pode corrigir a deformidade, porém a artrodese pode ser o procedimento de escolha para algumas patologias crônicas.

CONTRATURA DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGIANA PROXIMAL

As deformidades podem ser tratadas conservadoramente (órteses), por tempo prolongado. Mesmo optando-se por tratamento cirúrgico, as órteses (diurnas e/ou noturnas) podem ser necessárias por período de tempo variável no período pós-operatório.

A contratura mais comum é a em flexão da articulação. As contraturas em extensão são raras e normalmente estão associadas com alterações extra-articulares, como aderências de tendão extensor ou deformidades ósseas (seqüelas de fraturas). Essas deformidades podem ser tratadas conservadoramente com fisioterapia e órteses ou cirurgicamente. O prognóstico varia de acordo com a causa da deformidade e o tratamento escolhido.

CONTRATURA DA ARTICULAÇÃO METACARPO-FALANGIANA

As contraturas em flexão possuem melhor prognóstico que as em extensão.

As contraturas em flexão normalmente estão associadas a fatores extra-articulares, tais como contraturas dos músculos intrínsecos, entre outras.

As contraturas em extensão podem ser tratadas conservadoramente, com órteses. Freqüentemente exigem tratamento cirúrgico, com uso de órteses em associação ao tratamento fisioterápico no período pós-operatório.

CONTRATURAS DO PUNHO

O tratamento inicia-se pela abordagem da patologia de base, que pode ser intra-articular (lesão ligamentar do carpo, doença de Kienböck, etc.) ou extra-articular (aderência de tendão extensor, contraturas musculares, paralisias e paresias musculares de diversas causas, etc.) e pode ser conservador, com órteses e fisioterapia, ou cirúrgico.

Um punho doloroso pode causar déficit funcional, porém a rigidez indolor pode não ser incapacitante, já que com metade da mobilidade total do punho permite a realização de quase todo o arco de mobilidade funcional, necessário para a maioria das tarefas.

CONTRATURAS POR QUEIMADURAS

Normalmente são complexas, com danos teciduais extensos. O tratamento depende da natureza e extensão da lesão. Normalmente exigem tratamento cirúrgico, com uso de enxertos ou retalhos.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NAS CONTRATURAS DA MÃO

Prognóstico: Muito variável, na dependência da articulação atingida, grau de comprometimento e mesmo do tipo e grau da contratura.

AValiação Inicial (AX1): Depende de caso a caso.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): Depende de caso a caso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Depende de caso a caso.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Depende de caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Depende de caso a caso.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Depende de caso a caso.

OUTROS TRANSTORNOS ARTICULARES NÃO CLASSIFICADOS OU OUTRA PARTE (M25)

HEMARTROSE E DERRAME ARTICULAR (M25.0 E M25.4)

O derrame articular pode ser ocasionado por acúmulo de líquido sinovial (hídrtrose) ou de sangue (hemartrose).

O líquido sinovial normal apresenta poucas células (geralmente menos que 200/mm³), essencialmente neutrófilos, linfócitos e células sinoviais.

Em um aumento de líquido intra-articular, a punção aspirativa, com observação das características macroscópicas do líquido, bem como pela realização de exames bacteriológicos, bioquímicos e imunológicos podem ajudar no diagnóstico da doença de base.

A hemartrose pode ocorrer após traumas graves, fraturas subcondrais, lesões ligamentares, hemofilia, tuberculose ou artrite séptica, tumores sinoviais (hemangioma sinovial, sinovite vilonodular), condrocalcinose articular, etc. (28)

O derrame articular não hemorrágico pode ocorrer em traumas, na artrose, na artrite séptica (há pus), nas artropatias por deposição de cristais, na artrite reumatóide, entre outras.

A hemartrose produz dor intensa. Além do edema e calor, a articulação pode apresentar equimose devido à liberação de pigmentos sangüíneos. Os pacientes com discrasias sangüíneas freqüentemente desenvolvem hemartroses espontaneamente ou após trauma leve. Neoplasias articulares como os hemangiomas ou tumores malignos podem produzir hemartrose na ausência de trauma.

O tratamento é feito de acordo com a causa subjacente.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA HEMARTROSE E DERRAME ARTICULAR.

Prognóstico: Favorável nas lesões isoladas. Reservado nas lesões de base graves.

Não cabe concessão de benefício nos casos de simples hemartrose ou hídrtrose. O afastamento deve levar em consideração as patologias de base.

CIFOSE E LORDOSE (M40)

DESCRIÇÃO

A cifose é uma curva fisiológica. O aumento desta curva é condicionado a um fator patológico. Esta deformidade é um tipo de acometimento muito negligenciado nas crianças e nos adolescentes.

A cifose idiopática é conhecida como cifose do adolescente, juvenil, doença de Scheuermann ou osteocondrite dorsal, e sua etiologia é desconhecida. Scheuermann acreditava que fosse necrose da apófise anular dos corpos vertebrais, com conseqüente inibição do crescimento pelo encunhamento dos corpos vertebrais (29). Outros fatores têm sido citados como causa da deformidade: alterações musculares, endócrinas, hereditárias, desequilíbrio do crescimento etc.

A patologia é mais freqüente no sexo feminino, na proporção de dois para um, e de difícil diagnóstico antes dos onze anos, notada pelos amigos e familiares, quase nunca pelo paciente. As principais queixas são de deformidade com pouca dor nas pessoas com menos de vinte anos.

Formas clínicas: evolução

A - Cifose idiopática infanto-juvenil (cifose postural)

B - Cifose idiopática do adolescente

C - Cifose idiopática senil

O tratamento deve ser iniciado precocemente; tratamentos de reeducação postural não têm demonstrado melhora na evolução da patologia. Em menores de até doze anos com diagnóstico, verificou-se que o uso do colete no período de vinte e três horas por dia, a curva estaria totalmente corrigida - no período de um ano.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA CIFOSE

Prognóstico: Favorável do ponto de vista laborativo.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 na maioria dos casos.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): nos casos de fratura sem complicação, DCB média de 60 dias. Em situações de complicação (de fratura, paraplegia ...) avaliar caso a caso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar de postos de trabalho que exijam sobrecarga de peso sobre a coluna o segurado com curva acima de 40 graus (Cobb).

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de complicação, (fratura, paraplegia, pseudoartrose...) avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelégíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS) nos casos graves, com complicações (fratura patológica por osteoporose do idoso, neoplasias, paraplegia ...), sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

ESCOLIOSE (M41)

DESCRIÇÃO

A escoliose idiopática é uma deformidade tridimensional da coluna vertebral, de causa ainda desconhecida, caracterizada por um desvio no plano frontal maior que 10° (dez graus) e a maior rotação está localizada no ápice da curva (vértebra apical ou de maior rotação). A rotação se faz em direção à convexidade da curva que produz a giba costal, deformidade torácica típica com proeminência observada no teste de Adams (flexão do tronco com os braços pendentes e as mãos juntas, mantendo os joelhos em extensão).

Quanto à idade no momento do diagnóstico, fator determinante da história natural, a classificação é a seguinte (30):

- *Infantil*: do nascimento aos 3 anos
- *Juvenil*: de 4 a 10 anos
- *Adolescente*: de 11 a 17 anos
- *Adulto*: a partir de 18 anos

A curva primária é a que primeiro se desenvolve, embora, algumas vezes, duas ou três curvas possam existir e ser de mesma magnitude, tornando difícil a determinação de qual surgiu primeiro.

A curva secundária ou compensatória é aquela que se desenvolve depois da formação da curva primária, na tentativa de compensar o tronco. Compensação semelhante ocorre no plano sagital, como é o caso da lordose e da cifose.

Na história clínica alguns fatos importantes devem ser observados, tais como: a idade no momento do aparecimento da doença, a história familiar da escoliose, a velocidade de crescimento, sinais de puberdade e a presença da menarca nas meninas. Devemos investigar existência de dor, pois geralmente o desconforto é pequeno e mais relacionado à fadiga.

Entretanto, quando a dor for um dado significativo devemos questionar se realmente estamos frente a um caso de escoliose idiopática. Curvas com rápida progressão e atípicas também devem ser investigadas e a anormalidade mais freqüentemente encontrada é a siringomielia, associada à malformação de Arnold Chiari. Outras alterações também podem ser encontradas como, por exemplo, medula presa e tumor.

No exame físico devemos avaliar:

- A) Forma do tronco
- B) Compensação das curvas
- C) Exame neurológico
- D) Desenvolvimento puberal

Quando existir discrepância de comprimento dos membros inferiores ocorre o desnivelamento da pelve na posição ortostática. A pelve inclina para o lado do membro menor e se desenvolve uma curvatura de convexidade para o mesmo lado. A rotação vertebral não está presente. A proeminência paravertebral ocorre do lado oposto da convexidade da curva, isto é, do lado do membro inferior mais longo. O desvio desaparece quando o paciente é avaliado sentado.

A prevalência da escoliose idiopática, em crianças e adolescentes, com curvas maiores de 10°, varia de 0,5% a 3%. Entretanto, curvas maiores de 30° têm prevalência de um e meio a três por mil. Entendemos que a curva de menor magnitude é mais freqüente, podendo surgir e estacionar espontaneamente.

Quanto à distribuição pela faixa etária, existe uma predominância acentuada na escoliose do adolescente, com 89%; a juvenil, com 10,5% e a forma infantil com 0,5%.

Embora classicamente a escoliose idiopática seja dividida nestes três grupos, existe a tendência em simplificar a terminologia e a classificação em dois tipos, quais sejam, escoliose de aparecimento

precoce, isto é, antes dos 10 anos e a tardia, típica do adolescente. A escoliose precoce é a que tem potencial para evoluir com deformidade grave e conseqüente comprometimento cardíaco e pulmonar.

ESCOLIOSE IDIOPÁTICA INFANTIL

Em 90% dos casos, a escoliose idiopática infantil apresenta-se com uma curva torácica à esquerda. A distribuição, quanto ao sexo, entre meninos e meninas, é de três para duas.

A história natural sugere que a grande maioria, até 90%, seja autolimitada e de resolução espontânea, provavelmente, conseqüência da postura intra-útero. Entretanto, as que progridem são de difícil manejo.

A dificuldade no manejo da forma progressiva dá-se pela rápida evolução da deformidade relacionada ao primeiro estirão do crescimento, o que torna difícil a utilização de uma órtese adequada. Alguns autores recomendam o tratamento com colete gessado de Risser, que é trocado a cada três meses. Após os 4 anos de idade, inicia-se com colete tipo OTLS ou Milwaukee. Deve-se manter este tratamento enquanto houver contenção da curva em até 70° a 90°, quando então será indicado o tratamento cirúrgico.

ESCOLIOSE IDIOPÁTICA JUVENIL

Este tipo de escoliose aparece dos 4 aos 10 anos e representa 8% a 16% dos casos. As curvas, potencialmente, neste grupo, podem acarretar alterações cardíacas e pulmonares. Muitos pacientes não têm a deformidade diagnosticada no exato momento do seu aparecimento; por exemplo, uma criança que é diagnosticada aos 11 anos, com 80° graus de desvio, não é portadora de escoliose idiopática do adolescente e sim de escoliose juvenil.

ESCOLIOSE IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE

Esta é a forma mais comum de escoliose. Incide em até 2% dos adolescentes, considerando-se curvas de 10° ou mais. Mas somente 5% destes casos progridem até 30°. Em curvas de pequena magnitude, a distribuição entre meninos e meninas é igual. Já em curvas com mais de 20°, a incidência é de quatro meninas para um menino e em curvas acima de 40° a incidência é de oito para um.

FATORES DE RISCO DE PROGRESSÃO

Pela história natural a menina é mais sujeita à progressão da doença que o menino. A segunda fase do estirão do crescimento, quando o adolescente cresce, em média, de seis a 10 centímetros por ano, é um fator potencial de piora da deformidade, pois metade deste crescimento se faz ao nível do tronco.

Analisando-se o fator preditivo de progressão, o padrão da curva deve ser analisado, pois curvas com ápice acima de T12 são mais sujeitas à progressão do que curvas lombares isoladas.

HISTÓRIA NATURAL NA VIDA ADULTA

O risco de progressão é maior durante a fase de crescimento rápido. Entretanto, nem todas as curvas estabilizam após o término do crescimento. Estudos com longo tempo de seguimento, realizados pela Universidade de Iowa, identificaram que dois terços dos pacientes apresentaram a progressão após a maturidade. Curvas menores que 30° permanecem estáveis enquanto que as maiores de 30°, continuam a aumentar. Já as curvas entre 50° a 75°, ao nível da coluna torácica, continuam progredindo um grau/ano.

TRATAMENTO

No tratamento conservador, quando analisada a prevalência e a evolução de curvas com menos de 20°, percebe-se que a maioria delas progridem, requerendo observação e tratamento fisioterápico. As curvas que têm menos de 25° devem ser reavaliadas a cada quatro a doze meses. O principal fator determinante do intervalo do retorno é a fase do crescimento em que a criança se encontra. Aquelas que estão no estirão do crescimento devem ser revistas de cada quatro a seis meses. Após a maturidade, curvas com mais de 30° devem ser radiografadas a cada cinco anos para detectar a existência de progressão. Retornos periódicos e mais freqüentes não estão indicados.

O uso do colete é indicado para crianças na fase de crescimento, com curvas de 25° a 30° que tenham demonstrado progressão. Nos casos em que a progressão de 1° por mês foi documentada, o tratamento pode ser iniciado, por exemplo: uma menina pré-menarca, com uma curva de 16° que evoluiu, em seis meses, para 22°.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NAS ESCOLIOSES

Prognóstico: Reservado em casos de evolução desfavorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 na maioria dos casos (até 50 graus sem grandes alterações degenerativas).

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): Em geral, longo nos casos de complicação (comprometimento cárdio-pulmonar) ou para recuperação pós-operatória.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos graves (curvas maiores que 50 graus) afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga da coluna.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de complicação, (fratura, paraplegia, pseudoartrose...) avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inegáveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em escolioses na criança durante período de tratamento com coletes, cirurgias, etc. Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade de requerente prover seu próprio sustento.

OSTEOCONDROSE DA COLUNA VERTEBRAL (M42)

DESCRIÇÃO

O dorso curvo ou enfermidade de Scheuermann é uma deformidade da coluna onde a principal característica é o aumento da cifose torácica. Foi descrita em 1921 por Holger Scheuermann como uma cifose rígida da coluna torácica ou toracolombar acometendo adolescentes.

Freqüentemente surge próximo à puberdade, inicialmente visto como um defeito postural, o que usualmente retarda o diagnóstico. Inicia-se com um aumento da cifose torácica ou toracolombar, algumas vezes acompanhada de dor não intensa que se agrava com a posição ortostática ou após esforços físicos. A dor se localiza no ápice da cifose ou na região lombar (31).

Além da cifose aumentada os pacientes apresentam hiperlordose lombar, e na região cervical, uma projeção anterior da cabeça em relação ao tronco. Os músculos da cintura escapular são hipotróficos e nota-se um encurtamento dos isquiotibiais, dos flexores dos quadris e, em alguns casos, dos peitorais.

O dorso curvo está freqüentemente associado a deformidades da parede anterior do tórax com saliência das cartilagens costo-esternais e depressão transversal inframamária.

A mensuração da cifose deve ser realizada pelo método de Cobb e é considerada por muitos autores como normal de 20° a 40°, assim como a lordose lombar deve ser considerada normal quando está entre 40° a 60°.

Com bastante frequência, encontramos pacientes com os sinais clínicos do dorso curvo, porém sem apresentarem os sinais radiográficos característicos, nem mesmo o encunhamento das vértebras apicais. Esses pacientes são enquadrados no chamado dorso curvo postural e aqueles com o quadro radiográfico típico como dorso curvo, deformidade ou enfermidade de Scheuermann.

O tratamento se baseia em alguns critérios, como a gravidade da curva, a idade do paciente e a existência de deformidade vertebral.

A fisioterapia está indicada nos casos de dorso curvo postural ou nas deformidades discretas, habitualmente com valores de cifose menores que 50° Cobb e deve se basear na ginástica corretiva, com o objetivo de promover o alongamento dos grupos musculares encurtados, como os isquiotibiais, flexores dos quadris, peitorais e paravertebrais lombares, assim como o fortalecimento dos abdominais, glúteos, paravertebrais torácicos, escapulovertébrais, além de conscientização de postura.

O tratamento cirúrgico está indicado nos pacientes que apresentam deformidades graves e rígidas no final do crescimento ou nos pacientes adultos.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NO DORSO CURVO

Prognóstico: Favorável do ponto de vista laborativo por acometer adolescentes. Reservado em casos de evolução desfavorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 na maioria dos casos (até 50 graus sem grandes alterações degenerativas).

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): Em geral, longo nos casos de complicação (deformidades graves e rígidas) ou para recuperação pós-operatória.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos graves (curvas maiores que 80 graus) afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga da coluna.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de complicação, (deformidades graves e dolorosas) avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inegáveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Na criança durante período de tratamento com coletes, cirurgias, etc e no adulto com deformidades graves e rígidas. Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

ESPONDILÓLISE (M43.0)

ESPONDILOLISTESE (M43.1)

DESCRIÇÃO

Espandilólise é um termo descritivo que se refere a um defeito na pars interarticularis da vértebra. O defeito pode ser uni ou bilateral, e pode estar associado à espondilolistese. Espandilolistese refere-se ao deslocamento anterior (translação) de uma vértebra, com relação à vértebra situada caudalmente. Essa translação também pode ser acompanhada por uma deformidade angular (cifose).

Esses dois tópicos são considerados em conjunto, porque a causa mais comum de espondilolistese é a espondilólise (32).

A espondilólise ocorre mais comumente no nível de L5-S1, e menos freqüentemente na região de L4-L5 ou em numerosos níveis. As lesões espondilolíticas são encontradas em cerca de 5% da população geral. Espondilólise é um distúrbio adquirido, não foi descrita em bebês, e raramente estará presente antes dos 5 anos de idade. Há um aumento da incidência de espondilólise e espondilolistese até os 20 anos de idade e depois a incidência permanece estável.

Supõe-se que a espondilólise seja um distúrbio adquirido secundariamente a uma fratura por fadiga na pars interarticularis. Estudos experimentais demonstraram que movimentos de extensão da coluna vertebral, particularmente em combinação com uma flexão lateral, aumentam o estresse de cisalhamento na pars interarticularis. A evidência clínica para essa teoria é a elevada associação (quatro vezes mais que o normal) em ginastas do sexo feminino, atacantes de futebol americano e soldados carregando mochilas. Essa teoria etiológica também é apoiada pelo relato de maior associação em pacientes com cifose de Scheuermann, com lordose lombar secundária excessiva. Em contraste, a espondilólise nunca foi observada em pacientes que nunca andaram (32).

Há evidência apoiando o conceito de que a espondilólise e a espondilolistese podem ser afecções hereditárias. Existe elevada associação dessas afecções em membros da família dos pacientes afetados. Quase todos os pacientes com espondilolistese do grau 1 têm anormalidades na junção lombossacral, em que ocorre um desenvolvimento deficiente do aspecto superior do sacro e facetas sacrais superiores e associação com espinha bífida. Assim, essas afecções podem ser genéticas e/ou adquiridas.

As queixas de apresentação dos pacientes com espondilólise e espondilolistese são determinadas principalmente pela idade e, nos casos de espondilolistese, pelo tipo. A dor é a queixa de apresentação mais comum no adulto. As crianças se apresentam com anormalidades da marcha, deformidade postural e contratura no grupo muscular dos isquiotibiais. Habitualmente a dor nas costas se localiza na parte baixa, com ocasional irradiação para as nádegas e coxas. Pode estar presentes radiculopatias em L5.

O paciente adulto com espondilolistese degenerativa geralmente tem mais de 40 anos de idade e as mulheres são mais comumente afetadas que os homens. Freqüentemente a dor em casos de espondilolistese degenerativa é similar aos padrões de dor em pacientes com núcleo pulposo herniado (dor que se irradia pela perna). Os pacientes podem se queixar de uma dor semelhante à da estenose espinhal, tendo sintomas do tipo de claudicação (dor e câibras nas panturrilhas e costas, causadas ao andar e aliviadas na posição sentada numa postura espinhal flexionada). Na maioria dos casos de espondilólise e espondilolistese, a dor é precipitada pela atividade, especialmente flexão e extensão repetidas, e aliviada pelo repouso ou pela redução dos níveis de atividade.

Cada paciente deve passar por um exame físico completo, inclusive exame neurológico detalhado. A tensão no grupo dos isquiotibiais é responsável pelas anormalidades posturais freqüentemente observadas como queixa de apresentação dos pacientes com espondilolistese. Uma restrição da flexão secundária à tensão no grupo dos isquiotibiais e inclinação pélvica dão ao paciente uma deambulação com a perna "dura", com uma passada curta.

Os achados físicos referíveis às costas dependem do tipo e grau do deslizamento. Os pacientes podem se apresentar com leve dor à palpação na área da espondilólise ou da espondilolistese. Em maiores graus de deslizamento, pode ser palpado um desnível. Pode haver um aumento aparente na lordose lombar, com inclinação da pelve para trás. O paciente pode se apresentar com protrusão da parte baixa do abdome e nos casos graves de espondilolistese, pode ser observada uma prega abdominal transversal profunda. Em todos os segurados deve ser efetuado um exame neurológico detalhado, que inclua os reflexos tendinosos profundos, exame sensitivo, e força motora. Deve ser dada especial atenção a qualquer disestesia nas proximidades do sacro e reto. Uma história de disfunção intestinal ou vesical pode ser indício de uma síndrome da cauda eqüina.

Espondilolistese em pacientes com espondilólise ístmica pode ocorrer em qualquer época depois de fraturas da pars interarticularis. A maioria dos deslizamentos ocorre durante o surto de crescimento da adolescência.

Raramente ocorrem aumentos significativos no grau de espondilolistese observado depois da maturidade esquelética.

A espondilolistese é graduada numa escala de 1 a 4, dependendo da percentagem de translação anterior de L5 com relação a S1:

- Grau 1 - deslizamento de 25%,
- Grau 2 - deslizamento de 50%,
- Grau 3 - deslizamento de 75% e
- Grau 4 - deslizamento completo.

O termo *espondiloptose* é utilizado para descrever o deslocamento completo de L5 à frente de S1.

Em pacientes assintomáticos com espondilolistese com grau 1, não há necessidade de tratamento. A história natural indica que a probabilidade de ocorrer problemas futuros é essencialmente a mesma que a da população geral.

No grau 2 em diante, há um aumento da probabilidade do paciente apresentar sintomas na parte baixa das costas, em comparação com a população geral.

Baixa idade, sexo feminino, sintomas recorrentes, estresse no grupo muscular dos isquiotibiais (se associado a anormalidades da deambulação, ou deformidade postural) são fatores associados à futura ocorrência de dor.

No adulto que está em tratamento para espondilolistese do grau 1 ou 2, devem ser descartados outros distúrbios associados (p.ex., núcleo pulposo herniado, degeneração discal e a compressão nervosa). Em geral a sintomatologia fica confinada à dor nas costas.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ESPONDILÓLISE E ESPONDILOLISTESE

Prognóstico: Favorável do ponto de vista laborativo em graus 1 e 2. Reservado em casos de evolução desfavorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 na maioria dos casos. (graus 1 e 2).

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): (graus 3 e 4). Em geral, longo quando há associação com os fatores de risco acima descritos ou para recuperação pós-operatória.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos sintomáticos (graus 3 e 4). Associar a atividade laborativa e afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga da coluna.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de complicação pós-operatória, avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em geral não se aplica. Exceção aos casos de grau 4 com mielopatia e em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

ESPONDILITE ANCILOSANTE (M45)

DESCRIÇÃO

É uma doença inflamatória que, além de comprometer várias estruturas musculoesqueléticas, tem preferência pelas articulações sacroilíacas e vertebrais. Tem nítida prevalência pelo sexo masculino (4:1 a 15:1) da segunda ou terceira décadas da vida. Até hoje a etiologia não está bem definida, parecendo existir um comportamento hereditário (33).

Além da sintomatologia dolorosa em outras partes do esqueleto, assim como da coluna vertebral na região torácica, ela compromete com freqüência as articulações costovertebrais, manúbrio esternal e as facetas articulares da coluna vertebral (34). Devido a estes comprometimentos, o paciente não só se queixa de dor nessas regiões, como também de dificuldade para a inspiração profunda nos movimentos respiratórios.

Com a progressão da doença, os movimentos da coluna vão se tornando cada vez mais limitados e poderá aparecer um aumento gradual e significativo da cifose torácica.

Em situações não tão freqüentes, o quadro clínico de paraparesia ou plegia poderá acontecer em virtude de fratura vertebral decorrente de grave substituição fibrosa do corpo vertebral.

Ainda que do ponto de vista radiográfico, imagens de comprometimento das articulações sacroilíacas (osteoporose na fase inicial e ancilose na fase tardia) são freqüentemente as primeiras detectadas no Rx simples. Calcificação do ligamento longitudinal anterior assim como dos ligamentos interespinhosos e das articulações apofisárias são imagens bem identificadas no processo evolutivo da doença.

Como de uma forma geral o curso da doença é de natureza intermitente, com períodos de atividade intercalados com períodos de "silêncio", variações clínicas e laboratoriais podem ser identificadas. Assim sendo, a velocidade de hemossedimentação é um dos poucos exames laboratoriais que podem estar alterados na fase inicial ou na de atividade da doença, assim como a presença do antígeno HLA-B27 no sangue pode ser detectada em 88% dos pacientes. Nenhum outro exame normalmente pedido para artrite reumatóide irá mostrar qualquer alteração.

Apesar da inexistência de cura para esta doença, o seu prognóstico pode ser definido como bastante favorável.

O tratamento fundamentalmente consiste em minimizar a dor e prevenir deformidades. Para a dor, o uso de agentes anti-reumáticos, como a aspirina, antiinflamatórios, e cortisona é bastante eficaz. Para prevenir as deformidades, deve ser utilizado não só o uso de medicações analgésicas que evitam contraturas antálgicas, mas também orientações de atividades físicas e de reabilitação devem fazer parte dinâmica da terapêutica aplicada.

Em estudos clínicos e observacionais bem desenhados, a dor na espondilite ancilosante pode ter uma característica especial: uma pseudociatalgia alternante. Nesta doença, um conjunto de cinco informações, prestadas pelo paciente, que inclui lombalgia de caráter insidioso, antes dos quarenta anos de idade, com duração maior do que três meses, acompanhada de rigidez matinal e melhora com a atividade física, apresenta sensibilidade de 95% e especificidade de 85% para a sua identificação.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ESPONDILITE ANCILOSANTE

Prognóstico: favorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 em casos iniciais e compatíveis com a profissão.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB), DCB prolongada ou R2: Em casos sintomáticos, na vigência de tratamento com pequeno comprometimento da coluna. Doença que isenta de carência.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo residual.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Em casos de incapacidade funcional permanente, não passíveis de REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, com pouca mobilidade da coluna por anilose ampla e em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

SACROILEÍTE (M46. 1)

DESCRIÇÃO

A sacroileíte consiste no comprometimento da articulação sacroilíaca de origem inflamatória ou infecciosa. São exemplos de sacroileítes as que ocorrem na espondilite anquilosante, na brucelose, artrite séptica e na artrite reumatóide (35).

O exame físico se inicia com a tentativa de forçar a articulação para demonstrar alguma instabilidade. Realizar os testes de Gaenslen e de Patrick.

A radiografia da articulação sacroilíaca é importante para diferenciar lesões inflamatórias das infecciosas e degenerativas. As degenerativas costumam provocar dor lombar em segurados mais jovens. Atualmente, em casos de queixas de dor lombar com comprometimento da articulação sacroilíaca, lembrar da artrite séptica em área de local de retirada de enxerto ósseo (36).

Nos estágios iniciais a radiografia em AP da pelve mostra obscurecimento das margens articulares. Nos estágios intermediários aparecem erosões, redução do espaço articular e esclerose ao longo das margens articulares. No estágio avançado, anilose completa.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA SACROILEÍTE

Prognóstico: favorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 em casos iniciais e compatíveis com a profissão.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): Em casos sintomáticos, na vigência de tratamento, e dependente da etiologia e da atividade laborativa:

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) na etiologia inflamatória: média de 60 dias.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) na etiologia infecciosa: média de 180 dias.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) prolongada na artrose avançada.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo residual.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): na vigência de artrose avançada em jovens com possibilidade cirúrgica.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Em casos de incapacidade funcional permanente, não passíveis de REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

OSTEOMIELEITE DA COLUNA VERTEBRAL (M46.2)

DESCRIÇÃO

A osteomielite aguda é uma infecção óssea causada por bactéria piogênica, geralmente secundária a bacteremia com porta de entrada à distância, como piodermites, infecções de ouvido, garganta etc. Esta infecção pode ser causada após um trauma. Classicamente a osteomielite é classificada como um processo inflamatório ósseo podendo manifestar-se sob as formas clínicas aguda, subaguda ou crônica (37). A osteomielite verdadeira da coluna vertebral causa significativa destruição do tecido ósseo.

Pode ser difícil diagnosticar osteomielite hematogena aguda da coluna e para tanto o clínico deverá ter em mente esta hipótese diagnóstica. Os sinais e sintomas dependem da gravidade da infecção, da idade e das condições clínicas gerais do paciente. O sintoma mais frequente é o de dor óssea agravada por movimentação ativa ou passiva da coluna. Manifestações sistêmicas de septicemia aguda como febre alta, calafrios, vômitos e desidratação costumam estar presentes na osteomielite aguda.

Na osteomielite sub aguda os sintomas são mais insidiosos. A osteomielite crônica é usualmente resultante da osteomielite aguda não diagnosticada, não tratada ou tratada de maneira tardia ou inadequada. O que caracteriza a cronificação do processo é a formação do seqüestro ósseo, osso desvitalizado resultante da isquemia medular (pelo aumento da pressão) e cortical (pelo levantamento periostal).

Na osteomielite da coluna pode haver colapso vertebral pelo comprometimento de toda a estrutura óssea da vértebra.

As radiografias convencionais da coluna estão normais nos estágios iniciais da osteomielite. Habitualmente a cintilografia óssea é positiva, não sendo infrequente resultados falso-negativos. A confirmação bacteriana do diagnóstico fica estabelecida pela aspiração óssea.

O diagnóstico da tomografia na osteomielite aguda tem base na detecção de gás intra-ósseo, densidade diminuída do osso infectado em associação com massas de tecidos moles e lesões destrutivas no osso. A ressonância é superior à tomografia pois é uma ferramenta sensível para detectar o edema associado com a osteomielite inicial.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA OSTEOMIELE DA COLUNA VERTEBRAL

Prognóstico: Reservado.

AValiação Inicial (AX1): T1 não se aplica. DCB prolongada.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) prolongada ou R2: Em casos sintomáticos, na vigência de tratamento com boa resposta terapêutica.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo residual.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Em casos de incapacidade funcional permanente, não passíveis de REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

DISCITE NÃO ESPECIFICADA (M46.4)

DESCRIÇÃO

Existe controvérsia quanto à etiologia das infecções do espaço discal, resultando no termo discite. Mas essa moléstia é geralmente considerada como uma osteomielite das placas terminais das vértebras, que secundariamente invade o disco sem causar uma osteomielite aguda no corpo vertebral. Habitualmente o microrganismo causador da infecção é o *S. aureus*, embora outros microrganismos sejam comuns em pacientes idosos, dependentes químicos e em imunodeprimidos (37).

Os achados físicos são característicos, e habitualmente o diagnóstico pode ser estabelecido com base apenas no exame físico. Considerando que a infecção do espaço discal habitualmente ocorre na coluna vertebral lombar, o segurado recusa-se a flexionar a coluna. Embora ele possa ser capaz de dobrar-se na cintura, não ocorre qualquer flexão na própria coluna vertebral.

Essa entidade patológica difere da osteomielite da coluna vertebral, por não apresentar quase nenhum sinal sistêmico. Habitualmente a temperatura corporal do paciente está normal, e também a leucometria no sangue periférico. Frequentemente (embora não invariavelmente) a velocidade de sedimentação dos eritrócitos está elevada.

Os achados radiográficos dependem do retardo no diagnóstico. Caracteristicamente, a moléstia causa um estreitamento do espaço discal, acompanhado de irregularidades das placas terminais das vértebras adjacentes. No início da moléstia pode ser difícil a visualização dessas ocorrências nas radiografias. Uma tomografia ajuda na demonstração das anormalidades no espaço discal e no tecido ósseo.

A cintilografia óssea tem sido um método popular de diagnóstico de infecção do espaço discal. Habitualmente essa modalidade demonstra uma área com aumento de captação no espaço discal infectado, mas algumas cintilografias serão falso-negativas. Portanto, o diagnóstico de infecção do espaço discal não deve ser excluído com base numa cintilografia óssea normal. A RM é capaz de demonstrar com precisão um espaço discal anormal e revelar a presença de anormalidade antes da cintilografia óssea e do Rx.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA DISCITE

Prognóstico: favorável com tratamento precoce.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 não se aplica.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) prolongada ou R2: Em casos sintomáticos, na vigência de tratamento com boa resposta terapêutica.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo residual.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Em casos de incapacidade funcional permanente, não passíveis de REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, com seqüelas importantes sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

ESTENOSE DA COLUNA VERTEBRAL (M48.0)

DESCRIÇÃO

A estenose cervical é o estreitamento do canal medular que, em bases anatômicas, decorre de combinações de espondilose, hérnia de disco e instabilidade, levando à compressão mecânica ou vascular e produzindo mielopatia e/ou radiculopatia. A variabilidade dos sintomas é um dos motivos

pelo qual o diagnóstico, muitas vezes, passa despercebido. Na fase inicial, o paciente pode apresentar várias queixas subjetivas e nenhuma alteração no exame físico. Geralmente chega no consultório após ter sido submetido a outras condutas e diagnósticos, como, por exemplo, pela presença de parestesias nos dedos das mãos e já ter feito uma descompressão do túnel do carpo (38, 39).

A espondilose é o principal fator etiológico da mielopatia.

O comprometimento do canal medular pode ser decorrente do prolapso discal, formação de osteófitos e hipertrofia dos ligamentos, resultando num estreitamento circunferencial que comprime a medula. O suprimento sanguíneo é diminuído pelos mesmos fatores, ficando a medula mais vulnerável às compressões.

A estenose é estática e dinâmica, ou seja, pode provocar sintomas após movimentos do pescoço pela instabilidade presente nestes casos. A medula altera seu formato conforme a posição da coluna, principalmente no seu diâmetro ântero-posterior. A compressão desta estrutura provoca alterações microcirculatórias, afetando ainda mais a função medular.

É importante reconhecer precocemente a presença da compressão medular, porque a mielopatia crônica não tem uma boa resposta com o tratamento.

Os sintomas são bastante variáveis e vagos, principalmente no início do quadro, e não são facilmente diferenciados de outras doenças. O curso é lento e progressivo. O paciente apresenta alterações na deambulação, espasticidade, diminuição das habilidades manuais, parestesias ou dormências das extremidades, urgência urinária, fraqueza nas extremidades e em todo o corpo. A dor não é tão freqüente quanto na radiculopatia.

EXAME FÍSICO

ALTERAÇÕES MOTORAS

O trato corticoespinhal está precocemente envolvido neste processo. A fraqueza nos membros inferiores é a queixa mais comum na mielopatia espondilótica. A medida que os tratos posteriores são envolvidos, a marcha começa a ser afetada. A perda da propriocepção, superimposta à perda de força muscular, resulta numa deambulação muito instável — a típica “marcha mielopática”.

ALTERAÇÕES SENSITIVAS

Ao contrário das alterações motoras, as anormalidades sensoriais são comuns nos membros superiores, a maioria relacionada ao comprometimento de raízes nervosas, com dor e parestesias conforme o nível afetado. A perda da sensibilidade à vibração e da propriocepção são indicadores do comprometimento das colunas posteriores e sugerem mau prognóstico, levando à marcha atáxica.

ALTERAÇÕES DE REFLEXOS

Na patologia radicular, os reflexos estão diminuídos.

Na patologia medular, os reflexos estão aumentados

OUTRAS ALTERAÇÕES

Raramente grandes osteófitos podem ocasionar disfagia por compressão esofágica. As alterações da cadeia simpática podem levar a sintomas vários e vagos: diplopia, tonturas, zumbidos e sensação de separação do meio ambiente. Mãos dormentes e com perda da motricidade fina são típicas da mielopatia cervical alta.

AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA

A média do diâmetro sagital normal do canal entre C3 e C7 é de 17 mm. Na mielopatia cervical espondilótica, está diminuído para menos de 13 mm. Torg (38) desenvolveu uma relação entre o diâmetro do canal, o chamado espaço disponível para a medula (EDM), que normalmente mede 17 mm (± 5 mm), e o diâmetro do corpo vertebral medidos na radiografia em perfil.

Na flexão e na extensão, ocorrem importantes modificações no diâmetro do canal, levando às alterações do formato e da vascularização das estruturas neurológicas. Estas são responsáveis pelas manifestações clínicas da mielopatia. As modificações ocorrem por várias razões: o aumento do abaulamento posterior do disco intervertebral, pelo deslocamento posterior do corpo vertebral superior (translação) e pelo pregueamento interno do ligamento amarelo. Numa fase inicial, a medula sofre compressão em extensão, enquanto que, na flexão, o canal vertebral aumenta seu diâmetro. Por isso os sintomas de mielopatia inicial aparecem com a extensão cervical.

Quando existe inversão da lordose associada à estenose de canal, acontece o contrário: na flexão ocorre maior compressão porque aumenta a tração na medula e sobre a região da angulação cifótica.

As alterações radiológicas estão presentes em 25 a 50% da população acima de 50 anos e aumentam para 75 a 85% na população acima de 65 anos de idade, mas não obrigatoriamente desenvolverão quadro clínico de mielopatia. Os níveis de maior envolvimento são, em primeiro lugar, C5-C6, seguido de C6-C7 e C4-C5. Os osteófitos posteriores são mais freqüentes entre C6-C7.

As manifestações neurológicas nos membros superiores raramente coincidem com os níveis de maior compressão mostrados na mielotomografia e na ressonância magnética (RM). Mesmo em pacientes com comprometimento discal baixo, podem haver manifestações neurológicas de mielopatia mais acima. Isso ocorre porque, na gênese da mielopatia, existe mais do que uma simples compressão. A desmielinização, a atrofia medular, o espessamento da membrana dural e as alterações vasculares também estão presentes.

A tomografia computadorizada (TC) tem alta resolução para o estudo das estruturas ósseas do canal e dos forâmens. Além das alterações degenerativas osteoarticulares, a RM pode avaliar o estágio da mielopatia e, com isso, alguns achados nas imagens podem estar relacionados às alterações histopatológicas da medula, podendo fornecer um prognóstico de resultado do tratamento cirúrgico. Na mielopatia inicial, verificamos apenas o edema medular. Num estado mais acentuado de compressão, há perda neuronal e desmielinização e, na compressão acentuada, necrose e cavitação.

Não há sintomas nem sinais patognomônicos preditivos da progressão desta patologia. O início dos sintomas é insidioso e o curso da doença é marcado por pioras episódicas. Os sintomas são geralmente inalterados entre os períodos de piora. Quanto mais longa é a história dos sinais e sintomas, pior é o prognóstico. Casos com progressão rápida têm indicação cirúrgica precoce, pois apresentam melhores chances de recuperação, ainda que parcial. Quanto mais longa a evolução, menor a chance de recuperação. Infelizmente, pela história natural, não somos capazes de identificar o paciente com risco de rápida progressão.

ESTENOSE DO CANAL LOMBAR

DESCRIÇÃO

A estenose do canal é o estreitamento do canal medular (estenose central), do recesso lateral (estenose do recesso lateral) ou do forame intervertebral (estenose foraminal), que produz compressão de estruturas nervosas (39).

Estes achados são bastante comuns em pessoas assintomáticas.

A associação da estenose com alterações biomecânicas, principalmente a instabilidade da coluna, levando a compressões dinâmicas, provoca sintomas clínicos como alteração da marcha, dor

radicular, diminuição da sensibilidade, déficit motor e claudicação neurológica. Distúrbios esfinterianos são mais raros de acontecer pela estenose degenerativa.

As raízes mais inferiores, sacrais, estão anatomicamente colocadas na parte central do saco dural, mais protegidas. Elas podem estar envolvidas se a estenose é mais grave e um dos sinais deste problema é quando o paciente masculino relata que só consegue urinar sentado.

A causa mais comum é a degenerativa. Ela ocorre em praticamente toda a população adulta como resultado do processo normal de envelhecimento.

As articulações facetárias sofrem sinovite inicial, que evolui para destruição da cartilagem levando a movimentos anormais. Esta mobilidade provoca maior degeneração, comprometendo, também, o disco intervertebral. Ocorre formação de osteófitos, uma tentativa de estabilizar este segmento mas que, ao mesmo tempo, provoca estenose. A persistência da instabilidade manifesta-se por espondilolises, escolioses degenerativas e retrolises.

A formação de osteófito na faceta articular superior provoca estenose no forame intervertebral e, na inferior, estenose central ou medular. A diminuição da altura do disco, pela degeneração do mesmo, diminui mais ainda o forame intervertebral, predispõe à formação de prolapsos e hérnias. O disco, degenerado, sobrecarrega mais a articulação, que reage com maior formação osteofitária. Este complexo processo é chamado de “cascata degenerativa”.

A melhora dos sintomas está relacionada com mudanças de postura. Biomecanicamente, o canal medular lombar, bem como o espaço para as raízes, pode ser aumentado inclinando o corpo para a frente. Esta postura alterada é notada pelos familiares e pode ser o motivo da consulta ao ortopedista.

O estreitamento do canal também pode ter múltiplas causas, dentre as quais tumores, artrite reumatóide, doença de Paget, espondilite anquilosante.

O diagnóstico acurado da estenose da coluna depende de uma anamnese e exame físico cuidadoso, complementados com estudos de imagem relativos a suspeita clínica.

O exame neurológico pode ser normal, mas a história clínica é bem característica. São pacientes em idade média ou idosos, com início insidioso dos sintomas. A dor lombar é comum nos antecedentes pessoais.

O sintoma mais característico e, erroneamente, utilizado como sinônimo de estenose, é a claudicação neurológica que consiste em dor nos membros inferiores, parestesias ou fraquezas associadas com o caminhar ou ficar em pé, que aliviam sentando, inclinando-se para a frente ou deitando. O aparecimento da dor conforme a postura do paciente mostra sua origem mecânica (compressiva). A dor nas pernas, ao caminhar, fica mais intensa se o paciente desce uma rua inclinada, porque isto aumenta a lordose lombar e estreita ainda mais o canal. As vezes o paciente relata que gosta de ir ao supermercado e andar apoiando-se num carrinho de compras.

A estenose torna-se sintomática após a sexta década de vida.

Geralmente compromete os níveis L3/L4 e L4/L5. A claudicação pode ser acompanhada com dormência, calor nas pernas ou sensação de agulhadas. Com a evolução da doença, o paciente não obtém alívio com mudanças posturais ou repouso e pode aparecer incontinência de esfíncter.

EXAME FÍSICO

O exame físico deve ser realizado com o paciente caminhando, de pé e em decúbitos. Inspecciona-se à procura de desvios de eixo como escolioses, cifoses e anormalidades da pele. Normalmente ele assume uma discreta postura cifótica, fletida, porque assim há alívio da compressão neural. Se o paciente deambular, progressivamente vai diminuindo a lordose lombar e ficando mais encurvado. A amplitude de movimentos da coluna é limitada também pela espondiloartrose. Palpa-se a região lombar à procura de degraus entre os processos espinhosos, uma evidência clínica da espondilolise. Os achados neurológicos são poucos, diferentemente de um caso de hérnia de disco. Se houver alteração de sensibilidade, reflexos ou de força, devemos suspeitar de algum comprometimento radicular por associação da estenose com algum fator comprimindo raiz nervosa, como uma hérnia de disco.

A presença de espasticidade, hiperreflexia e clônus sugere a concomitância de mielopatia, e a coluna cervical e torácica devem ser investigadas.

Devemos avaliar as articulações coxofemorais: a artrose também altera a marcha e provoca dor semelhante à da estenose. O exame circulatório (pulsos periféricos) deve ser feito para descartar doenças vasculares periféricas.

Patologicamente a estenose decorre do desgaste ou artrose estática junto com um componente dinâmico. As alterações fixas são causadas pelo estreitamento do canal ou forame, tanto de forma adquirida quanto congênita. Os fatores dinâmicos incluem a diminuição do canal na extensão (lordose lombar), obstrução do fluxo circulatório venoso radicular, que ocorre ao caminhar ou em exercícios, entre outros. Este é um dos motivos pelo qual encontramos poucos sinais de estenose quando o paciente está deitado no consultório.

O raio X da coluna lombar deve ser acompanhado de radiografia da bacia. As incidências lombares são: ântero-posterior, perfil, oblíquas e, para análise do alinhamento das vértebras e sua estabilidade, solicitamos o perfil em flexão e extensão. A tomografia é solicitada porque mostra claramente a forma e as dimensões do canal ósseo. Se for complementada com a mielografia e a mielotomografia, teremos melhor estudo por imagem, por permitirem um estudo dinâmico em flexoextensão do canal.

A estenose do canal, juntamente com a hérnia de disco, são os motivos mais freqüentes de cirurgia na coluna lombar.

Quando a estenose é leve a moderada, o tratamento conservador é indicado antes dos procedimentos cirúrgicos, pois estes casos têm evolução favorável. Se a estenose é severa o tratamento conservador pode não surtir efeito. As atividades diárias ficam prejudicadas e a doença progride até quando nem mesmo o repouso leva ao alívio dos sintomas.

O tratamento concomitante da osteoporose, que com freqüência está associada aos quadros de estenose, tem trazido bons resultados no alívio das dores.

A descompressão cirúrgica é um procedimento com bons resultados.

As complicações clínicas mais freqüentes nos pós-operatórios, são os problemas cardiorespiratórios, a infecção urinária, e os fenômenos tromboembólicos. Das complicações tardias, a mais freqüente é a pseudo-artrose e a recidiva da estenose.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA ESTENOSE DE CANAL VERTEBRAL

Prognóstico: favorável.

AValiação Inicial (AX1): T1 pois na maioria dos casos são achados radiológicos.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): Em geral, longo nos casos de mielopatia ou radiculopatia ou para recuperação pós-operatória.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos sintomáticos; afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga da coluna.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de complicação pós-operatória, avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

TUBERCULOSE VERTEBRAL (M49.0)

DESCRIÇÃO

A tuberculose vertebral (Mal de Pott) é um processo infeccioso devido à presença do bacilo de Koch. Não existe preferência por sexo e é mais frequente na coluna toraco-lombar. Embora possam estar presentes os sinais constitucionais da tuberculose (ou seja, febre, mal estar, ou perda de peso), é rara a ocorrência de uma tuberculose pulmonar ativa (40-42).

A dor vertebral é o sintoma inicial e sempre presente, com piora aos movimentos do tronco, porém nem sempre de grave intensidade, o que possibilita a deambulação do paciente com alguma facilidade.

Devemos levar em consideração a tuberculose e suas complicações em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Devemos também considerar infecção micobacteriana atípica no quadro de comprometimento imune, especialmente AIDS.

Os exames laboratoriais nem sempre são expressivos, podendo haver aumento da velocidade de hemossedimentação e inversão da relação linfócito-monócito. A intradermorreação de Mantoux quando positiva, pode ser de auxílio diagnóstico. A presença de quadro neurológico não é rara e freqüentemente deve-se à presença de abscesso ou mesmo pela deformidade decorrente da grave destruição de corpos vertebrais.

Nas imagens radiográficas os raios X simples da coluna torácica podem mostrar a presença de abscesso, que quando de forma fusiforme é conhecido como “síndrome aneurismática”. As alterações radiográficas dos corpos vertebrais estão relacionadas aos mais variados graus de destruição óssea, dependendo do estágio da doença, chegando até mesmo ao colapso vertebral por desaparecimento total de um ou mais corpos vertebrais. Nesta situação, uma deformidade cifótica estará presente nesta região.

A Tomografia e a RM poderão fornecer informações importantes, respectivamente quanto aos detalhes das estruturas ósseas comprometidas e de compressões nervosas decorrentes do comprometimento do canal vertebral.

O diagnóstico em geral é clínico-radiográfico, mas a punção biopsia percutânea ou cirúrgica poderá fornecer o diagnóstico anatomopatológico definitivo. O diagnóstico diferencial será com a infecção inespecífica ou neoplasias.

A complicação mais temida quando esta patologia vertebral for diagnosticada é a paraplegia devido à compressão crônica da medula, assim como o envolvimento da dura-máter pelo processo infeccioso. Nesses casos, mesmo com o procedimento cirúrgico de liberação medular, o dano neurológico costuma ser irreversível.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA TUBERCULOSE VERTEBRAL

Prognóstico: Reservado. Doença que isenta de carência.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 não se aplica.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): 6 meses para verificar a conduta definitiva.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em casos sintomáticos, na vigência de tratamento com pequeno comprometimento da coluna.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo residual.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Em casos de incapacidade funcional permanente, não passíveis de REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

TRANSTORNO DO DISCO CERVICAL COM MIELOPATIA (M50.0)

DESCRIÇÃO

A mielopatia cervical secundária a uma degeneração crônica de disco acompanhada de formação de osteófitos posteriores, é a causa mais comum de disfunção da medula espinhal em segurados com mais de 55 anos de idade (43). O segurado pode exibir deambulação com o corpo inclinado, com base ampla, e um pouco espástica; pode também queixar-se de fraqueza nas mãos.

Com freqüência o exame clínico revela sinais de envolvimento do neurônio motor superior nos membros inferiores e de envolvimento do neurônio motor inferior nos membros superiores. Em outras palavras, as extremidades inferiores estão espásticas, com aumento dos reflexos dos tendões profundos e um teste de Babinski positivo ou tendente para a positividade. As extremidades superiores exibem enfraquecimento e atrofia, mas sem espasticidade.

Foram propostos diversos mecanismos para descrever a fisiopatologia da mielopatia cervical. Uma compressão anterior da medula espinhal resulta da presença de osteófitos posteriores. Uma compressão posterior pode ser decorrente do pregueamento do ligamento amarelo, sobretudo em extensão. Foi identificado envolvimento nutricional e vascular, em que ocorre redução da irrigação sanguínea através das artérias espinhais. Isso resulta em alterações isquêmicas na medula espinhal.

Radiografias convencionais da coluna vertebral fornecem indícios acerca do nível ou níveis da moléstia espinhal que pode ser responsável pela síndrome radicular em casos de espondilose cervical. Os estudos devem incluir as incidências em AP, oblíquas bilaterais, laterais, do processo odontóide com a boca aberta e laterais em flexão e extensão. O médico deve procurar por evidências de invasão de forame, alinhamento vertebral defeituoso, esclerose, subluxação de articulação das facetas, protrusões de osteófitos e ossificação do ligamento longitudinal posterior. Uma avaliação mais aprofundada poderá incluir uma RM, mielografia e se possível a discografia. Estes procedimentos não são provas infalíveis de existência de um sintoma anormal. O exame clínico e radiografias convencionais combinados têm precisão de 61%.

Estudos eletrodiagnósticos são extremamente úteis para o estabelecimento do diagnóstico, particularmente por documentarem a distribuição do envolvimento.

Diversos fatores devem ser considerados na degeneração do disco intervertebral cervical, como: estresse físico, anormalidades bioquímicas, defeitos genéticos, efeitos psicofisiológicos e processos auto-imunes.

O tratamento conservador de pacientes com dor no pescoço envolve repouso e uso de dispositivo para imobilizar a região. Frequentemente um colar cervical almofadado é adequado para proporcionar um apoio suave. Não são bem tolerados os colares cervicais rígidos.

O tratamento cirúrgico para a radiculopatia habitualmente ficará indicado caso haja fracasso de um tratamento conservador bem conduzido, ou se estiver ocorrendo piora neurológica progressiva acompanhada de radiculopatia.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NO TRANSTORNO DO DISCO CERVICAL COM MIELOPATIA

Prognóstico: reservado

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 não se aplica.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): Em geral, longo nos casos de complicação ou recuperação pós-operatória.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos sintomáticos; afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga da coluna.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de complicação, avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

TRANSTORNO DO DISCO CERVICAL COM RADICULOPATIA (M50.1)

DESCRIÇÃO

Problemas degenerativos da coluna vertebral cervical geralmente ocorrem na metade da vida, ou ainda mais tardiamente. A degeneração de disco intervertebral cervical pode levar à radiculopatia ou mielopatia. Embora uma hérnia aguda de disco cause sintomas que se parecem com os de uma hérnia de disco lombar (i.e., radiculopatia, dor, e deficiências sensitivas e motoras), o quadro clínico resultante de uma degeneração crônica de disco intervertebral cervical pode causar confusão (43). Diversas denominações são comumente utilizadas na descrição da coluna vertebral cervical degenerativa. O nome mais apropriado é espondilose cervical; outros sinônimos são osteoartrite, osteoartrose, disco cronicamente herniado e formação de esporão.

O surgimento da dor na radiculopatia cervical é insidioso com ou sem história de traumatismo. A localização da dor varia com a raiz nervosa envolvida. Podem ocorrer dor referida e sensibilidade na região interescapular, através do ramo dorsal de C6, ou cefaléia suboccipital secundária ao envolvimento do grande nervo occipital. A dor da radiculopatia cervical pode ser descrita como vaga, renitente, incômoda, podendo estar relacionada ou não a espirros e tosse.

A radiculopatia consiste na ocorrência de dor na distribuição de uma raiz nervosa, podendo estar associada à presença ou ausência de dor cervical, deficiência sensitiva ou motora.

Na população em geral, após 55 anos de idade as pessoas apresentam evidência radiográfica de degeneração cervical. A degeneração dos discos cervicais está associada ao processo de envelhecimento. Discopatia é um processo degenerativo que pode causar dor. O nível mais frequentemente envolvido é C5-C6, seguido por C6-C7, e C4-C5.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NO TRANSTORNO DO DISCO CERVICAL COM RADICULOPATIA

Prognóstico: favorável, com restrição em função da idade avançada.

AValiação Inicial (AX1): T1 na ausência de achados clínicos que comprometam a atividade laborativa.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): De 60 a 90 dias. Em casos sintomáticos, na vigência de tratamento com boa resposta terapêutica. DCB longa em casos cirúrgicos.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): : Em situações de complicação, avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

TRANSTORNOS DE DISCOS LOMBARES E DE OUTROS DISCOS COM RADICULOPATIA (M51.1)

DESCRIÇÃO

A causa mais comum de radiculopatia lombar em pacientes com menos de 40 anos de idade é um núcleo pulposo herniado. O núcleo pulposo pode salientar-se para o interior do canal. Lacerações das fibras do anel fibroso podem permitir que o disco sofra extrusão através do anel e fique livre no canal espinhal ou nos forames nervosos. A compressão de uma raiz nervosa pode causar inflamação fazendo com que o paciente tenha sintomas subjetivos de dor, dormência, ou formigamento ao longo de sua distribuição (43).

As raízes nervosas mais comumente afetadas são L5 e S1. Na coluna vertebral lombar, a raiz nervosa L5 sai antes do espaço discal L5 a S1, abaixo do pedículo de L5 (recebe portanto o nome da vértebra da qual se exterioriza).

Habitualmente a hérnia do disco de L5 a S1 causa irritação da raiz nervosa S1. Hérnias ocorrem menos freqüentemente nos níveis mais elevados. A dor associada a um núcleo pulposo herniado varia desde uma dor leve ao longo da distribuição do nervo, até uma dor intensa e incapacitante.

Na hérnia de disco, quando se realiza um esforço de flexão durante o dia, o material nuclear é impelido para trás, em sentido antero-posterior, através das fibras do anel fibroso, mas por ele ainda é contido. Neste momento pode ainda não aparecer dor. No entanto, durante a noite, em razão de uma maior embebição aquosa do núcleo e conseqüente elevação da pressão intradiscal, as fibras do anel se rompem, dando então início, durante as primeiras horas do dia, à sintomatologia de quadro doloroso agudo, intenso, com irradiação da dor para um ou outro membro inferior e com manobras semióticas positivas de compressão radicular. A dor se exacerba com os esforços.

EXAME FÍSICO

O exame físico do paciente com um núcleo pulposo herniado geralmente revela uma limitação da amplitude de movimentos, em que a flexão para a frente aumenta a dor. O segurado pode inclinar-se para um dos lados.

Os exames sensitivo e motor podem revelar evidência de compressão de raiz nervosa em que ocorre diminuição da sensação e/ou fraqueza muscular e atenuação dos reflexos na região do nervo afetado.

A circunferência das extremidades deve ser medida, para que seja detectada qualquer evidência de atrofia.

A irritação aguda de raiz nervosa fica evidenciada por sinais de estresse passivo e pelos testes de elevação da perna estirada e elevação da perna estirada contralateral. Este último é o sinal mais específico de um volumoso núcleo pulposo herniado.

A história natural da radiculopatia lombar aguda é de que metade dos casos são resolvidos dentro de 4 semanas. Assim, em princípio não há indicação para estudos diagnósticos. O paciente deverá ser tratado por breve período de repouso na cama (1 a 2 dias), limitação ou modificação das atividades, e em alguns casos, medicamentos antiinflamatórios (aspirina ou medicação antiinflamatória não esteróide). Injeções epidurais de esteróides podem proporcionar alívio a curto prazo para pacientes com núcleo pulposo herniado. As modalidades terapêuticas defendidas no passado (tração, manipulação espinhal, coletes ou cintas, e fisioterapia) têm pouco valor científico.

Ao desaparecerem os sintomas no adulto, é importante fazer com que o paciente ingresse num programa de reabilitação física para que sejam evitados episódios recorrentes de dor nas costas e incapacidade. Os pacientes devem ser incentivados a aumentar o nível de atividade e a começar um programa de condicionamento e aptidão física.

Considerando ser incomum que um núcleo pulposo herniado agudo cause ciática bilateral, a presença de sinais neurológicos bilaterais nas extremidades inferiores devem alertar o médico para a possibilidade de uma hérnia de disco central ou, raramente, alguma patologia intra-espinhal diferente da hérnia de disco. A presença de dor nas costas, ciática, e disfunção intestinal ou urinária associada a fraqueza muscular, é conhecida como **síndrome da cauda eqüina**, sendo em geral causada pela compressão extrínseca do saco tecal na área da cauda eqüina. Esta síndrome trata-se de uma urgência e exige intervenção cirúrgica imediata.

Em pacientes com sintomatologia persistente a despeito do tratamento não cirúrgico ou na presença de deficiência neurológica progressiva, freqüentemente há necessidade de um aprofundamento da avaliação neurológica e raramente as radiografias lombossacrais convencionais fornecem esta informação.

Com o envelhecimento ocorrem alterações degenerativas normais na coluna vertebral lombar, que freqüentemente confundem o quadro diagnóstico. Alterações de degeneração da coluna vertebral são observadas em até 70% das radiografias. Essas alterações radiográficas têm pouco efeito nos resultados do tratamento. Mas radiografias convencionais podem ser obtidas para que seja descartada a possibilidade de outras patologias, p.ex. infecção ou tumor.

O teste ideal para confirmação do diagnóstico de um núcleo pulposo herniado é a RM, que é tanto sensível como específica. A tomografia pode funcionar como uma alternativa, caso não haja possibilidade de realizar a RM. Discrepâncias entre os achados radiográficos e o quadro clínico do paciente exigem uma investigação mais aprofundada.

Em face da existência de uma deficiência neurológica estática, não há evidência sugerindo que a intervenção cirúrgica ofereça qualquer melhora quanto a modificação do enfraquecimento muscular ou da deficiência sensitiva, em comparação com a continuação do tratamento não cirúrgico. Mas a curto prazo, quase todos os pacientes portadores de radiculopatia lombar aguda tratados por cirurgia deixarão de sentir dor num lapso de tempo relativamente mais curto. Uma excisão cirúrgica limitada do disco tem um percentual de êxito de 90% em pacientes apresentando boa correlação entre a história, exame físico, e estudos diagnósticos.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA LOMBALGIA E LOMBOCIATALGIA

Prognóstico: favorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 na grande maioria.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): De 30 a 60 dias, em casos sintomáticos, na vigência de tratamento sem boa resposta terapêutica.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Não se aplica.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Não se aplica.

LUMBAGO COM CIÁTICA (M54.4)

DOR LOMBAR BAIXA (M54.5)

DESCRIÇÃO

A dor lombar constitui uma causa freqüente de morbidade e incapacidade, sendo sobrepujada apenas pela cefaléia na escala dos distúrbios dolorosos que afetam o ser humano. No entanto, quando do atendimento primário por médicos não-especialistas, para apenas 15% das lombalgias e lombociatalgias, se encontra uma causa específica (34, 43).

As dificuldades do estudo e da abordagem das lombalgias e lombociatalgias decorrem de vários fatores, dentre os quais, podem ser mencionados a inexistência de uma fidedigna correlação entre os achados clínicos e os de imagem, fazendo da caracterização etiológica da síndrome dolorosa lombar um processo eminentemente clínico, onde os exames complementares devem ser solicitados apenas para confirmação da hipótese diagnóstica.

Inúmeras circunstâncias verificadas através de estudos clínicos e observacionais bem desenhados contribuem para o desencadeamento e cronificação das síndromes dolorosas lombares (algumas sem uma nítida comprovação de relação causal) tais como: psicossociais, insatisfação laboral, obesidade, hábito de fumar, grau de escolaridade, realização de trabalhos pesados, sedentarismo, síndromes depressivas, litígios trabalhistas, fatores genéticos e antropológicos, hábitos posturais, alterações climáticas, modificações de pressão atmosférica e temperatura. Condições emocionais podem levar à dor lombar ou agravar as queixas resultantes de outras causas orgânicas preexistentes.

Inúmeros estudos clínicos e observacionais bem desenhados referem que a dor psicossomática pode ser detectada em pacientes que apresentem sensibilidade dolorosa superficial ou de distribuição não-anatômica, com queixa de dor vaga, imprecisa, um dia num lugar, outro dia em outro, com irradiação bizarra para peito, coluna dorsal, abdome e dramatização do quadro clínico.

Os elementos da anamnese e sua fisiopatologia norteiam o raciocínio diagnóstico quanto à intensidade, horário de aparecimento e outras características da dor.

Na lombalgia mecânica comum (a forma mais prevalente), na maioria dos casos, se limita à região lombar e nádegas. Raramente se irradia para as coxas. Pode aparecer subitamente pela manhã e apresentar-se acompanhada de escoliose antálgica. O episódio doloroso tem duração média de três a quatro dias. Após esse tempo, o segurado volta à completa normalidade, com ou sem tratamento.

Dor com o movimento corpo ao longo do dia, ou desencadeada por longos períodos de permanência em pé, pode ser devido à alterações mecânicas ou degenerativas.

Fundamentais para o raciocínio diagnóstico são as manobras de Valsalva, Laségue e Romberg.

Com o envelhecimento ocorrem alterações degenerativas normais na coluna vertebral lombar, que freqüentemente confundem o quadro diagnóstico. Alterações de degeneração da coluna vertebral são observadas em até 70% das radiografias. Essas alterações radiográficas não tem muito significado clínico, apesar da sua supervalorização pelo segurado.

A tomografia computadorizada e a ressonância magnética têm indicação nas lombalgias e ciatalgias agudas que tenham evolução atípica e nas de evolução insatisfatória, cuja causa não foi determinada após seis semanas de tratamento clínico.

Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises demonstram que o repouso é eficaz tanto nas lombalgias, como nas lombociatalgias e ciáticas. Ele não pode ser muito prolongado, pois a inatividade tem também a sua ação deletéria sobre o aparelho locomotor. Assim que a atividade e a deambulação forem possíveis, o tempo de repouso pode ser encurtado e o paciente deve ser estimulado a retornar às suas atividades habituais, o mais rapidamente possível. Este aconselhamento resulta em retorno mais rápido ao trabalho, menor limitação funcional a longo prazo e menor taxa de recorrência.

O repouso em média, deve ser de três a quatro dias e, no máximo, de cinco a seis dias.

Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises demonstram que o tratamento cirúrgico da hérnia discal está indicado nos casos com déficit neurológico grave agudo (menos de 3 semanas), com ou sem dor; na lombociatalgia hiperálgica e, nas outras de menor intensidade, apenas para os pacientes que não melhoram após 90 dias de adequado tratamento clínico. Na síndrome da cauda equina (alteração de esfíncter, potência sexual e paresia dos membros inferiores) a cirurgia está

indicada em caráter emergencial, como também, nas lombalgias infecciosas (espondilodiscites) com evolução desfavorável.

Os meios físicos de tratamento fisioterápico (frio e calor nas diversas modalidades) são meros coadjuvantes no processo de reabilitação. Não atuam sobre as causas e sobre a história natural das síndromes dolorosas lombares. Os exercícios aeróbicos e de fortalecimento da musculatura paravertebral são comprovadamente eficazes.

A educação e o esclarecimento dos pacientes são fundamentais para a sua reabilitação. Estudos de meta-análise demonstram evidências de que as “Escolas de Coluna” têm a curto prazo melhores resultados que as outras formas de tratamento.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA LOMBALGIA E LOMBOCIATALGIA

Prognóstico: favorável.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 na grande maioria das lombalgias em função do seu rápido restabelecimento.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): De 30 a 60 dias nas lombociatalgias. Nas hérnias discais mais volumosas e em tratamento conservador até 90 dias. Para recuperação pós-operatória, até 180 dias.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos incompatíveis com a profissão e com potencial laborativo.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): : Em situações de complicação, avaliar caso a caso.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

HISTÓRIA CLÍNICA PARA O ESTUDO DE PATOLOGIAS DA COLUNA

Apresentamos a seguir uma história clínica pictórica, cujo objetivo é conduzir as discussões sobre as patologias de coluna descritas acima. A partir da história abaixo, dependendo do que o perito Médico encontrar ou no exame físico ou maiores detalhes na préReabilitação Profissional a história, poderá direcionar sua hipótese diagnóstica para uma ou outra patologia de coluna.

MJF, 52 anos, afrodescendente, masculino, metalúrgico em fábrica de implementos agrícolas, em turno noturno, compareceu ao INSS com queixa de ter acordado pela manhã, há 5 dias, com forte dor na coluna lombar que se irradiava para o membro inferior direito. Referiu que este foi seu terceiro episódio em 6 meses. Foi atendido no ambulatório da empresa no início de seu turno e medicado com voltaren® e dipirona gotas e encaminhado ao seu posto de trabalho. Como não conseguiu exercer sua atividade, teve que ser dispensado pelo chefe do turno com recomendação de retorno ao ambulatório no dia seguinte.

Avaliado pelo serviço médico foi medicado com Arcoxia®, dolamin® e liberado para o trabalho. No início do turno noturno, em função de aumento da dor, não conseguiu realizar suas atividades e foi novamente dispensado.

Procurou no dia seguinte o ambulatório do SUS, sendo atendido pelo clínico geral que o encaminhou para ortopedista, que ficou marcado para 90 dias.

Piorou progressivamente, mesmo com a medicação prescrita pelo médico do trabalho. Sua esposa procurou o sindicato, cujo médico emitiu uma CAT após visita domiciliar ao segurado que não conseguia sair do seu leito.

No dia seguinte, mesmo com dificuldade na deambulação, procurou o INSS portando a CAT.

1. Pensar em espondilólise e espondilolistese se:

Segurado referir dor e sintomas de claudicação (dor e câibras nas panturrilhas e costas, provocadas ao andar e aliviadas na posição sentada numa postura espinhal flexionada).

Radiografia com defeito na pars interarticularis (mais comum em L5-S1) com deslocamento anterior de uma vértebra, com relação à vértebra situada caudalmente.

2. Pensar em espondilite anquilosante com 95% de certeza se segurado informar cinco queixas:

- ✓ lombalgia de caráter insidioso,
- ✓ antes dos quarenta anos de idade,
- ✓ com duração maior do que três meses,
- ✓ acompanhada de rigidez matinal,
- ✓ melhora com a atividade física.

Raio X simples na fase inicial da patologia com comprometimento das articulações sacroilíacas (osteoporose na fase inicial e anilose na fase tardia).

No processo evolutivo da doença, calcificação do ligamento longitudinal anterior, dos ligamentos interespinhosos e das articulações apofisárias.

3. Pensar em sacroileíte se:

Exame físico

- ✓ Teste de Gaenslen positivo

Nos estágios iniciais a radiografia em AP da pelve mostra obscurecimento das margens articulares. Nos estágios intermediários aparecem erosões, redução do espaço articular e esclerose ao longo das margens articulares. No estágio avançado, anilose completa.

4. Pensar em osteomielite da coluna vertebral se:

Segurado com febre alta, mal estar geral, queixa de dor óssea agravada por movimentação ativa ou passiva da coluna.

Exames laboratoriais com VHS aumentada, hemograma com desvio a esquerda.

Radiografias convencionais da coluna normais nos estágios iniciais da doença.

Tomografia na osteomielite aguda com gás intra-ósseo, densidade diminuída do osso infectado em associação com massas de tecidos moles e lesões destrutivas no osso.

Ressonância magnética com edema associado com a osteomielite inicial.

5. Pensar em discite se:

Segurado queixar-se de incapacidade para flexionar a coluna. Embora ele possa ser capaz de dobrar-se na cintura, não ocorre qualquer flexão na própria coluna vertebral.

Exames laboratoriais podem estar normais.

Exames complementares com estreitamento do espaço discal, acompanhado de irregularidades das placas terminais das vértebras adjacentes.

Cintilografia óssea com área com aumento de captação no espaço discal infectado, apesar de que algumas cintilografias são falso-negativas. O diagnóstico de infecção do espaço discal não deve ser excluído com base numa cintilografia óssea normal.

A ressonância magnética demonstrando espaço discal anormal e revelando a presença de anormalidade antes da cintilografia óssea e do Rx.

6. Pensar em estenose do canal lombar se:

Segurado com idade média ou idosos,

Início insidioso dos sintomas e história prévia de dor lombar.

Queixas de dor nos membros inferiores, parestesias ou fraquezas associadas com o caminhar ou ficar em pé, dor que melhora com o segurado sentando, inclinando-se para a frente ou deitando. (Claudicação neurológica)

Dor nas pernas ao caminhar, mais intensa se o segurado desce uma rua inclinada, porque isto aumenta a lordose lombar e estreita ainda mais o canal. As vezes relata que gosta de ir ao supermercado e andar apoiando-se num carrinho de compras.

Exame físico com:

- ✓ Discreta postura cifótica, fletida, porque assim há alívio da compressão neural.
- ✓ Presença de espasticidade, hiperreflexia e clônus sugere a concomitância de mielopatia, e a coluna cervical e torácica devem ser investigadas.

Tomografia mostrando a forma e as dimensões do canal ósseo.

Mielografia e a mielotomografia permitem estudo dinâmico em flexoextensão do canal.

7. Pensar em tuberculose vertebral se:

Segurado com quadro de comprometimento do sistema imunológico.

Referência de dor vertebral como sintoma inicial e sempre presente, que piora com movimentos do tronco, mas com deambulação com alguma facilidade.

Hemograma pode estar alterado. Teste de Mantoux positivo.

Radiografia com variados graus de destruição óssea, dependendo do estágio da doença, chegando até mesmo ao colapso vertebral por desaparecimento total de um ou mais corpos vertebrais com cifose.

Tomografia fornece informações quanto as estruturas ósseas comprometidas.

Ressonância magnética fornece informações sobre compressões nervosas decorrentes do comprometimento do canal vertebral.

8. Pensar em transtorno do disco cervical com mielopatia e sintomas com irradiação para região lombar se:

Segurados com mais de 55 anos de idade, deambulação com o corpo inclinado e base ampla.

Exame clínico com:

- ✓ Sinais de envolvimento do neurônio motor superior nos membros inferiores e de envolvimento do neurônio motor inferior nos membros superiores. (extremidades inferiores espásticas, com aumento dos reflexos dos tendões profundos e teste de Babinski positivo; extremidades superiores com enfraquecimento e atrofia, mas sem espasticidade).

Estudos eletrodiagnósticos documentando a distribuição do envolvimento.

Ressonância magnética com alterações.

9. Pensar em lombalgia e cialgia e transtorno de disco lombar se:

Segurado referir dor de duração média de três a quatro dias limitada à região lombar e nádegas que aparece subitamente pela manhã.

Dor nas primeiras horas do dia aguda, intensa, que se exacerba com os esforços, com irradiação para um ou outro membro inferior e com manobras semióticas positivas de compressão radicular e que melhora ao deitar.

Sintomas subjetivos de dor, dormência ou formigamento ao longo da raiz nervosa específica (+ comumente afetadas são L5 e S1)

Exame físico com:

- ✓ Escoliose antálgica.
- ✓ Flexão para a frente aumenta a dor.
- ✓ Hipotrofia da musculatura de membro(s) inferior(res).
- ✓ Exames sensitivo e motor com diminuição da sensação e/ou fraqueza muscular e atenuação dos reflexos na região do nervo afetado.
- ✓ Limitação da amplitude de movimentos, em que a flexão para a frente aumenta a dor. Exames sensitivo e motor com diminuição da sensação e/ou fraqueza muscular e atenuação dos reflexos na região do nervo afetado.
- ✓ Testes de Valsalva, Laségue e Romberg alterados.

Ressonância magnética para confirmação do diagnóstico de um núcleo pulposo herniado.

SINOVITES, TENOSSINOVITES E EPICONDILITES

Nesta sessão, serão apresentadas as seguintes patologias incapacitantes dos membros superiores com relevância na prática médico-pericial da Previdência Social:

M 65 – Sinovites e tenossinovites:

M 65.3 – Dedo em gatilho

M 65.4 – Tenossinovite estilóide radial (DeQuervain)

M 72.0 – Fibromatose da fáscia palmar: Contratura ou moléstia de Dupuytren

M 77.0 – Epicondilite medial

M 77.1 – Epicondilite lateral

M 93.1 – Doença de Kienböck do adulto

G 56.0 - Síndrome do Túnel do Carpo

EXAME MÉDICO-PERICIAL NAS SINOVITES, TENOSSINOVITES E EPICONDILITES

Leia a história clínica a seguir:

Operadora de telemarketing há 3 anos, 25 anos de idade, sexo feminino, casada, 2º Grau completo. Reside com marido empregado e duas filhas, 1a e 4a.

Queixa-se de dor nos membros superiores, pior no direito, há 6 meses. Além da dor, refere dormência, sensação de inchaço, rigidez matinal, diminuição de força, sensação de peso e desconforto. Fez uso de AINH com alívio dos sintomas.

Há 1 mês agravaram-se os sintomas. Iniciou tratamento com Reumatologista, foi afastada de suas atividades laborais e foi medicada com Paroxetina e Miosan®. Apresentou atestado de 60 dias do seu médico assistente e com CID M65.8. Sem antecedentes periciais.

Frente a situações semelhantes à descrita na História Clínica, recomenda-se ao médico perito em atentar-se para as seguintes investigações ao exame físico:

- Presença ou ausência de sinais flogísticos nas faces anterior e posterior dos antebraços, punhos e mãos.
- Presença ou ausência de déficit da mobilidade articular dos punhos e mãos.
- Presença ou ausência de crepitação ou dor à movimentação ativa

MANOBRAS SEMIOLÓGICAS (TESTES ESPECIAIS) SUGERIDAS NAS PATOLOGIAS DOS MEMBROS SUPERIORES

- Teste de Finkelstein
- Teste de Tinnel
- Teste de Phalen.

Apresentando testes de Tinnel e Phalen negativos, deve-se pensar em **Tenossinovites** de extensores do punho.

Sendo os testes Tinnel e Phalen positivos, deve-se pensar em Síndrome do Túnel do Carpo.

Ao teste de Finkelstein positivo, pensar em Tendinite de deQuervain.

Frente à ausência de sinais flogísticos nas faces anterior e posterior dos antebraços, punhos e mãos; ausência de déficit da mobilidade articular dos punhos e mãos e, ausência de crepitação à movimentação ativa, referindo somente dor, o perito médico deve estar atento para a possibilidade de manifestações não orgânicas.

SINOVITES E TENOSSINOVITES (M65)

DESCRIÇÃO

Sinovites e tenossinovites são condições degenerativas (tendinopatias) associadas à inflamação do tendão (tendinites) ou da bainha sinovial (tenossinovites). *Entesite* é uma inflamação no local em que o tendão prende-se ao osso. Podem ser de origem traumática, agudas, decorrentes de acidentes típicos ou de trajeto. Os casos crônicos estão, geralmente, associados a trabalhos com movimentos repetitivos aliados à exigência de força. O desenvolvimento destas patologias é multicausal, podendo ser: movimentos repetitivos, posto de trabalho inadequado, organização do trabalho com ritmo acelerado, sobrecarga de produção, horas extras, pausas inadequadas e doenças sistêmicas. A jornada dupla ou tripla de trabalho deve sempre ser considerada como fator agravante.

No quadro clínico das sinovites e tenossinovites, a manifestação mais importante é a dor, que leva à procura de assistência médica. Na maioria dos casos, o paciente tem dificuldade para definir o tipo e a localização da dor que pode ser generalizada. É comum o relato de dor que é desencadeada ou agravada pelo movimento repetitivo e, nas fases iniciais, costuma ser aliviada pelo repouso.

A dor costuma ter seu início gradual, inicialmente restrita a uma região anatômica (punho, ombro ou cotovelo), acometendo apenas o braço dominante, raramente os dois. Pode piorar com o uso do membro, pela exposição ao frio ou a mudanças bruscas de temperatura ou ainda ao estresse emocional.

Além da dor, os segurados podem queixar-se de parestesia, edema subjetivo, rigidez matinal, diminuição de força, sensação de peso, desconforto, alteração da caligrafia, alterações subjetivas de temperatura e limitação dos movimentos, sintomas gerais associados de ansiedade, irritabilidade, alterações de humor, distúrbios do sono, fadiga crônica e cefaléia tensional. Os sintomas sensitivos, quando presentes, estão relacionados à compressão de nervos periféricos ou de raízes nervosas, correspondendo à sua distribuição.

Os tendões flexores respondem ao tratamento mais lentamente que os tendões extensores. Os acometimentos dos tendões são dolorosos ao movimento, sendo que suas bainhas podem se edemaciarem e acumular fluido. Edema pode ser apenas palpável ou até visível.

Na maioria das situações, pode-se fazer o diagnóstico de tendinite aguda ou crônica sem auxiliares diagnósticos caros. Radiografias são úteis apenas para exclusão de envolvimento ósseo ou articular. Ressonância Magnética Nuclear é útil apenas em casos de suspeita de ruptura completa de

tendão com necessidade de imediata intervenção cirúrgica. Em casos de rupturas incompletas, a ultrasonografia de partes moles é um recurso diagnóstico cujos resultados costumam ser operadores-dependentes, com discutíveis graus de concordância inter-operadores (Índice de Kappa), se comparados com artroscopias (44). De preferência, a ultra-sonografia deve ser realizada bilateralmente.

O aspecto mais importante da avaliação clínica de tendinite é uma boa história clínica que leva ao diagnóstico correto.

Tabela 5: Tendinoses e tendinites por uso excessivo: tempo médio esperado até a recuperação

	Tendinoses	Tendinites
Tempo de recuperação – apresentação inicial	06 a 10 semanas	Dias a 02 semanas
Tempo de recuperação – apresentação crônica	03 a 06 meses	04 a 06 semanas

EXAME MÉDICO-PERICIAL

Executar testes de contra-resistência para o(s) tendão(ões) acometido(s).

Pode existir: calor, edema, rubor, crepitação, diminuição de força, espessamento ao longo da unidade músculo-tendínea, postura anormal e imobilização das áreas dolorosas e dor associada ao movimento dos tendões.

Quadro 6: Classificação funcional de tendinite

Grau 1 – Dor leve após exercício, desaparecendo em 24 horas.

Grau 2 – Dor leve com o exercício, não interferindo com a atividade.

Grau 3 – Dor que interfere com a atividade

Grau 4 – Dor provocada pelas atividades de vida diária

Grau 5 – Dor constante em repouso que interfere com o sono

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NAS TENOSSINOVITES

O repouso é benéfico e o retorno precoce retarda a resolução da patologia.

Com a fase aguda resolvida o retorno ao trabalho deve ser planejado para evitar recorrência.

Quadro 7: Conduta médico-pericial em função da Classificação Funcional de Tendinite

Grau 1 – Dor leve após exercício, desaparecendo em 24 horas > T1.

Grau 2 – Dor leve com o exercício, não interferindo com a atividade. > T1

Grau 3 – Dor que interfere com a atividade > Encaminhar para R. P, mesmo em **AValiação Inicial (AX1)**.

Grau 4 – Dor provocada pelas atividades de vida diária. > Encaminhar para Reabilitação Profissional.

Grau 5 – Dor constante em repouso que interfere com o sono > Encaminhar para Reabilitação Profissional.

Conduta da Reabilitação Profissional: analisar posto de trabalho, em relação às atividades causadoras da tendinite. Adequar o posto de trabalho ou mudar de função.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): não se aplica no caso de ausência de comorbidade.

LIMITE INDEFINIDO (LI): não se aplica no caso de ausência de comorbidade.

SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO – STC - (G56.0)

Observe a seguinte história clínica:

M. S. F., 50 anos, 2.º grau incompleto, costureira, destra, com queixas de formigamento e perda de força em ambas as mãos, há cerca de 5 anos, com piora dos sintomas há 6 meses. Ao exame, Tinel positivo, Phalen positivo, bilateralmente, com surgimento dos sintomas primeiramente em mão direita. Foi observada moderada hipotrofia da musculatura tenar em mão direita, além de cicatriz cirúrgica volar em mão direita. Não se observou hipotrofia muscular em mão esquerda.

DESCRIÇÃO

A STC é por definição uma condição clínica manifestada por sinais e sintomas provocados pela compressão do nervo mediano ao nível do punho. O termo compressão indica que o nervo está comprimido por alguma estrutura anatômica adjacente. Entre a coluna cervical e o punho existem locais específicos de compressão nervosa.

Principais fatores predisponentes: alterações hormonais (gravidez, ovário policístico, menopausa, diabetes, hipotireoidismo), alcoolismo, obesidade, gota, insuficiência renal, insuficiência hepática, artrite reumatóide, amiloidose, seqüelas de trauma no punho, tumores, infecção, variações anatômicas congênitas, tais como a inserção proximal dos músculos lumbricais e inserção distal dos músculos flexores dos dedos e fatores ocupacionais, como exposição a solventes industriais, utilização de instrumentos vibratórios, repetitividade, estresse mecânico exposição às temperaturas extremas e postura. Lembrar que quando existe uma doença sistêmica como fator predisponente a condição normalmente é bilateral.

As alterações patológicas iniciais nas fibras grossas mielinizadas são geralmente assintomáticas. A disfunção fisiológica de uma porção destas fibras não é geralmente detectável clinicamente. Em muitas pessoas, a compressão do nervo mediano aparentemente pode alcançar este estágio e depois não piorar para se tornar um problema clínico. Contudo, a patogênese que conduz a STC inicia antes do desenvolvimento de qualquer sintoma. A STC leve, que não necessita tratamento formal é, provavelmente, muito mais comum do que os casos severos vistos nas clínicas.

Geralmente o exame clínico é suficiente para garantir um confiável diagnóstico de STC. O paciente com STC refere fenômenos parestésicos, contudo o exame sensitivo é geralmente normal apesar das queixas de déficit de sensibilidade do paciente.

Os sintomas habituais são parestesias no território inervado pelo nervo mediano (mais comuns as noturnas e que ocorrem durante o sono), com tentativa de alívio dos sintomas através de movimentos rápidos de flexão e extensão dos dedos da mão e, em casos mais avançados, diminuição da força e coordenação da mão (queda involuntária de objetos). O movimento brusco de balançar os punhos e mãos à noite (“flick”) é outro dado importante na história clínica.

Em relação ao exame motor, os músculos que recebem inervação do nervo distal ao túnel do carpo são o abductor curto do polegar, oponente do polegar, flexor curto do polegar – músculos da eminência tenar - e os lumbricais para o indicador e terceiro dedo.

Os movimentos de flexão e extensão repetidos dos dedos, com o punho em flexão, podem acometer os tendões ou suas bainhas provocando tendinite ou tenossinovite respectivamente. Se a pressão continua, pode afetar o nervo mediano enfraquecendo a preensão, que é um sintoma secundário. O retorno às mesmas atividades que culminaram em tendinite e edema, geralmente levam a recorrência do quadro clínico.

Os pacientes podem notar que certas atividades manuais, tais como preensão prolongada, provocam sintomas, que cessam com o afastamento ou a mudança da atividade.

A doença pode ser incapacitante para algumas atividades laborativas, quando chega a estágios avançados, em que se verifica importante hipotrofia ou mesmo atrofia da musculatura tenar, innervada pelo nervo mediano. A hipotrofia severa causa déficit de força da mão e dificuldade de oposição do polegar com os demais dedos.

O tratamento pode variar de acordo com o estágio da doença, podendo ser clínico ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico visa à descompressão do nervo mediano que, dependendo do estado de comprometimento, pode recuperar-se completamente em poucas semanas. Caso a síndrome não seja adequadamente tratada e em tempo hábil, poderá evoluir com hipotrofia da musculatura tenar, irrecuperável.

Nos casos avançados, já com atrofia da musculatura innervada pelo nervo mediano, mesmo após cirurgia os pacientes geralmente permanecem com déficit sensorial e graus variados de hipotrofia ou até atrofia muscular.

EXAME MÉDICO-PERICIAL

Testes de Phalen, Phalen invertido e de Tinnel alterados.

Pesquisar a diminuição da sensibilidade no nível neurológico do nervo mediano, levando em consideração a possibilidade de ocorrência de falsos positivos em lesões não orgânicas. Pesquisar hipotrofia muscular da eminência tenar.

A STC não provoca anormalidades sensoriais na palma porque o ramo cutâneo palmar do nervo mediano passa superficialmente ao retináculo flexor.

EXAMES COMPLEMENTARES:

O exame de eletroneuromiografia é considerado como “padrão ouro” para o diagnóstico da STC, porém os padrões eletrodiagnósticos variam muito, sem ainda consenso de opinião. Variáveis como o índice de massa corpórea, idade, profundidade e largura do punho podem alterar os resultados (45).

Latências motoras distais maiores que 4,5 milissegundos e latências sensoriais distais maiores que 3,5 milissegundos são consideradas anormais. Assimetria da condução das mãos maior que 1 milissegundo para condução motora e maior que 0,5 milissegundos para condução sensitiva também é considerada anormal. Sinais de denervação da musculatura tenar podem ajudar a quantificar a severidade da compressão do nervo mediano.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO - STC

Segurados com quadros clínicos iniciais e leves não possuem incapacidade laborativa.

Casos mais complexos, após tratamento clínico ou cirúrgico, considerar **DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB)**.

Quando a doença for relacionada a atividades laborativas, mesmo em **AVALIAÇÃO INICIAL (AX1)**, encaminhar precocemente para Reabilitação Profissional, se o segurado for elegível.

TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DE DE QUERVAIN (M65.4)

DESCRIÇÃO

Esta patologia resulta da constrição da bainha comum dos tendões do abductor longo e do extensor curto do polegar (primeiro compartimento extensor).

Ocorre mais freqüentemente em mulheres acima de 40 anos de idade e tem sido associada a:

- Exposições ocupacionais que exigem movimentos repetitivos de polegar;
- Pinça de polegar associada à flexão, extensão, rotação ou desvio ulnar repetido do punho, principalmente se associado com força (ex. uso de chave de fenda, montagem de equipamentos eletrônicos etc);
- Polegar mantido elevado e/ou abduzido durante atividades e,
- Uso prolongado de tesouras.

O quadro clínico caracteriza-se por dor de caráter insidioso, em projeção de processo estilóide do rádio e que pode aumentar com abdução radial ativa do polegar, com alongamento passivo de abductor longo de polegar, desvio ulnar do punho e pode ser irradiada para o antebraço e braço. Geralmente é unilateral. O edema local é um sinal comumente observado.

O diagnostico diferencial é feito com a osteoartrose de punho e da primeira articulação carpo-metacárpica, entre outros. Afastar diagnóstico de epicondilite lateral.

A maioria dos pacientes responde bem ao tratamento clínico. Aqueles que necessitarem de tratamento cirúrgico também responderão com excelente resultado em pós-operatórios sem complicações.

Existe dificuldade para segurar objetos (xícara) que exige a posição “em garra” do polegar, torcer a roupa, abrir a porta com chave, abrir tampa de lata etc.

É incapacitante para tarefas repetitivas que envolvam desvio ulnar do punho.

EXAME MÉDICO-PERICIAL

Tumefação na região afetada.

Teste de Finkelstein positivo

Dor à palpação no processo estilóide e trajeto de tendões, que aumenta com extensão e abdução do polegar em contra-resistência.

Realizar o teste bilateral para comparar o resultado com o lado não acometido.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA TENOSSINOVITE ESTENOSANTE

Casos mais complexos, após tratamento clínico ou cirúrgico e com sintomatologia resolvida, considerar **DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB)**.

Quando a doença for relacionada a atividades laborativas, mesmo em **AVALIAÇÃO INICIAL (AX1)**, encaminhar precocemente para Reabilitação Profissional, se o segurado for elegível.

Ao contrário das doenças descritas acima, em que uma história clínica simples e rotineira para o perito médico obriga o desenvolvimento de raciocínio de diagnóstico diferencial para no mínimo três diferentes entidades nosológicas, a seguir apresentamos patologias que cursam de forma própria e com manifestações típicas.

DEDO EM GATILHO (M65.3)

DESCRIÇÃO

Resulta do comprometimento dos tendões flexores dos dedos. A bainha tendinosa apresenta-se espessada em decorrência do processo inflamatório crônico, que evolui para a constrição do próprio tendão. O espessamento provoca deslizamento anormal do tendão dentro da bainha.

O tendão sofre um bloqueio mecânico o que impede o movimento normal do dedo afetado. Com a manutenção da tentativa de extensão, existe a ultrapassagem do tendão no ponto de estrangulamento e o movimento é bruscamente concluído, dando a impressão de ser um salto ou gatilho.

O déficit da amplitude articular pode prejudicar a realização de tarefas, tais como pegar objetos, digitar etc.

Pode existir história de diabetes, artrite reumatóide ou de traumas repetitivos.

A maioria dos pacientes responde bem ao tratamento. Pacientes que necessitam cirurgia geralmente apresentam boa evolução.

EXAME MÉDICO PERICIAL

Dor e/ou impossibilidade de estender os dedos podendo ter estalido doloroso ao se forçar o movimento de extensão.

Dificuldade tanto na flexão quanto na extensão do dedo acometido.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NO DEDO EM GATILHO

Prognóstico: Muito bom.

Segurados com quadro clínico inicial sem engatilhamento não possuem incapacidade laborativa pois a doença se resolve normalmente em até 15 dias com o tratamento.

Casos mais complexos, com engatilhamento habitual, que costumam ser tratados cirurgicamente com sucesso, considerar **DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB)** de 30 dias para pós-operatório.

Não há necessidade de encaminhamento para a Reabilitação Profissional.

CISTO POPLÍTEO (CISTO DE BAKER) (M71.2)

DESCRIÇÃO

A distensão da bolsa do semimembranoso origina um cisto poplíteo ou de Baker. Geralmente surge na parte posterior do joelho (fossa poplíteia) como uma tumefação por vezes dolorosa. Embora sua causa seja desconhecida, o cisto possivelmente decorre do atrito do joelho fletido contra uma cadeira. Pode ser bilateral e habitualmente desaparece espontaneamente, e raras vezes necessitarão de retirada cirúrgica (16).

Em adultos, a ocorrência é quase sempre secundária a alterações patológicas na articulação do joelho, tais como artrose, lesão meniscal e sinovite crônica. Ocasionalmente o cisto se torna muito grande que chega a se romper, espalhando líquido sinovial pelos tecidos circunjacentes e causa uma síndrome que imita a tromboflebite aguda.

É uma lesão freqüente, como achado (a maior parte das vezes sem significado clínico) em Ressonâncias Magnéticas da articulação do joelho.

O tratamento deve ser voltado para a patologia primária, que ocasionou o cisto. O cisto, por si só, não é incapacitante.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL EM CISTO POPLÍTEO

Prognóstico: Favorável. O cisto, por si só, não é incapacitante.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): 30 dias, para recuperação no pós-operatório.

Em caso de exame pericial de seguimento, em segurados afastados por essa lesão, DCB imediata.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: não se aplica.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): não se aplica.

LIMITE INDEFINIDO (LI): não se aplica.

FIBROMATOSE DA FÁSCIA PALMAR: CONTRATURA OU MOLÉSTIA DE DUPUYTREN (M72.0)

DESCRIÇÃO

Entidade clínica caracterizada por espessamento e retração da fáscia palmar, acarretando contratura em flexão dos dedos e incapacidade funcional das mãos. Acomete preferencialmente o sexo masculino e após a 5ª ou 6ª década de vida. Na fase inicial da doença há formação de nódulos na face palmar da mão, que evoluem formando cordas fibrosas, que podem ser percebidas à palpação. Na fase residual, os nódulos desaparecem, permanecendo apenas focos de aderência e cordas fibrosas reacionais.

Geralmente é um achado isolado mas tem tendência familiar e pode ter associação com diabetes, alcoolismo e uso regular de anticonvulsivantes. História de trauma é freqüente, mas é incerto se o trauma ou atividade manual podem ser fatores causais. A principal complicação é uma incapacidade progressiva secundária a contratura.

Costuma acometer o quarto e quinto dedos. Com a progressão das contraturas o déficit físico pode causar incapacidade se o indivíduo não conseguir realizar tarefas que necessitam o uso de todos os dedos, principalmente quando a mão dominante é a acometida.

EXAME MÉDICO PERICIAL

O diagnóstico baseia-se em história clínica e exame físico.

Retração da fáscia palmar.

Contratura em flexão das mãos, hipotrofia dos músculos das mãos e antebraços, rigidez e incapacidade no lado ulnar das mãos, acometendo em ordem decrescente de frequência o 3.º, 4.º e 5.º dedos.

Apresentação bilateral. Quando unilateral, predomina em mão dominante

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA DOENÇA DE DUPUYTREN

Prognóstico: reservado.

O prognóstico está na dependência da evolução temporal, ou seja, na velocidade de progressão da deformidade, que pode variar de poucos meses até muitos anos.

Segurados com quadro clínico inicial e com até 40º de flexão do dedo, dependendo da atividade laborativa específica, não possuem incapacidade.

Em casos mais complexos, com deformidade importante da mão (acima de 40º), que costumam ser tratados cirurgicamente e dependendo da evolução do pós-operatório, considerar DCB longa ou mesmo R2. Existe a possibilidade de LI, na dependência das complicações, recidivas e idade do segurado.

PATOLOGIAS DE MEMBROS SUPERIORES

PATOLOGIAS DO GRUPO DE OMBRO

Nesta sessão serão abordadas as seguintes patologias:

M 75 – Lesões do ombro

M 75.0 – Capsulite adesiva do ombro (ombro congelado)

M 75.1 – Síndrome do manguito rotador

M 75.2 – Tendinite bicipital

M 75.3 – Tendinite calcificante do ombro

M 75.4 – Síndrome de colisão do ombro

M 75.5 – Bursite do ombro

A história clínica abaixo é pictórica e tem como objetivo conduzir as discussões sobre as patologias do ombro a serem descritas.

JF, 48 anos, branco, masculino, adentrou ao consultório com movimento assimétrico entre o membro superior direito e o membro inferior esquerdo. Queixa-se de dificuldade para trabalhar como instalador de escapamentos de carros ao trabalhar com os braços elevados. Procurou atendimento em pronto socorro, realizou radiografia do ombro que mostrou discreta calcificação na tuberosidade maior do úmero direito. Foi medicado com profenid® oral, tendo melhorado por uma semana quando os sintomas voltaram.

Com base nestes sintomas a empresa emitiu CAT com CID M 75. O ortopedista assistente do hospital solicitou ressonância magnética do ombro que deve realizar em 20 dias. A empresa orientou também que procurasse o INSS com o relatório do médico assistente, bem como do médico do trabalho da empresa.

Exame Médico-Pericial:

O médico perito deverá atentar-se para as seguintes investigações ao exame físico:

- Presença ou ausência de hipotrofias ou atrofias nos ombros.
- Presença ou ausência de déficit da mobilidade articular dos ombros.
- Presença ou ausência de crepitação ou dor à movimentação ativa e passiva.

Frente à diminuição acentuada da mobilidade ativa e passiva da articulação escápulo-umeral, particularmente, rotação externa e abdução, pensar em capsulite adesiva do ombro (M75.0).

Frente à dor intermitente no ombro, que piora com esforços físicos e à noite e que se irradia para a face lateral do braço, queixa de crepitação e dificuldade para manter o braço elevado, pensar em síndrome do manguito rotador (M75.1).

Frente à dor na face anterior do ombro, com piora à flexo-extensão do cotovelo, dor à palpação do tendão no sulco bicipital, pensar em tendinite bicipital (M75.2).

Frente à dor súbita, contínua e forte intensidade, pensar em tendinite calcificada do ombro (M75.3).

Frente à dor no ombro, principalmente em atividades com o membro superior acima da cabeça, e quando localizada na inserção do deltóide e face lateral do acrômio, pensar em síndrome de colisão do ombro (M75.4).

Frente à ausência de hipotrofia do deltóide, mínima limitação de mobilidade do ombro, dor localizada na porção anterior do acrômio, deve se pensar em bursite do ombro (M75.5).

CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO (OMBRO CONGELADO) – (M75.0)

DESCRIÇÃO

A capsulite adesiva é uma doença de evolução autolimitada, com ou sem antecedente de traumatismo, capaz de levar à fratura. Pode resultar de uma tendinite do supra-espinhoso ou de bursites do ombro relacionadas ao trabalho, que evoluem com agravamento e complicações. É comumente conhecida como ombro congelado, acomete geralmente pessoas entre 50 e 70 anos. É uma doença idiopática com duas características principais: dor e contratura.

Na fase inicial da doença, a dor é progressiva, mais noturna ou na tentativa de mobilização do ombro. É agravada por esforços estáticos, stress, exposição a frio ou vibração. No decorrer da evolução da doença, há a perda da amplitude dos movimentos, principalmente da rotação externa e da abdução do ombro.

A frequência de acometimento bilateral é maior em diabéticos, no hipertireoidismo ou na hipertrigliceridemia.

O diagnóstico é clínico.

A mobilização precoce é fundamental nos estágios iniciais da patologia.

EXAME MÉDICO PERICIAL

Restrição progressiva de movimentos, particularmente rotação externa e abdução.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL DA CAPSULITE ADESIVA DO OMBRO

Registrar no SABI todas as amplitudes articulares do ombro, com o intuito de comparar com exames posteriores.

Prognóstico: geralmente favorável, porém com tempo de tratamento longo.

Em AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) mínima de 6 meses.

Em caso de exame pericial de seguimento, registrar as novas amplitudes. Em função da atividade laborativa, se houver necessidade de troca de função, encaminhar para Reabilitação Profissional.

A maioria dos pacientes mostra redução gradual da dor e retorno dos movimentos em períodos de 6 a 18 meses.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: avaliar potencial laborativo. Analisar posto de trabalho, em relação à amplitude atual de movimentos do ombro. Se necessário, adequar o posto de trabalho ou mudar de função.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): casos excepcionais e com graves complicações.

LIMITE INDEFINIDO (LI): segurado em idade avançada e inelegível para cumprir Programa de Reabilitação Profissional.

SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR (M75.1)

DESCRIÇÃO

Inflamação aguda ou crônica acometendo tendões da bainha dos rotadores, especialmente por compressão da bursa e do tendão supra-espinal entre a grande tuberosidade do úmero e a porção anterior e inferior do acrômio e ligamento acrômio-clavicular, durante a elevação do braço.

Esta patologia é mais comum acima de 40 anos, e com sua progressão a dor no ombro torna-se mais constante, podendo irradiar-se para a coluna cervical e membro superior. Atividades com membros acima da cabeça e movimentos repetitivos do braço agravam a patologia.

O quadro clínico caracteriza-se por dor intermitente no ombro, que piora com esforços físicos e à noite. A dor pode se irradiar para a face lateral do braço e associar-se com a diminuição das forças de rotação externa e abdução. O paciente queixa-se de crepitação, dificuldade ou impossibilidade para elevar ou manter o braço elevado.

O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo auxiliado por radiografias simples do ombro com incidências especiais. O ultra-som do ombro, preferencialmente bilateral, pode mostrar tendinites, bursites e lesões incompletas do tendão supraespinal, edema da cabeça longa do bíceps, afilamento, ausência parcial ou completa do tendão supra-espinal, rupturas do tendão supra-espinal e infra-espinal e alterações degenerativas da bolsa subdeltoídea.

EXAME MÉDICO PERICIAL

- **Estágio 1:** Mais freqüente em menores de 25 anos; dor em trajeto de tendão de supra-espinal, relacionada ao esforço, que melhora com repouso, geralmente sem dor noturna e sem

limitação de movimentos. Ao exame físico evidenciam-se testes de Neer e/ou de Jobe positivos.

- **Estágio 2:** Mais freqüente entre 25 e 40 anos; dor aos esforços e no repouso (noturna), pode haver limitação de movimentos (pela dor). Os testes de Neer e/ou Jobe são positivos.
- **Estágio 3:** Mais freqüente em maiores de 50 anos; dor de intensidade variável, que piora à noite, resistente à AINE e à infiltração com corticóides. Em fases tardias, pode haver hipotrofia do músculo deltóide (desuso). Movimentos do ombro geralmente são normais, podendo haver graus variados de restrição articular. Os testes de Neer e/ou Jobe são positivos.

Diagnóstico baseado em sinais e sintomas:

Na tendinite aguda, o braço pode abduzir 60 graus sem dor significativa. A dor manifesta-se na abdução entre 60 e 120 graus. Com o braço em rotação externa, a elevação entre 120 até 180 graus o quadro passa a ser menos doloroso.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL DA SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR

Registrar, também, todas as amplitudes articulares, com o intuito de comparar com exames posteriores.

Prognóstico geralmente favorável. O tempo de incapacidade laborativa depende da gravidade da lesão.

Em AVALIAÇÃO INICIAL (AX1):

- a) estágio 1: incapacidade de até 60 dias;
- b) estágio 2: incapacidade de até 6 meses;
- c) estágio 3: incapacidade de 12 a 18 meses. A maioria dos pacientes mostra redução gradual dos sintomas em períodos de até 18 meses.

Encaminhar precocemente para Reabilitação Profissional, mesmo na vigência do tratamento, os segurados que exerçam atividade que predispõe ao impacto, ou seja, aquelas que utilizam postura do ombro acima de 60º de abdução. Evitar, também, atividades agravantes, que exijam sustentação de peso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: analisar posto de trabalho, em relação às atividades causadoras de impacto, ou seja, aquelas que utilizam postura do ombro acima de 60º de abdução. Se necessário, adequar o posto de trabalho ou mudar de função.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): casos excepcionais e com graves complicações.

LIMITE INDEFINIDO (LI): segurado em idade avançada e inelegível para cumprir Programa de Reabilitação Profissional.

TENDINITE BICIPITAL (M75.2)

DESCRIÇÃO

Trata-se de inflamação aguda ou crônica do tendão e da bainha sinovial da cabeça longa do bíceps, no nível da goteira intertubercular do úmero. Tem sido descrita em associação com movimentos de flexão de antebraço supinado estando, geralmente, associada com a tendinite de supra-espinhal. É causada por movimentos com sobrecarga de braço, abdução dos braços acima da altura dos ombros, flexão associada com supinação do antebraço e elevação do cotovelo.

A tendinite bicipital pode ser confundida com tendinopatia do manguito rotador. A inserção musculotendinosa é particularmente susceptível a lesões por sobrecarga, especialmente em tarefas de levantamento de peso.

O quadro clínico caracteriza-se por dor na face anterior do úmero (sulco bicipital), dificuldade para realização dos movimentos do membro superior afetado, principalmente de flexão do cotovelo, com antebraço supinado, associados com esforço. Em caso de ruptura traumática do tendão, há retração do músculo e o braço assume aspecto de “braço de Popeye”. A força de flexão permanece, mas a supinação enfraquece.

EXAME MÉDICO PERICIAL NA TENDINITE BICIPITAL

O diagnóstico é primariamente clínico. Dor na região anterior do ombro, sobre a corredeira bicipital, mais aparente no movimento ativo do que no passivo, ocasionalmente irradiando para o cotovelo. A dor é agravada na flexão do ombro, supinação do antebraço e/ou flexão do cotovelo.

Dor à palpação do tendão bicipital (comparar com lado contra-lateral).

Teste de Yergason e Speed (“Palm up test”) dolorosos.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL DA SÍNDROME DA TENDINITE BICIPITAL

Prognóstico: recuperação e retorno ao trabalho em média após meses.

Em atividades laborativas que exijam esforços físicos vigorosos, este tempo pode ser maior.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2), **LIMITE INDEFINIDO (LI)** e Reabilitação Profissional são exceções.

TENDINITE CALCIFICADA DO OMBRO (M75.3)

DESCRIÇÃO

Doença caracterizada pelo aparecimento de depósitos calcáreos em tendões do manguito rotador. Está relacionada às tendinites crônicas do supra-espinhal, sendo muitas vezes bilateral e manifestando-se com maior frequência entre 40 e 60 anos. Pode ocasionar dor crônica agravada por alguns movimentos, ou início agudo de uma dor muito intensa e limitante (tendinite calcificante aguda). As calcificações nos tendões dos rotadores do ombro, como parte do processo degenerativo, ocorrem de forma sintomática ou assintomática.

O quadro clínico caracteriza-se, inicialmente, por crise aguda, com dor súbita, contínua e de grande intensidade, o que impede os testes específicos. Há espasmo muscular acentuado, discreto aumento da temperatura e da perfusão sanguínea da pele. Nos casos crônicos, a sintomatologia é mais discreta.

EXAME MÉDICO PERICIAL DA TENDINITE CALCIFICADA DO OMBRO

O diagnóstico é essencialmente clínico.

A radiografia simples e/ou ultra-sonografia podem mostrar calcificações no tendão do músculo supra-espinhal.

Dor durante a elevação ativa/passiva do membro superior.

Todos os testes de impacto do ombro (Neer, Hawkins-Kennedy, Jobe) podem ser positivos.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL DA TENDINITE CALCIFICADA DO OMBRO

Prognóstico: geralmente favorável, sendo o tempo de afastamento dependente da conduta médica escolhida.

Nos casos exclusivamente tratados com fisioterapia convencional, o tempo de recuperação é maior.

A recuperação é mais rápida quando o tratamento inclui ondas de choque, barbitage, ou aspiração/curetagem da calcificação.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB):

- a) fisioterapia: 6 meses;
- b) outras condutas: 2 a 4 meses.

Encaminhar precocemente para Reabilitação Profissional, mesmo na vigência do tratamento, os segurados que exerçam atividade que predispõe ao impacto, ou seja, aquelas que utilizam postura do ombro acima de 60º de abdução. São fatores agravantes as atividades que exijam sustentação de peso e/ou exposição à ambientes refrigerados (por exemplo, frigoríficos).

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: analisar a função e o posto de trabalho, em relação às atividades causadoras de impacto, ou seja, aquelas que utilizam postura do ombro acima de 60º de abdução. Se necessário, adequar o posto de trabalho ou mudar de função.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): quando evolui com complicações, do tipo ombro congelado.

LIMITE INDEFINIDO (LI): segurado em idade avançada e inelegível para cumprir Programa de Reabilitação Profissional.

SÍNDROME DE COLISÃO DO OMBRO (SÍNDROME DO IMPACTO) – (M75.4)

DESCRIÇÃO

Consiste no impacto do manguito rotador na parte antero-inferior do acrômio, especialmente quando o ombro é posicionado em flexão anterior e rotação interna. Sobrecarga ou microtraumas com postura do membro acima da cabeça contribuem para a situação de impacto. É comum em atletas de esportes que necessitam de movimentos acima da cabeça (natação, basquete, vôlei, tênis etc.). Acomete comumente pessoas acima de 40 anos de idade. A imobilização por tempo prolongado pode provocar rigidez secundária.

O quadro clínico caracteriza-se de dor intermitente no ombro, de caráter insidioso, normalmente noturna (atrapalha o sono) e que piora com esforços físicos. A dor pode irradiar-se para a face lateral do braço. Na presença de roturas do manguito, pode haver dificuldade ou impossibilidade de manter o braço elevado.

A evolução pode ser dividida em 3 estágios:

1. Pacientes abaixo de 25 anos, com presença de inflamação aguda, edema e hemorragia do manguito. Este estágio é geralmente reversível, sem indicação de cirurgia.
2. Pacientes de 25 a 40 anos, com quadro resultante de evolução do estágio anterior. O tendão do manguito evolui para fibrose e tendinite e geralmente necessita de tratamento cirúrgico.
3. Pacientes acima de 40 anos. A evolução da patologia pode levar a ruptura do tendão e alterações do arco coracoacromial com osteofitose ao longo do acrômio anterior. Existe indicação de cirurgia

O diagnóstico é essencialmente clínico, podendo ser auxiliado com radiografias do ombro em incidências especiais, ultra-sonografia (preferencialmente bilateral) e ressonância magnética, com ou sem a utilização de contraste.

EXAME MÉDICO PERICIAL NA SÍNDROME DE COLISÃO

Realizar os testes de impacto: Neer, Jobe, Hawkins-Kennedy.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL DA SÍNDROME DE COLISÃO

Registrar, todas as amplitudes articulares, com o intuito de comparar com exames posteriores.

Prognóstico: geralmente favorável. O tempo de incapacidade laborativa depende da gravidade da lesão.

- **Favorável** quando não existe lesão do tendão (ou após reparação cirúrgica), com reabilitação e mudança de atividade causadora de impacto.
- **Bom** após acromioplastias.
- **Desfavorável** nas lesões extensas, não reparadas, nos idosos e naqueles inelegíveis para Reabilitação Profissional.

A conduta segue a da Síndrome do Manguito Rotador (M75.1):

Em AVALIAÇÃO INICIAL (AX1):

- a) estágio 1: incapacidade de até 60 dias;
- b) estágio 2: incapacidade de até 6 meses;
- c) estágio 3: incapacidade de 12 a 18 meses. A maioria dos pacientes mostra redução gradual dos sintomas em períodos de até 18 meses.

Encaminhar precocemente para Reabilitação Profissional, mesmo na vigência do tratamento, os segurados que exerçam atividade que predispõe ao impacto, ou seja, aquelas que utilizam postura do ombro acima de 60º de abdução. Evitar, também, atividades agravantes, que exijam sustentação de peso.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: analisar posto de trabalho, em relação às atividades causadoras de impacto, ou seja, aquelas que utilizam postura do ombro acima de 60º de abdução. Se necessário, adequar o posto de trabalho ou mudar de função.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): casos excepcionais e com graves complicações.

LIMITE INDEFINIDO (LI): segurado em idade avançada e inelegível para cumprir Programa de Reabilitação Profissional.

BURSITE DO OMBRO (M75.5)

DESCRIÇÃO

A bursite de ombro é a inflamação da bursa subacromial-subdeltoidéia. A inflamação da bursa provoca dor local, que piora com a mobilização do ombro. Comumente secundária a um processo inflamatório ou degenerativo, à síndrome do impacto e pode ocorrer após um trauma.

Atividade esportiva (basquete, voley etc) e laboral (pintar, manusear cargas acima da cabeça etc), que são executados com os braços na linha dos ombros ou acima, especialmente na elevação de objetos mesmo pequenos, podem ser gerar ou manter o quadro clínico. Nas atividades laborais devem ser executadas modificações no posto de trabalho, para evitar recorrência do quadro.

O quadro clínico é semelhante ao da tendinite do supra-espinhal, com dor intermitente.

Os tratamentos conservadores geralmente são resolutivos. Em casos crônicos, o tratamento cirúrgico pode ser necessário.

EXAME MÉDICO PERICIAL NA BURSITE DO OMBRO

É freqüente a dor à palpação da porção ântero-inferior do acrômio.

Amplitudes articulares passivas e ativas de ombro são normais. Pode existir arco doloroso entre 60 e 120 graus de abdução.

A força muscular está preservada, mas a dor pode aparecer nos testes contra-resistência.

Realizar os testes de impacto: Neer, Jobe, Hawkins-Kennedy.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL DA BURSITE DO OMBRO

Prognóstico: favorável.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): 60 dias.

Encaminhar precocemente para Reabilitação Profissional, mesmo na vigência do tratamento, os segurados que exerçam atividade que predispõe ao impacto, ou seja, aquelas que utilizam postura do ombro acima de 60º de abdução. São fatores agravantes as atividades que exijam sustentação de peso e/ou exposição à ambientes refrigerados (por exemplo, frigoríficos).

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: analisar posto de trabalho, em relação às atividades causadoras de impacto, ou seja, aquelas que utilizam postura do ombro acima de 60º de abdução. Se necessário, adequar o posto de trabalho ou mudar de função.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): casos excepcionais e com graves complicações.

LIMITE INDEFINIDO (LI): segurado em idade avançada e inelegível para cumprir Programa de Reabilitação Profissional.

OSTEONECROSE (M87)

DESCRIÇÃO

A osteonecrose asséptica ou avascular do joelho significa infarto ósseo resultante provavelmente de isquemia, localizando-se mais freqüentemente no côndilo femoral medial (18).

A osteonecrose pode ser classificada em primária ou secundária. A primária é também chamada de idiopática, ou de causa desconhecida. A secundária é associada a processos sistêmicos identificáveis, tais como uso de corticosteróides ou álcool.

A osteonecrose idiopática apresenta-se mais freqüentemente em indivíduos com idade superior a 60 anos, do sexo feminino, na proporção de três mulheres para um homem, sendo bilateral em 20% dos casos.

A etiologia permanece ainda desconhecida, procurando-se comumente relacionar seu surgimento a alterações vasculares ou pós-traumáticas.

O principal sintoma é a dor, que pode variar de intensidade, desde moderada até intensa. Na fase inicial, ocorre piora da dor durante a noite, que, depois de seis a oito semanas, pode diminuir gradativamente. No exame físico constata-se hipotrofia da musculatura do quadríceps e dor à palpação do côndilo femoral, podendo ser observados derrame articular e, em alguns casos, espessamento sinovial. Nas fases iniciais a amplitude de movimento pode estar normal ou levemente diminuída. O processo pode evoluir para dor constante, diminuição do movimento, crepitação, deformidade em varo do joelho e aumento de volume, caracterizando-se, na fase final, a osteoartrose (46).

O achado radiográfico inicial de achatamento do côndilo femoral pode ser a única alteração visível, enquanto que, mais tardiamente, há o aparecimento de área de radiotransparência, rodeada de reação esclerótica, que finalmente adquire o aspecto radiográfico de osteoartrose.

Quadro 7: Estadiamento da doença baseado em sua classificação radiográfica, conforme Koshino

<i>Estádio I:</i> incipiente, isto é, dor sem alterações radiográficas
<i>Estádio II:</i> avascular, com presença de lesão radiotransparente com forma oval e cartilagem normal
<i>Estádio III:</i> colapso, com esclerose no osso subcondral
<i>Estádio IV:</i> degenerativo, presença de osteófitos com esclerose femoral e tibial (osteoartrose)

A RM é excelente método diagnóstico. As alterações são demonstradas mais precocemente do que na radiografia simples e o tamanho da área da lesão pode ser mais bem avaliado, assim como a qualidade da cartilagem articular.

No início o tratamento é conservador com AINH e diminuição da carga no membro afetado.

No tratamento cirúrgico da osteonecrose, existem dois métodos:

- 1 - Aqueles que visam reconstituir e manter a articulação anatômica do joelho através de osteotomia tibial; perfurações ósseas; curetagem da lesão ou enxertos autólogos osteocartilaginosos.
- 2 - Substituição artroplástica da articulação com prótese unicompartmental ou total, dependendo do grau da osteoartrose.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA OSTEONECROSE DE JOELHO

Prognóstico: reservado. A doença costuma ter evolução progressiva e incapacitante, principalmente se cursando concomitantemente com obesidade. O prognóstico depende da localização, bem como do tamanho e progressão da lesão. O acometimento acima de 50% do côndilo medial do fêmur, no joelho com deformidade em varo, possui mau prognóstico, pois implicará em artrose e dor incapacitante.

AValiação Inicial (AX1): T1 em casos iniciais, com lesões pequenas e nas atividades profissionais que não exijam carga no joelho.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): dependerá da profissão, recuperação pós-operatória e, principalmente do grau de acometimento articular.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar o segurado de postos de trabalho que exijam carga no joelho e/ou deambulação constante.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em lesões extensas ou com indicação cirúrgica.

As osteotomias exigem tempo longo para consolidação, enquanto que as próteses permitem carga mais precocemente. Os segurados tratados com próteses de substituição, com bom resultado funcional, devem ser afastados de atividades que exijam esforços de joelho, para não comprometer a durabilidade do material implantado, o que pode ser uma indicação de REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inegáveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento. Em seqüelas graves, principalmente quando estão comprometidos o quadril e/ou o joelho. A doença de Osgood-Schlatter, uma osteonecrose da tuberosidade anterior da tíbia da criança/adolescente, não contempla BPC.

DOENÇA DE KIENBÖCK DO ADULTO (M93.1)

DESCRIÇÃO

A Doença de Kienböck consiste na osteonecrose avascular lenta e progressiva do osso semilunar do carpo, de etiologia desconhecida. Ocorre mais comumente na mão dominante de homens na faixa de 20 a 45 anos. Costuma aparecer tardiamente após traumas, geralmente queda sobre o punho estendido.

Os sintomas geralmente se iniciam com o aparecimento de dor localizada no punho.

O diagnóstico baseia-se na história clínica, exame clínico e achados de exames complementares. O exame radiográfico (que não é sensível nas fases iniciais da doença), tomografia computadorizada e ressonância magnética (exame mais sensível nos estágios iniciais da doença) podem mostrar o osso esclerótico que, gradualmente, desenvolve alterações císticas e finalmente colapsa.

EXAME MÉDICO PERICIAL

Limitação na amplitude de flexo-extensão de punho e deficit de força de preensão.

Dor à palpação na região dorsal da articulação radiocárpica.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA DOENÇA DE KIENBÖCK

Prognóstico: reservado.

O tratamento conservador se mostra pouco eficaz.

A modalidade de tratamento cirúrgico varia de acordo com o estágio da doença e o tempo de recuperação pode ser prolongado. Observa-se que em caso de artrodese do punho o segurado mantém a força de preensão da mão, enquanto que a carpectomia costuma evoluir com diminuição da força da mão. Portanto dependendo da conduta cirúrgica pode haver prejuízo para atividades laborais que exijam o uso de força de preensão significativa.

Considerar **DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) longa**: cirurgia, imobilização e fisioterapia por tempo prolongado, etc.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: casos com boa evolução, jovens, após a estabilização da doença (consolidação de osteotomias, artrodeses e recuperação da força muscular)

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): casos cirúrgicos complicados.

LIMITE INDEFINIDO (LI): dependendo da idade, profissão, estágio evolutivo da doença e técnica cirúrgica empregada.

EPICONDILITE MEDIAL (M77.0)

DESCRIÇÃO

A epicondilite medial é uma inflamação aguda ou crônica, por uso excessivo, que acomete a origem dos tendões dos músculos flexopronadores (entesopatia) em epicôndilo medial (cotovelo do jogador de golfe). A tendinose ocorre como consequência da incapacidade de recuperação do tendão. A dor piora com atividades de flexão e pronação. São desencadeadas por movimentos repetitivos de punho e dedos, com flexão brusca ou freqüente, esforço estático e preensão prolongada de objetos, principalmente com punho estabilizado em flexão e pronação, como, por exemplo, na preensão de chaves de fenda, descascador de fios, condução de veículos, cujos volantes exigem esforço e no transporte ou deslocamento de bolsas ou sacos pesados, em que haja pronação repetida.

É pouco freqüente a ocorrência isolada de epicondilite medial, quando da possibilidade de estar relacionada ao trabalho.

O Diagnóstico é baseado em sinais e sintomas:

- Tempo: Sintomas atuais ou pelo menos por 4 dias nos últimos 7 dias.
- Sintomas: Intermitente, dor atividade-dependente, localizada no epicôndilo medial.

Pode ocorrer adormecimento que se irradia para o quarto e quinto dedos, sugerindo envolvimento do nervo ulnar.

O diagnóstico é clínico e pode ser auxiliado por exames complementares, como radiografia simples, que pode revelar calcificação, e/ou ultra-sonografia.

Fisioterapia a longo prazo é o tratamento de escolha. Alguns pacientes necessitam de infiltração local e outros necessitam de intervenção cirúrgica.

EXAME MÉDICO PERICIAL

Epicôndilo medial doloroso à palpação.

A dor é reproduzida com movimento de pronação resistida de antebraço ou flexão resistida de punho.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA EPICONDILITE MEDIAL

Prognóstico: é bom.

O repouso é benéfico e o retorno precoce ao trabalho retarda a resolução da patologia.

Em **AVALIAÇÃO INICIAL (AX1)**: T1 ou **DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB)** até 60 dias, na ausência de comorbidades.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: na existência de correlação com o trabalho, mesmo em **AX1**.

Conduta da Reabilitação Profissional: analisar posto de trabalho. Se necessário, adequar o posto de trabalho ou mudar de função. Estão contra-indicadas as atividades repetidas de flexo-pronação forçadas do punho.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): não se aplica na ausência de comorbidades.

LIMITE INDEFINIDO (LI): não se aplica na ausência de comorbidades.

EPICONDILITE LATERAL (M 77.1)

DESCRIÇÃO

A *epicondilite lateral* é uma inflamação aguda ou crônica, por uso excessivo, que acomete a origem dos tendões dos músculos extensores e supinadores (entesopatia) em epicôndilo lateral (cotovelo de tenista). Tem alta incidência na população geral e predomina entre os 35 e 55 anos e 95% não praticam esportes. Ambos os sexos são acometidos na mesma proporção.

Existem teorias que tentam explicar sua patogênese, tais como a microrruptura degenerativa ou traumática da origem dos músculos.

As causas de epicondilite lateral são os esforços excessivos de extensão do punho e dedos, com o cotovelo em extensão, supinação do antebraço e extensão brusca do cotovelo (movimento que os pedreiros fazem ao chapiscar paredes). Também tem sido descrita em trabalhadores de fábricas de lingüiça, cortadores e empacotadores de carne, de frigoríficos e cozinheiras.

A patologia é auto-limitante, melhora com o afastamento da atividade laborativa causadora. A resolução dos sintomas ocorre através de tratamento conservador que eventualmente permite outras atividades sem restrição.

O diagnóstico baseia-se na história clínica e exame físico, podendo ser auxiliado por radiografias simples (calcificação em tendão de extensor comum) e ultra-sonografia.

EXAME MÉDICO-PERICIAL

Dor no epicôndilo lateral na extensão resistida do punho, especialmente com o cotovelo em extensão.

Realizar as seguintes manobras propedêuticas:

- Teste de Cozen
- Teste de Mill

Pode ocorrer déficit na força de preensão por fraqueza muscular

Amplitude articular normal.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA EPICONDILITE LATERAL

Prognóstico: é bom.

O repouso é benéfico e o retorno precoce ao trabalho retarda a resolução da patologia.

Vale lembrar que os sintomas devem desaparecer com o afastamento laboral e o tratamento adequado. Casos crônicos, refratários ao tratamento, podem demorar vários meses.

Em AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB) em média de 90 dias.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: na existência de correlação com o trabalho, mesmo em AVALIAÇÃO INICIAL (AX1).

Conduta da Reabilitação Profissional: analisar posto de trabalho. Se necessário, adequar o posto de trabalho ou mudar de função. Estão contra-indicadas as atividades repetidas de extensão-supinação forçadas do punho.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): não se aplica na ausência de comorbidades.

LIMITE INDEFINIDO (LI): não se aplica na ausência de comorbidades.

PATOLOGIAS DE COMPROMETIMENTO DIFUSO

Nesta sessão serão abordadas as seguintes patologias:

M 79.0 – Reumatismo não especificado (fibromialgia)

M 80 – Osteoporose com fratura patológica >

M 81 – Osteoporose sem fratura patológica

M 84.1 – Ausência de consolidação da fratura (pseudo-artrose)

M 84.2 – Atraso de consolidação da fratura.

M 86 – Osteomielite

M 87 – Osteonecrose

M 88–Doença de Paget do osso (osteíte deformante)>LI/ausência carência

M 89.0–Algoneurodistrofia:Atrofia sudeck /DSR /Síndrome ombro–mão

Observe a história abaixo:

Exame de PP (em B31, há 6 meses). Professora, 42 anos, solteira, mora com sua mãe (65 anos e saudável), com queixas de dor em todo o corpo, com início há 2 anos, agravada há 6 meses, sem história de trauma. Consultou-se com vários médicos, de especialidades diferentes, sem obter melhora satisfatória. Fez inúmeros exames complementares, de sangue e de imagem todos normais, exceto por abaulamento discal difuso ao nível de C5-C6, em 3 exames de Ressonância Magnética da coluna cervical. Fez uso de diversos medicamentos, sem remissão dos sintomas, o que a está deixando cada vez mais “nervosa”. Apresentou atestado médico de reumatologista, com CID M79.0 e de psiquiatra, com CID F48.8. Atualmente, faz uso regular de amitriptilina, lexotan®, dienpax®, arcoxia® e paracetamol, com pouca melhora. Está em tratamento fisioterápico (hidroterapia) há 6 meses.

EXAME MÉDICO PERICIAL DAS PATOLOGIAS DE COMPROMETIMENTO DIFUSO

O perito médico deverá atentar-se para as seguintes investigações na história:

- Trauma e/ou imobilização por tempo prolongada de membro;
- Insônia;
- Fadiga crônica;
- Ansiedade;
- Dor óssea localizada, acompanhada de febre

O perito médico deverá atentar-se para as seguintes investigações ao exame físico:

- Presença ou ausência de alterações articulares (edema, deformidades, limitação de mobilidade);
- Presença ou ausência de pontos gatilho e localização dos mesmos;
- Presença ou ausência de comprometimento ósseo localizado (abaulamento, sinais flogísticos, fístulas);
- Alterações tróficas da pele (sudorese anormal, queda de pelos, pele brilhante);
- Rigidez articular, com dor na tentativa de mobilização articular.

Frente à pobreza de sinais clínicos objetivos ao exame físico, exceto pela presença de pontos gatilho (mínimo de 11, dentre os 18 possíveis), testes ortopédicos negativos, queixas vagas (dor generalizada), ausência de sinais flogísticos, déficit de mobilidade articular, persistência dos sintomas, apesar de todo o tratamento instituído, o perito médico deve ficar alerta para o diagnóstico de fibromialgia.

História de fratura, com trauma leve ou sem história de trauma, deve-se pensar em fratura patológica (osteoporose, tumores, etc.)

História de fratura que ultrapasse o tempo habitual de consolidação, pensar em retardo de consolidação e pseudo-artrose.

História de dor óssea localizada, seguida ou não de trauma, com sinais flogísticos localizados e normalmente intensos, febre e alterações no leucograma/VHS e RX, pensar em osteomielite aguda. Nos casos sem história de febre atual e com fístulas drenantes, pensar em osteomielite crônica.

História de distúrbio da marcha, dor e limitação funcional em quadril de adulto progressivos, com ou sem história de trauma, com antecedentes pessoais de etilismo crônico e uso de medicação esteroidal ou anticonvulsivante por tempo prolongado, pensar em osteonecrose da cabeça femoral.

História de trauma ou imobilização, com dor intensa de membro, que piora com a tentativa de mobilização articular, com alterações tróficas da pele (sudorese anormal, queda de pelos, pele brilhante) e rigidez articular, pensar em algoneurodistrofia (distrofia de Sudeck, distrofia simpático-reflexa, causalgia).

REUMATISMO NÃO ESPECIFICADO (FIBROMIALGIA) (M79.0)

DESCRIÇÃO

A fibromialgia é uma síndrome dolorosa, de causa desconhecida, que acomete principalmente as mulheres com idade entre 40 a 60 anos e se caracteriza por dores difusas, sendo estes sintomas influenciados por alterações climáticas, estresse emocional, grau de atividade física etc. A patogenia não está completamente compreendida. Atualmente são levantadas três hipóteses para explicação da

fisiopatologia desta síndrome, que envolvem alterações nos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e sistema nervoso central.

O sintoma característico é a dor muscular generalizada, freqüentemente acompanhada de fadiga e de anormalidades na qualidade do sono. Tais sintomas manifestam-se como períodos intermitentes de melhora e piora.

Outras queixas são freqüentemente referidas: distúrbios do sono, fadiga matinal, síndrome da perna inquieta, sensação de inchaço, câimbras e adormecimento nas pernas, diarreia ou constipação, dismenorréia. Objetivamente não se percebe edema ou alterações neurológicas. A depressão pode ser conseqüente à dor e privação do sono.

O Guidelines do Colégio Americano de Reumatologia refere que existem dois requisitos básicos para o diagnóstico:

1. Presença de dor nos quatro quadrantes do corpo, por pelo menos 3 meses;
2. Presença de ao menos 11 dos 18 pontos dolorosos (bilateralmente), sensíveis à digitopressão (occipital, cervical inferior, trapézio, supraespinhoso, segunda costela, epicôndilo lateral, glúteo, trocanter maior, joelho).

Pontos de controle para o examinador, para avaliação dos locais de pressão dos testes, de acordo com o Colégio Americano de Reumatologia:

- Testa;
- Terço distal do antebraço direito;
- Unha do polegar esquerdo

O quadro clínico caracteriza-se por dor espontânea e à palpação na região ou massa muscular afetada. Pode haver aumento de tônus, contratura muscular e presença de pontos dolorosos, os chamados pontos-gatilho miofasciais (“trigger points”), ou bandas de tensão dolorosas (“tautbands”). Quando solicitado a apontar o ponto de dor máxima, a paciente indica o local exato de maior dor e não as áreas de dor referida. Nas fases agudas, a dor tende a ser desencadeada pela contração do músculo envolvido.

Alguns pacientes encurtam sua carga laboral diária ou semanal e outros necessitam modificar sua atividade laborativa.

No exame físico, a compressão do ponto doloroso, com o polegar do examinador exercendo uma força equivalente a 4 kgf (esta força corresponde aproximadamente ao “embranquecimento” da unha do polegar), desencadeia dor de forte intensidade que não se repete em áreas circunvizinhas ou contra-laterais não afetadas.

O diagnóstico baseia-se em história clínica, exame físico.

Manobra de “rolar prega cutânea” causa dor intensa com mínima manipulação de pele. Em pessoas normais este teste não causa dor.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL DA FIBROMIALGIA

Prognóstico: favorável. Os segurados toleram mais o trabalho sedentário leve, com tarefas diferentes que permitem mudanças de posição.

O perito necessita registrar os pontos-gatilho.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): muito variável, sendo a maioria de até 60 dias. O afastamento justifica-se por curto tempo, apenas para início do tratamento e estabilização do quadro. Lembramos que o tratamento é por tempo prolongado e pode ser concomitante com o trabalho.

Em situações excepcionais, em que há forte evidência de carga psíquica acentuada ligada ao trabalho, não eficazmente controlada através de psicoterapia, encaminhar para Reabilitação Profissional, na tentativa de avaliar se o ambiente de trabalho está contribuindo para o agravamento do quadro.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): não se aplica.

LIMITE INDEFINIDO (LI): após avaliação pela equipe de Reabilitação Profissional.

OSTEOPOROSE COM FRATURA PATOLÓGICA (M 80)

OSTEOPOROSE SEM FRATURA PATOLÓGICA (M 81)

DESCRIÇÃO

Doença esquelética sistêmica caracterizada por pouca massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, com conseqüente aumento da fragilidade óssea e susceptibilidade a fraturas. A definição operacional de osteoporose sugerida pela OMS indica que valores da densidade mineral óssea inferiores a 2,5 desvios padrão da média de valor de pico em adultos jovens são compatíveis com o diagnóstico, devido ao alto risco de fraturas. A partir da terceira década de vida a reabsorção excede a formação óssea levando a osteopenia e osteoporose. Mulheres ao longo da vida perdem 30-40% de osso cortical e 50% de osso trabecular. Homens - perdem 15-20% de osso cortical e 25-30% de osso trabecular.

Associada com 80% de todas as fraturas em pessoas com 50 ou mais anos. Fraturas vertebrais consecutivas podem ocasionar cifose torácica, redução da estatura e dores relacionadas a deformidades. A fratura mais grave é a do fêmur proximal, pois está associada a maior mortalidade e a importantes limitações no deambular e em outras funções cotidianas.

A fratura vertebral, que pode ser assintomática em até dois-terços dos casos, pode apenas diagnosticada “acidentalmente” em radiografias de tórax ou abdome.

Fatores sociais: Fumantes e história familiar de osteoporose.

Sexo: Mulheres pós menopausa, hysterectomizadas, ooforectomizadas

Homens: Hipogonadismo

Fatores associados à Osteoporose:

- Idade avançada, especialmente mulheres;
- Início de menopausa ou menopausa precoce (antes dos 45 anos);
- Histórico familiar de fraturas em mulheres idosas;
- Raça branca e asiática;
- Baixa ingestão de cálcio;
- Baixa estatura ou baixo peso;
- Consumo excessivo de álcool e/ou café;
- Fumo;
- Uso de prednisona, fenitoína, tiroxina, heparina...
- Sedentarismo ou exercícios físicos excessivos;
- Doenças endócrinas: hiperparatireoidismo, tirotoxicose, síndrome de Cushing;
- Doenças reumáticas: artrite reumatóide e mieloma múltiplo
- Pacientes imobilizados em uma cama ou cadeira de rodas por tempo prolongado.

Várias reuniões de consenso sobre osteoporose continuam aceitando a definição de osteoporose sugerida pela OMS em 1994 como uma desordem esquelética caracterizada por redução da massa óssea com alterações da microarquitetura do tecido ósseo levando a uma redução da resistência óssea e ao aumento da suscetibilidade a fraturas. A definição operacional de osteoporose, sugerida pela OMS (Quadro XXXI), indica que valores da densidade mineral óssea inferiores a 2,5

desvios-padrão da média de valor de pico em adultos jovens (escore T < -2,5) são compatíveis com o diagnóstico, devido ao alto risco de fraturas (47).

Quadro 8: Critérios Densitométricos da Organização Mundial da Saúde

Categoria	Escore T
Normal	Até 1
Osteopenia	Entre 1 e 2,5
Osteoporose	2,5
Osteoporose estabelecida	2,5 associada à fratura de fragilidade

EXAME MÉDICO-PERICIAL NA OSTEOPOROSE

Prognóstico bom quando diagnosticada e tratada precocemente.

Avaliar perda de altura, cifose e a estatura total

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL

T1: na ausência de fratura patológica.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): somente no caso de fratura patológica, a depender do tipo da fratura.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): sob o ponto de vista ortopédico, o R2 cabe para jovens, com complicações decorrentes de fratura patológica.

LIMITE INDEFINIDO (LI): sob o ponto de vista ortopédico, o LI cabe para idosos, com complicações decorrentes de fratura patológica.

ATRASO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA (M 84.2)

AUSÊNCIA DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA (PSEUDO-ARTROSE) (M84.1)

DESCRIÇÃO

A pseudo-artrose é uma situação em que a fratura não mostra evidências radiográficas de progressão do processo de consolidação, indicadas por esclerose nas extremidades da fratura, presença de um hiato, calo ausente ou hipertrófico e persistência ou alargamento do traço de fratura.

A pseudo-artrose deve ser compreendida como uma parada do processo natural de consolidação devido a uma ou ambas as causas: instabilidade maior que a capacidade natural do organismo de superá-la para alcançar a consolidação e/ou osso com vascularização insuficiente para a produção de tecido ósseo.

O organismo não perde a capacidade de consolidar com a idade ou com a osteoporose senil. É fácil observar fraturas consolidando normalmente em pacientes idosos. A estabilização adequada, principalmente cirúrgica, de ossos debilitados é mais difícil e a estabilização insuficiente prejudica a consolidação. As pseudo-artroses tratadas corretamente também consolidam em prazos semelhantes aos de uma fratura com características similares.

EXAME MÉDICO-PERICIAL NA PSEUDOARTROSE

Mobilidade anormal geralmente dolorosa em foco de fratura

Pode ocorrer crepitação

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA PSEUDOARTROSE

O tempo de incapacidade depende do tipo de fratura e tratamento instituído.

T1: não se aplica

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): longo. De acordo com o tipo de fratura e tratamento.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): de acordo com a evolução, idade, tipo de tratamento, presença de infecção (osteomielite)

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: após estabilização da patologia, caso haja necessidade de mudança de função.

LIMITE INDEFINIDO (LI): na dependência da idade, atividade laboral e das seqüelas.

OSTEOMIELE (M 86)

Processo inflamatório agudo ou crônico do tecido ósseo produzido por bactérias piogênicas. Praticamente todos os ossos do corpo podem desenvolver a doença. A morfologia da infecção depende do estágio e da localização.

O diagnóstico é feito principalmente através de radiografia simples.

Osteomielite é uma infecção do osso e da medula óssea e pode ser dividida em aguda, subaguda e crônica. A osteomielite crônica é persistente, severa e em algumas vezes incapacitante. É uma condição recorrente pela dificuldade de tratamento definitivo.

Sintomas:

Dor localizada

Limitação de movimentos

Perda de sensibilidade

Diminuição de força

Exame físico

Dolorimento ósseo à palpação, possivelmente eritema e vermelhidão

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA OSTEOMIELE

NECROSE AVASCULAR DO FÊMUR (M87)

DESCRIÇÃO

Necrose avascular é a morte ou necrose de tecido ósseo secundária ao desaparecimento de sua irrigação sangüínea.

A causa mais comum de necrose avascular é o traumatismo. Fraturas do colo do fêmur subcapitais e transcervicais altas acompanhadas ou não de desvio podem interromper a irrigação vascular à cabeça femural, estando associadas a alta incidência de necrose avascular. Ocorre na população de mais idade e é unilateral podendo estar associada a uma fratura em consolidação ou a uma pseudartrose. O processo envolve toda cabeça do fêmur e pode estar associado a um dispositivo de fixação interna e a um prolongado período de não sustentação ou de sustentação parcial do peso. Esses fatores se combinam para tornar difícil o diagnóstico precoce. Se os sintomas forem suficientes para justificar tratamento cirúrgico a cirurgia de escolha é uma endoprótese ou a artroplastia total do quadril, dependendo da ocorrência de envolvimento acetabular e da idade e nível de atividade do paciente.

A necrose avascular atraumática ou idiopática ocorre em pessoas mais jovens, sendo bilateral em mais de 50% dos casos. Sua etiologia exata ainda não foi esclarecida. Pode haver uma relação causal entre embolismo com material gorduroso e osteonecrose. Os êmbolos de gordura podem acumular-se em arteríolas intra-ósseas, causando oclusão vascular. Uma fonte desses êmbolos de gordura é o fígado gordo da hepatopatia associada ao alcoolismo, ou de pacientes que tomam elevadas doses de esteróides, ou ainda a coalescência das lipoproteínas plasmáticas endógenas, resultando em embolismo contínuo ou intermitente. O tratamento prolongado com esteróides pode estar associado a êmbolos de gordura nas arteríolas subcondrais, hipertrofia dos adipócitos, e a um aumento gradual da pressão intramedular na cabeça do fêmur. O envolvimento bilateral dos quadris ocorre em até 80% dos casos de osteonecrose induzida por esteróides.

Uma outra hipótese sugere que o osso funciona como uma barreira de resistência, tornando a osteonecrose parecida com uma síndrome compartimental intra-óssea. O conceito de barreira de resistência implica que o fluxo sangüíneo depende da pressão externa. A cabeça femoral funciona como um compartimento ósseo em que pressões intravenosas crescentes promovem a obstrução do fluxo venoso e isquemia secundária. Essa obstrução do fluxo pode ser secundária à hipertrofia dos adipócitos, que provoca aumento da pressão no compartimento ósseo fechado, resultando em congestão venosa e redução do fluxo.

Contrastando com o paciente idoso com necrose avascular pós-traumática, o paciente com necrose avascular idiopática é muitas vezes jovem, e o objetivo nesse caso é preservar, não substituir, a cabeça do fêmur. O objetivo principal deve ser o diagnóstico precoce.

Associações Etiológicas na Necrose Avascular (48)

DEFINIDAS

- Traumatismo importante
- Mal dos mergulhadores
- Doença falsifressonância magnéticae
- Pós-irradiação
- Arteriopatia importante
- Doença de Gaucher

PROVÁVEIS

- Pequeno traumatismo
- Associada a esteróides
- Hiperuricemia

- Oclusão venosa
- Lipodistrofias (inclusive alcoolismo)
- Moléstia do tecido conjuntivo
- Osteoporose ou osteomalácia

Diagnóstico

Em geral os achados do exame físico são inespecíficos. Pode haver redução da amplitude de movimentos, ou os movimentos provocam dor; marcha com claudicação, ou fraqueza muscular. Pode ocorrer encurtamento do membro, caso tenha acontecido um colapso significativo da cabeça do fêmur.

Diversas técnicas de imagem podem ser empregadas para o diagnóstico de necrose avascular: radiografias convencionais, tomogramas, tomografia computadorizada, cintilografia óssea com tecnécio, tomografia computadorizada por emissão simples de fótons, e ressonância magnética. Nas radiografias do quadril, devemos obter incidências AP e laterais; a radiografia lateral é mais sensível para a detecção de um achatamento em fase inicial, ou do sinal do crescente no interior da cabeça do fêmur. A ocorrência do sinal do crescente é secundária ao colapso do osso subcondral; esse sinal se manifesta como um crescente radiolucido abaixo da, e paralelo à, superfície articular (ou osso subcondral).

A tomografia computadorizada, bem como os tomogramas, podem ter utilidade especificamente na identificação da extensão e localização do infarto, e como meio auxiliar na determinação do envolvimento da cartilagem articular. A tomografia também pode identificar alterações na cabeça do fêmur mais cedo que as radiografias convencionais.

A ressonância magnética tem maior sensibilidade e precisão no diagnóstico de necrose avascular que a cintilografia óssea com tecnécio e a tomografia computadorizada. A ressonância magnética é capaz de detectar precocemente uma redução de sinal em casos de necrose avascular, porque ocorrem diminuições no conteúdo de íons hidrogênio com a osteonecrose, revascularização, e formação de osso novo.

Classificação por Estágios

O estagiamento da necrose avascular é importante porque ajuda a orientar e serve de base para o tratamento.

Os achados radiográficos, patológicos, e clínicos ocorrem numa seqüência de eventos que descreve a evolução das alterações na cabeça do fêmur.

Ficat e Arlet classificaram necrose avascular em cinco estágios:

- Estágio 0: Esse estágio refere-se a um quadril que está tanto clínica como radiograficamente normal. Esse é um distúrbio pré-clínico cujo único achado patológico é o de um aumento da pressão intra-óssea.
- Estágio 1: Esse é o ponto mais inicial na afecção, em que são apreciadas manifestações clínicas. Em geral esses achados são dor e limitação na amplitude de movimentos do quadril. Em geral a dor é na virilha, ocasionalmente está associada a uma irradiação até a coxa, e é observada em cerca de metade dos casos. O exame do quadril pode revelar limitação dos movimentos, especialmente rotação interna e abdução. As radiografias convencionais AP e laterais podem ser normais. Podem ocorrer sutis mudanças — obscurecimento do padrão trabecular ou osteoporose maculosa — em comparação com o outro lado, mas em geral esses achados não são significativos. Portanto, na maior parte das vezes esse é também um estágio pré-radiográfico.
 - Estágio 2: Nesse estágio, persistem os achados clínicos de dor e diminuição da amplitude de movimentos, e surgem os primeiros achados radiográficos. As radiografias mostram alterações no padrão trabecular da cabeça femoral e também possíveis achados de osteoporose, esclerose, ou formação de cistos. A afecção no estágio 2 foi subdividida nos subestágios 2A e 2B, na tentativa de identificar a fase de transição para o estágio 3. No estágio 2A, não ocorre achatamento da cabeça do fêmur, e a cabeça do fêmur mantém uma linha

articular normal e um contorno da superfície articular igualmente normal. Além disso, o estágio 2A pode ser qualificado como predominantemente esclerótico, ou predominantemente cístico, dependendo do aspecto geral da cabeça do fêmur. A afecção no estágio 2B representa a fase de transição, é anunciado pelo surgimento do sinal do crescente, e é predecessor do achatamento inicial da cabeça do fêmur, que a princípio também pode estar presente na afecção no estágio 2B.

- Estágio 3: O estágio 3 caracteriza-se pelo surgimento patognomônico de um seqüestro na cabeça do fêmur. Agora o contorno normal da cabeça do fêmur desapareceu, e ocorre achatamento. Pode ocorrer colapso femoral em grau variável, mas o espaço articular está preservado. Os achados clínicos são: aumento da dor e perda dos movimentos, e também incapacidade funcional e claudicação progressivas.
- Estágio 4: Esse é o estágio final da necrose avascular caracterizando-se pela perda progressiva da cartilagem articular, estreitamento do espaço articular, e envolvimento do acetábulo. O achatamento (ou o colapso) da cabeça do fêmur pode piorar. Os achados clínicos são os da artrose avançada.

O sistema de Ficat é essencialmente descritivo, e não gradua ou avalia a extensão do processo patológico.

Tratamento

O objetivo de todo tratamento consiste em interromper a progressão da afecção e impedir o colapso (ou maior colapso) da cabeça do fêmur e a ocorrência de uma artrite degenerativa progressiva. O tipo de tratamento depende em parte do estágio no qual é diagnosticada a afecção. O objetivo do tratamento, especialmente em pacientes mais jovens, é tentar a preservação ou salvamento da cabeça femoral normal e impedir alterações degenerativas.

Foi demonstrado que o tratamento não cirúrgico é ineficaz em casos de necrose avascular. Num grupo de pacientes tratados não cirurgicamente com sustentação normal do peso, e com restrição na sustentação do peso, independentemente da situação de sustentação do peso, a percentagem de progressão geral da afecção foi de 92%. Nos quadris diagnosticados antes do colapso radiográfico, 81% exibiram progressão. Portanto, tão logo fique evidenciado clinicamente o diagnóstico, a maioria dos casos irá progredir, não importando sua situação de sustentação do peso. Uma revisão de cinco grandes estudos de tratamento não cirúrgico (conservador) da osteonecrose nos estágios 2 e 3 de Ficat com 21 a 36 meses de acompanhamento, sugeriu que ocorreu progressão clínica em 86% dos pacientes, e progressão radiográfica em 78% dos pacientes. Em outro estudo, dois terços de 53 quadris assintomáticos progrediram para o colapso subcondral dentro de 24 meses após o diagnóstico, e o restante progrediu para esse estágio dentro de 6 anos.

Da mesma forma, foi feita revisão de um estudo em que os pacientes que terminaram sofrendo necrose avascular bilateral e que foram admitidos na pesquisa com radiografias normais, quando um dos quadris estava num estado pré-sintomático. A necrose avascular rapidamente progrediu para o colapso do quadril em elevada percentagem de pacientes num lapso de tempo relativamente curto (média de 23 meses depois do momento de ingresso na pesquisa).

Os métodos cirúrgicos de tratamento incluem procedimentos que tentam salvar a cabeça femoral existente, e procedimentos reconstrutivos. Os procedimentos de salvação são: descompressão central, aplicação de enxerto ósseo, osteotomia, estimulação elétrica, ou combinações desses procedimentos. Os procedimentos reconstrutivos são a substituição bipolar do quadril ou substituição total do quadril.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA NECROSE AVASCULAR DO FÊMUR.

Prognóstico: reservado. A doença costuma ter evolução progressiva e incapacitante, principalmente se cursando concomitantemente com obesidade. O prognóstico depende de ser uni ou bilateral, idade de acometimento, bem como da progressão da lesão.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 nos casos leves, sem limitações da mobilidade articular e radiografias mostrando lesões incipientes (estágio 0 e 1 de Ficat e Arlet).

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): prazo na dependência do estágio da doença e boa resposta ao tratamento instituído.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: afastar o segurado de postos de trabalho que exijam movimentos de carregar pesos, agachar, abaixar e caminhar freqüentemente.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Nos jovens, com baixa resposta ao tratamento clínico e indicação de tratamento cirúrgico (estágio 3 e 4 de Ficat e Arlet).

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inegáveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL.

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): nos casos graves, irreversíveis, de comprometimento bilateral da articulação do quadril sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

ALGONEURODISTROFIA (M89.0)

DESCRIÇÃO

Algoneurodistrofia ou Distrofia simpático-reflexa (DSR) é uma entidade clínica, caracterizada por dor, em geral, intensa e difusa, desproporcional ao estímulo, acompanhada de alterações vasomotoras, que afeta mais freqüentemente os membros superiores (49).

A fisiopatologia é desconhecida e controversa, pois nem todos os casos se apresentam com distrofia, ou com uma relação com o sistema simpático, mas a dor é característica e comum em todos.

O polimorfismo desta patologia gerou várias denominações conforme o quadro, sendo as mais comuns: causalgia, síndrome ombro-mão, osteodistrofia de Sudeck, algodistrofia e osteoporose transitória. Atualmente é mais usado o termo síndromes dolorosas regionais complexas.

Quanto à incidência, DSR é mais freqüente em mulheres do que em homens, numa proporção de 3 para 1, e o tipo de personalidade parece ter uma forte influência na instalação dos sintomas. Estes pacientes com freqüência são inseguros, instáveis, hiperqueixosos e desconfiados.

Esta patologia é uma complicação comum das fraturas da extremidade distal do rádio, principalmente as tratadas com fixadores externos.

O diagnóstico é principalmente clínico. Os sinais cardinais são: dor (fora de proporção), edema, rigidez e alterações na cor da pele, após um trauma na extremidade. Outros sinais secundários que podem estar presentes são osteoporose da extremidade, alterações sudomotoras (incluindo da temperatura), instabilidade vasomotora, fibromatose palmar e personalidade instável do paciente.

A dor é o sintoma mais característico desta síndrome. Ela se apresenta com uma intensidade muito maior do que seria de se esperar da lesão inicial, sendo constante e agravada com os menores estímulos, como um leve toque ou qualquer tentativa de movimento ativo ou passivo, ou ainda com fatores emocionais.

O edema é também um sinal constante e, como a dor, é em geral fora de proporção com o trauma inicial.

Rigidez é um quadro freqüente e muito maior do que o encontrado após um trauma ou cirurgia, e pode ser explicado pela dor (atitude de defesa) ou pelo edema.

Alterações simpáticas: dependendo da fase da doença, a mão (ou pé) pode se tornar cianótica, pálida ou avermelhada principalmente ao nível das metacarpo-falangianas e interfalangianas. Nas fases iniciais é comum ocorrer sudorese abundante.

É importante se determinar clinicamente a fase.

Na fase inicial ou aguda, o que chama a atenção é a dor e o edema, sem proporção com o trauma inicial. Esta fase dura em média três meses. Observa-se também sudorese e vermelhidão, e a mão pode estar bastante fria.

Na fase intermediária, que vai até o nono ou décimo segundo mês, a dor, ainda forte no início, e a sudorese, diminuem lentamente e o edema se torna mais duro. A coloração avermelhada se torna mais pálida ou cianótica. Pode ocorrer hipertrofia da fáscia palmar e a pele e o tecido subcutâneo se tornam atrofícos. Nesta fase há uma intensa osteoporose no punho e na mão.

Na fase tardia, após um ano, a dor aos movimentos tem menor intensidade. O edema cede, porém as articulações permanecem engrossadas devido à fibrose nos ligamentos e cápsula. A pele atrofiada é seca e fria e a rigidez é intensa. A osteoporose é ainda bem marcada.

A DSR pode se apresentar de pelo menos cinco formas clínicas: causalgia menor, distrofia traumática menor, síndrome ombro-mão, distrofia traumática maior e causalgia maior.

Os testes laboratoriais não apresentam qualquer alteração na DSR e não ajudam no diagnóstico.

Os exames de imagem importantes são: Rx, Ressonância magnética e a Cintilografia óssea

As alterações radiográficas podem levar semanas ou meses para aparecerem. São caracterizadas por intensa osteopenia, inicialmente subcondral e depois disseminada. Os espaços articulares são preservados. A osteopenia ainda continua por muito tempo após a cessação dos sintomas.

Os tratamentos preconizados para esta doença são: Interrupção do reflexo simpático (bloqueio do gânglio estrelado), bloqueio simpático intravenoso regional, medicação oral que inclui analgésicos ou anti-inflamatórios, ansiolíticos ou antidepressivos, e drogas simpaticolíticas, calcitonina, fisioterapia e cirurgia.

CONDUTA MÉDICO-PERICIAL NA DSR

Prognóstico reservado. O tratamento conservador é demorado e a recuperação nem sempre é completa podendo deixar seqüelas.

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 em casos leves, sem incapacidade laboral.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): longa, em média de 6 meses, com programação e adesão ao tratamento.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: aguardar a estabilização da doença.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): indicado em exame de retorno, caso haja persistência ou piora do quadro.

LIMITE INDEFINIDO (LI): Casos inelegíveis para REABILITAÇÃO PROFISSIONAL e com seqüelas incompatíveis com a atividade laboral

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC-LOAS): Em casos graves, irreversíveis, sem a possibilidade do requerente prover seu próprio sustento.

SÍNDROME PÓS-LAMINECTOMIA NÃO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE (M96.1)

DESCRIÇÃO

O termo síndrome pós-laminectomia é utilizado para descrever a persistência de dor lombar e/ou no membro inferior após cirurgia da coluna. Na prática ocorre com frequência na Perícia Médica e representa um verdadeiro desafio. A síndrome pós-laminectomia é rebelde ao tratamento, bem como, às tentativas de prevenção.

A maioria das cirurgias da coluna lombar visa o tratamento de patologia discal e normalmente obtém ótimos resultados. Porém, a indicação cirúrgica tem diminuído consideravelmente nos últimos anos, talvez pela boa evolução com o tratamento conservador, quanto ao reconhecimento, não tão raro, de resultados cirúrgicos desfavoráveis (taxa de 10% de resultados ruins com relação ao alívio da dor).

A síndrome pós-laminectomia tem grande impacto socioeconômico. Esses dados ressaltam a importância do conhecimento preciso dos fatores etiopatogênicos que podem levar à persistência ou à recorrência dos sintomas após uma cirurgia discal lombar. Neste sentido, inúmeros fatores têm sido descritos em pacientes com síndrome pós-laminectomia. Entre os mais importantes podemos citar a recidiva herniária, a fibrose epidural envolvendo a raiz nervosa, a instabilidade mecânica pós-operatória, a doença degenerativa levando à estenose foraminal ou do canal vertebral lombar, a aracnoidite, o trauma radicular perioperatório, a coexistência de outras patologias sistêmicas ou locais e a presença de distúrbios psicológicos e/ou situações envolvendo ganhos secundários. Por outro lado, a persistência dos sintomas pode ocorrer mesmo na ausência de qualquer uma das condições citadas acima.

A incidência das diferentes etiologias que levam à persistência da dor após cirurgia de hérnia discal lombar não está bem estabelecida, mas o diagnóstico diferencial entre recidiva herniária e fibrose epidural é particularmente importante devido a suas implicações periciais.

A recidiva se caracteriza por uma lombociatalgia. Nesse sentido, a lombalgia é um achado quase universal nos estudos de síndrome pós-laminectomia. Quanto à dor nos membros, ela pode apresentar características mono ou polirradiculares com trajeto igual ou diferente do trajeto da dor que levou à cirurgia. A característica mais marcante da dor na síndrome pós-laminectomia é sua intensidade e persistência, levando a grande incapacidade.

Os achados de exame físico também parecem pouco específicos. O sinal de Lasègue é consideravelmente mais frequente na recidiva herniária, porém também tem sido descrito na fibrose epidural. No entanto, o sinal de Lasègue abaixo de 50º ou Lasègue contralateral são raros na síndrome pós-laminectomia.

A maioria dos pacientes apresenta uma importante limitação da mobilidade lombar.

Alterações neurológicas, como parestesias, fraqueza muscular, déficit sensorial e diminuição de reflexos, podem ocorrer na síndrome pós-laminectomia.

Muitos estudos clínicos têm sido realizados para avaliar o grande e complexo grupo de pacientes com síndrome pós-laminectomia. A radiografia simples permite apenas a observação dos locais de laminectomia ou de alterações tardias nas complicações infecciosas discovertebrais. No entanto, na maioria dos casos, a radiografia convencional não é útil na abordagem diagnóstica desses pacientes. A tomografia computadorizada com injeção endovenosa de contraste também foi utilizada por vários autores, porém com limitações importantes. O exame de escolha para avaliação da síndrome pós-laminectomia é a ressonância magnética, que permite visualização multi-planar altamente sensível para as complicações pós-operatórias. *Deve-se ressaltar, no entanto, que os achados de tomografia e ressonância são mais sensíveis do que específicos, sendo comuns alterações de imagem em pacientes assintomáticos.*

A primeira consideração que deve ser feita no caso de lombociatalgia pós-operatória é se a

cirurgia foi, inicialmente, bem indicada ou não. A presença de lombalgia sem ciatalgia, erros diagnósticos em casos de protrusões discais sem hérnia verdadeira comprimindo a raiz, presença de distúrbios psicológicos graves e situações de litígio trabalhista representam alguns exemplos de má indicação cirúrgica. A cirurgia de segurados envolvidos em litígio trabalhista permanece uma questão delicada. Muito embora inúmeros estudos demonstrem que pacientes com ganhos secundários de ordem trabalhista têm maior incidência de fracasso da cirurgia, este dado isolado não pode ser considerado uma contra-indicação operatória absoluta.

Outra questão a ser abordada é a própria cirurgia e possíveis erros técnicos cometidos. Operações em nível errado (particularmente em casos de vértebras transicionais), cirurgias incompletas mantendo fragmentos discais, cirurgias traumáticas e/ou hemorrágicas e o não reconhecimento de uma estenose provocada por patologia articular posterior são alguns exemplos que devem ser levados em conta. Uma correlação entre infecções cirúrgicas profundas, espondilite e espondilodiscite e o surgimento da síndrome pós-laminectomia tem sido demonstrada.

Finalmente, quando não houve erro técnico, nem má indicação cirúrgica, os diagnósticos mais freqüentemente observados são recidiva da hérnia, compressão óssea, fibrose epidural e aracnoidite. Essas etiologias podem ocorrer tanto isoladamente quanto associadas entre si e seu diagnóstico diferencial é de extrema importância.

Com relação à importância clínica da persistência do tecido cicatricial epidural após seis meses da cirurgia, alguns autores demonstraram a relação entre a presença desse tecido fibrótico e uma pior evolução clínica.

A persistência de tecido epidural cicatricial, com efeito de massa sobre as estruturas nervosas nos pacientes assintomáticos, desafia nossos conceitos do papel da compressão de estruturas nervosas na produção de dor nos pacientes sintomáticos.

O papel dos aspectos trabalhistas na síndrome pós-laminectomia tem sido bastante enfatizado. Alguns autores, inclusive, consideram essa a principal causa da síndrome pós-laminectomia. Assim, mesmo esse fator isolado não pode ser considerado como a única causa da síndrome, apesar da evidente necessidade de cuidado redobrado ao se indicar cirurgia nos pacientes envolvidos em litígio trabalhista.

Finalmente, aspectos psicológicos devem ser avaliados nos pacientes com síndrome pós-laminectomia. O impacto de fatores psicológicos na origem e evolução da lombalgia é, atualmente, um objeto freqüente de estudo. Em relação à síndrome pós-laminectomia, alguns autores consideram os fatores psicológicos como essenciais. Porém, é preciso encarar essa posição com muita crítica. Muitas vezes, a dor não melhora, apesar de tratamento clínico e cirúrgico adequado. A resposta do médico para esses fracassos terapêuticos geralmente invoca fatores psicológicos do doente. Esse diagnóstico pressupõe que todos os fatores orgânicos foram considerados, quando, na verdade, eles são muito complexos e pouco conhecidos. A questão dos aspectos psicológicos é grave, uma vez que clínicos e cirurgiões não têm o hábito de realizar uma avaliação psicológica de seus pacientes, não existindo qualquer critério ou padronização neste sentido.

O tratamento da síndrome pós-laminectomia varia radicalmente de acordo com sua etiologia. Este dado é particularmente relevante na proposição de novas técnicas terapêuticas ou na indicação de uma nova cirurgia com alto risco de maus resultados.

Em resumo, a abordagem da síndrome pós-laminectomia deve ser minuciosa e cuidadosa. Uma pesquisa exaustiva de fatores anatômicos, valendo-se freqüentemente de propeidêutica armada sofisticada, é sempre necessária. A presença de síndrome de desatenção, bem como a importância dos mecanismos de sensibilização na dor crônica, também devem ser reconhecidas, por implicações nas condutas terapêuticas. Acreditamos que, no tratamento de pacientes com síndrome pós-laminectomia, o médico precisa estar atualizado nos conhecimentos dos mecanismos de produção da dor e que aspectos trabalhistas e psicológicos devem também ser considerados.

Prognóstico: reservado (para a síndrome pós-laminectomia que tem como causa a fibrose epidural não existe tratamento eficaz)

AVALIAÇÃO INICIAL (AX1): T1 não se aplica.

DATA PARA CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO (DCB): Em geral longa; casos de complicação ou recuperação pós-operatória.

REABILITAÇÃO PROFISSIONAL: Em casos sintomáticos, porém elegíveis afastar o segurado de postos de trabalho que exijam sobrecarga da coluna.

REVISÃO EM DOIS ANOS (R2): Em situações de fibrose epidural, segurado jovem, com possibilidade de recuperação de alguma atividade laborativa.

LIMITE INDEFINIDO (LI): A maioria dos casos de fibrose epidural e casos inelegíveis para RP.

PARTE 3: ESTIMATIVA DE TEMPO ÓTIMO PARA CONSOLIDAÇÃO E RECUPERAÇÃO DE LESÕES CONSEQÜENTES A CAUSAS EXTERNAS RELACIONADAS À ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir uma lista com proposta de tempo de recuperação provável para algumas lesões e traumatismos conseqüentes a causas externas. Novamente, esta não foi uma tarefa fácil. Nem sempre é possível o consenso, pois as condutas não são obrigatoriamente consensuais, como também se verifica diversidade das práticas em função de maior ou menor acesso a recursos tecnológicos na assistência à saúde no país. O tempo proposto foi construído a partir da revisão da literatura disponível, como por exemplo “Baremas” de outros sistemas de seguro social (50, 51), discussão de especialistas que compuseram o grupo de trabalho e de contatos feitos com outros especialistas em ortopedia que receberam correspondência e se dispuseram em preencher uma lista de prováveis tempos de consolidação das fraturas. As respostas foram revistas pelo GT Ortopedia e, somando-se a experiência do grupo chegou-se à proposta abaixo.

A lista é composta de duas partes, sendo a primeira com o provável tempo “fisiológico” para a consolidação da lesão e a segunda parte que soma o tempo “fisiológico” ao tempo de recuperação total, fisioterapia e outras práticas complementares, se necessário.

Salientamos que esta lista foi elaborada com base nos seguintes princípios:

- Fraturas não complicadas
- Tratamento conservador
- Indivíduos adultos, hígidos, sem patologias prévias ou comorbidades
- Não foram considerados aspectos ocupacionais

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS - CID 10

CAPÍTULO XIX

**LESÕES, ENVENENAMENTO E ALGUMAS OUTRAS CONSEQÜÊNCIAS DE CAUSAS EXTERNAS
RELACIONADAS À ORTOPEDIA**

		Tempo Ótimo Estimado (dias)	
		Consolidação	Recuperação
S12	Fratura do pescoço		
S12.0	Fratura da primeira vértebra cervical	45	90
S12.1	Fratura da segunda vértebra cervical	45	90
S12.2	Fratura de outras vértebras cervicais especificadas	45	90
S12.7	Fraturas múltiplas da coluna cervical	45	90
S12.8	Fratura de outras partes do pescoço	45	90
S12.9	Fratura do pescoço, parte não especificada	45	90
S13	Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos do pescoço	30	90
S13.0	Ruptura traumática de disco intervertebral cervical	30	30-60
S13.1	Luxação de vértebra cervical	30	60
S13.4	Distensão e entorse da coluna cervical	15	15
S16	Traumatismo de tendões e de músculos do pescoço	15	15
S22.0	Fratura de vértebra torácica	30-45	60
S22.2	Fratura do esterno	30	30
S22.3	Fratura da costela	30	40
S23.1	Luxação de vértebra torácica	30	60
S32	Fratura da coluna lombar e da pelve		
S32.0	Fratura de vértebra lombar	30	90
S32.1	Fratura do sacro	30	60
S32.2	Fratura do cóccix	30	60
S32.3	Fratura do ílio	30	45
S32.4	Fratura do acetábulo	30-60	180
S32.5	Fratura do púbis	30	45
S32.7	Fraturas múltiplas da coluna lombar e da pelve	30-60	180
S33	Luxação, entorse ou distensão das articulações e dos ligamentos da coluna lombar e da pelve		
S33.0	Ruptura traumática do disco intervertebral lombar	30	60
S33.1	Luxação de vértebra lombar	30	60
S33.2	Luxação das articulações sacroilíaca e sacrococcígea	30	60
S33.4	Ruptura traumática de sínfise púbica	30	45
S40.0	Contusão do ombro e do braço	15	15
S42	Fratura do ombro e do braço		
S42.0	Fratura da clavícula	30	60
S42.1	Fratura da omoplata (escápula)	30	60
S42.2	Fratura da extremidade superior do úmero	30-40	90
S42.3	Fratura da diáfise do úmero	45-60	90
S42.4	Fratura da extremidade inferior do úmero	45-60	120
S42.7	Fraturas múltiplas da clavícula, da omoplata (escápula) e do úmero	60	120
S43	Luxação, entorse e distensão de articulações e dos ligamentos da cintura escapular		
S43.0	Luxação da articulação do ombro	21	30
S43.1	Luxação da articulação acromioclavicular	21	30
S43.2	Luxação da articulação esternoclavicular	21	30
S43.4	Entorse e distensão de articulação do ombro	15	15
S43.5	Entorse e distensão da articulação acromioclavicular	15	15
S43.6	Entorse e distensão da articulação esternoclavicular	15	15
S44	Traumatismo de nervos ao nível do ombro e do braço		
S44.0	Traumatismo do nervo cubital (ulnar) ao nível do braço	**	**

S44.1	Traumatismo do nervo mediano ao nível do braço	**	**
S44.2	Traumatismo do nervo radial ao nível do braço	**	**
S44.3	Traumatismo do nervo axilar	**	**
S44.4	Traumatismo do nervo musculocutâneo	**	**
S44.7	Traumatismo de múltiplos nervos ao nível do ombro e do braço	**	**
S46	Traumatismo de tendão e músculo ao nível do ombro e do braço	**	**
S46.0	Traumatismo do tendão do manguito rotador do ombro	**	**
S46.1	Traumatismo do músculo e tendão da cabeça longa do bíceps	**	**
S46.2	Traumatismo do músculo e tendão de outras partes do bíceps	**	**
S46.3	Traumatismo do músculo e tendão do tríceps	**	**
S46.7	Traumatismo de múltiplos músculos e tendões ao nível do ombro e do braço	**	**
S48	Amputação traumática do ombro e do braço		
S48.0	Amputação traumática da articulação do ombro	30	RP
S48.1	Amputação traumática de localização entre o ombro e o cotovelo	30	RP
S50.0	Contusão do cotovelo	15	15
S50.1	Contusão de outras partes e de partes não especificadas do antebraço	15	15
S52	Fratura do antebraço		
S52.0	Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)	45	60
S52.1	Fratura da extremidade superior do rádio	40	60
S52.2	Fratura da diáfise do cúbito (ulna)	50	70
S52.3	Fratura da diáfise do rádio	45	60
S52.4	Fratura das diáfises do rádio e do cúbito (ulna)	45	90
S52.5	Fratura da extremidade distal do rádio	45	90
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito (ulna)	45	90
S52.7	Fraturas múltiplas do antebraço	45	90
S53	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do cotovelo		
S53.0	Luxação da cabeça do rádio	*	*
S53.1	Luxação do cotovelo, não especificada	21	45
S53.2	Ruptura traumática do ligamento colateral do rádio	21	45
S53.3	Ruptura traumática do ligamento colateral do cúbito (ulna)	21	45
S53.4	Entorse e distensão do cotovelo	15	15
S54	Traumatismo de nervos ao nível do antebraço		
S54.0	Traumatismo do nervo cubital (ulnar) ao nível do antebraço	**	**
S54.1	Traumatismo do nervo mediano ao nível do antebraço	**	**
S54.2	Traumatismo do nervo radial ao nível do antebraço	**	**
S54.7	Traumatismo de múltiplos nervos ao nível do antebraço	**	**
S56	Traumatismo do músculo e do tendão ao nível do antebraço	**	**
S56.0	Traumatismo do músculo flexor e do tendão do polegar ao nível do antebraço	**	**
S56.1	Traumatismo do músculo flexor e do tendão de outro(s) dedo(s) ao nível do antebraço	**	**
S56.2	Traumatismo de outro músculo flexor e tendão ao nível do antebraço	**	**
S56.3	Traumatismo dos músculos extensor ou abductor e dos tendões do polegar ao nível do antebraço	**	**
S56.4	Traumatismo do músculo extensor e do tendão de outro(s) dedo(s) ao nível do antebraço	**	**
S56.7	Traumatismo de músculos e tendões múltiplos ao nível do antebraço	**	**
S58	Amputação traumática do cotovelo e do antebraço		
S58.0	Amputação traumática ao nível do cotovelo	21	RP
S58.1	Amputação traumática do antebraço entre o cotovelo e o punho	21	RP
S58.9	Amputação traumática do antebraço, nível não especificado	21	RP
S60	Traumatismo superficial do punho e da mão		
S60.0	Contusão de dedo (s) sem lesão da unha	5	5
S60.1	Contusão de dedo (s) com lesão da unha	15	15
S62	Fratura ao nível do punho e da mão		
S62.0	Fratura do osso navicular (escafóide) da mão	45	90

S62.1	Fratura de outro(s) osso(s) do carpo	45	90
S62.2	Fratura do primeiro metacarpiano	30	60
S62.3	Fratura de outros ossos do metacarpo	30	60
S62.4	Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos	30	90
S62.5	Fratura do polegar	21	45
S62.6	Fratura de outros dedos	21	45
S62.7	Fraturas múltiplas de dedo(s)	21	60
S63	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do punho e da mão		
S63.0	Luxação do punho	21	45
S63.1	Luxação de dedo	15	30
S63.2	Luxações múltiplas dos dedos	15	30
S63.3	Ruptura traumática de ligamento(s) do punho e do carpo	**	**
S63.4	Ruptura traumática do ligamento do dedo nas articulações metacarpofalangianas e interfalangianas	**	**
S63.5	Entorse e distensão do punho	21	30
S63.6	Entorse e distensão do(s) dedo(s)	15	20
S64	Traumatismo de nervos ao nível do punho e da mão		
S64.0	Traumatismo do nervo cubital (ulnar) ao nível do punho e da mão	**	**
S64.1	Traumatismo do nervo mediano ao nível do punho e da mão	**	**
S64.2	Traumatismo do nervo radial ao nível do punho e da mão	**	**
S64.3	Traumatismo do nervo digital do polegar	**	**
S64.4	Traumatismo do nervo digital de outro dedo	**	**
S64.7	Traumatismo de múltiplos nervos ao nível do punho e da mão	**	**
S66	Traumatismo de músculo e tendão ao nível do punho e da mão	**	**
S66.0	Traumatismo do músculo flexor longo e tendão do polegar ao nível do punho e da mão	**	**
S66.1	Traumatismo do músculo flexor e tendão de outro dedo ao nível do punho e da mão	**	**
S66.2	Traumatismo do músculo extensor e do tendão do polegar ao nível do punho e da mão	**	**
S66.3	Traumatismo do músculo extensor e tendão de outro dedo ao nível do punho e da mão	**	**
S66.4	Traumatismo do músculo intrínseco e tendão do polegar ao nível do punho e da mão	**	**
S66.5	Traumatismo do músculo intrínseco e tendão de outro dedo ao nível do punho e da mão	**	**
S66.6	Traumatismo de músculos flexores e tendões múltiplos ao nível do punho e da mão	**	**
S66.7	Traumatismo de músculos extensores e tendões múltiplos ao nível do punho e da mão	**	**
S68	Amputação traumática ao nível do punho e da mão		
S68.0	Amputação traumática do polegar (completa)(parcial)	21	RP
S68.1	Amputação traumática de um outro dedo apenas (completa)(parcial)	21	RP
S68.2	Amputação traumática de dois ou mais dedos somente (completa)(parcial)	21	RP
S68.3	Amputação traumática combinada de (partes de) dedo(s) associada a outras partes do punho e da mão	21	RP
S68.4	Amputação traumática da mão ao nível do punho	21	RP
S70.0	Contusão do quadril	15	15
S70.1	Contusão da coxa	15	15
S72	Fratura do fêmur		
S72.0	Fratura do colo do fêmur	*	*
S72.1	Fratura pertrocantérica	*	*
S72.2	Fratura subtrocantérica	*	*
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur	*	*
S72.4	Fratura da extremidade distal do fêmur	*	*
S72.7	Fraturas múltiplas do fêmur	*	*
S73	Luxação, entorse e distensão da articulação e dos ligamentos do quadril		
S73.0	Luxação da articulação do quadril	30	90
S73.1	Entorse e distensão do quadril	15	15
S74	Traumatismo de nervos ao nível do quadril e da coxa		
S74.0	Traumatismo do nervo ciático ao nível do quadril e da coxa	**	**
S74.1	Traumatismo do nervo femoral ao nível do quadril e da coxa	**	**

S74.2	Traumatismo do nervo sensitivo cutâneo ao nível do quadril e da coxa	**	**
S74.7	Traumatismo de nervos múltiplos ao nível do quadril e da coxa	**	**
S76	Traumatismo de músculo e de tendão ao nível do quadril e da coxa	**	**
S76.0	Traumatismo do músculo e do tendão do quadril	**	**
S76.1	Traumatismo do músculo e do tendão do quadríceps	**	**
S76.2	Traumatismo do músculo e do tendão do adutor da coxa	**	**
S76.3	Traumatismo do músculo e do tendão dos músculos posteriores ao nível da coxa	**	**
S78	Amputação traumática do quadril e da coxa		
S78.0	Amputação traumática na articulação do quadril	60	RP
S78.1	Amputação traumática localizada entre o joelho e o quadril	60	RP
S78.9	Amputação traumática do quadril e coxa nível não especificado	60	RP
S80.0	Contusão do joelho	15	15
S82	Fratura da perna, incluindo o tornozelo		
S82.0	Fratura da rótula (patela)	45	90
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tíbia	60	90
S82.2	Fratura da diáfise da tíbia	60	90
S82.3	Fratura da extremidade distal da tíbia	60	90
S82.4	Fratura do perônio (fíbula)	45	60
S82.5	Fratura do maléolo medial	45	90
S82.6	Fratura do maléolo lateral	45	90
S82.7	Fraturas múltiplas da perna	60	120
S83	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos do joelho		
S83.0	Luxação da rótula (patela)	21	40
S83.1	Luxação do joelho	*	*
S83.2	Ruptura do menisco	30	60
S83.3	Ruptura atual da cartilagem da articulação do joelho	40	60
S83.4	Entorse e distensão envolvendo o ligamento colateral (peroneal) (tibial) do joelho	21	30
S83.5	Entorse e distensão envolvendo ligamento cruzado (anterior) (posterior) do joelho	**	**
S83.7	Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho	**	**
S84	Traumatismo de nervos periféricos da perna	**	**
S84.0	Traumatismo do nervo tibial ao nível da perna	**	**
S84.1	Traumatismo do nervo peroneal ao nível da perna	**	**
S84.7	Traumatismo de múltiplos nervos ao nível da perna	**	**
S86	Traumatismo de músculo e de tendão ao nível da perna	**	**
S86.0	Traumatismo do tendão de Aquiles	**	**
S86.1	Traumatismo de outro(s) músculo(s) e tendão(ões) do grupo muscular posterior ao nível da perna	**	**
S86.2	Traumatismo do(s) músculo(s) e tendão(ões) do grupo muscular anterior ao nível da perna	**	**
S86.3	Traumatismo do(s) músculo(s) e tendão(ões) do grupo muscular peroneal ao nível da perna	**	**
S86.7	Traumatismo de múltiplos músculos e tendões ao nível da perna	**	**
S88	Amputação traumática da perna	21	100
S88.0	Amputação traumática ao nível do joelho	21	100
S88.1	Amputação traumática entre o joelho e o tornozelo	21	100
S92	Fratura do pé (exceto do tornozelo)		
S92.0	Fratura do calcâneo	60	120
S92.1	Fratura do astrágalo	60	120
S92.2	Fratura de outros ossos do tarso	45	90
S92.3	Fratura de ossos do metatarso	30	60
S92.4	Fratura do hálux	21	45
S92.5	Fratura de outro artelho	21	45
S92.7	Fraturas múltiplas do pé	60	120
S93	Luxação, entorse e distensão das articulações e dos ligamentos ao nível do tornozelo e do pé		
S93.0	Luxação da articulação do tornozelo	30	40

S93.1	Luxação do(s) artelho(s)	21	30
S93.2	Ruptura de ligamentos ao nível do tornozelo e do pé	21	45
S93.4	Entorse e distensão do tornozelo	30	60
S93.5	Entorse e distensão do(s) artelho(s)	21	30
S94	Traumatismo dos nervos ao nível do tornozelo e do pé	**	**
S94.0	Traumatismo do nervo plantar externo (lateral)	**	**
S94.1	Traumatismo do nervo plantar interno (medial)	**	**
S94.2	Traumatismo do nervo peroneal (fibular) profundo ao nível do tornozelo e do pé	**	**
S94.7	Traumatismo de múltiplos nervos ao nível do tornozelo e do pé	**	**
S96	Traumatismo de músculo e tendão ao nível do tornozelo e do pé	**	**
S96.0	Traumatismo do músculo e tendão do músculo flexor longo do(s) artelho(s) ao nível do tornozelo e do pé	**	**
S96.1	Traumatismo do músculo e tendão do extensor longo do(s) artelho(s) ao nível do tornozelo e do pé	**	**
S96.2	Traumatismo do músculo intrínseco e tendão ao nível do tornozelo e do pé	**	**
S96.7	Traumatismo do múltiplos músculos e tendões ao nível do tornozelo e do pé	**	**
S98	Amputação traumática do tornozelo e do pé	21	100
S98.0	Amputação traumática do pé ao nível do tornozelo	21	100
S98.1	Amputação traumática de apenas um artelho	21	30
S98.2	Amputação traumática de dois ou mais artelhos	21	30
S98.3	Amputação traumática de outras partes do pé	21	100
T02	Fraturas envolvendo múltiplas regiões do corpo		
T02.2	Fraturas envolvendo regiões múltiplas de um membro superior	**	RP
T02.4	Fraturas envolvendo regiões múltiplas de ambos os membros superiores	**	RP
T02.5	Fraturas envolvendo regiões múltiplas de ambos os membros inferiores	**	RP
T05	Amputação traumática envolvendo múltiplas regiões do corpo	**	RP
T05.1	Amputação traumática de uma mão e de outro braço (qualquer nível exceto mão)	**	RP
T05.3	Amputação traumática de ambos os pés	**	RP
T05.4	Amputação traumática de um pé e outra perna (qualquer nível exceto pé)	**	RP
T05.5	Amputação traumática de ambas as pernas (qualquer nível)	**	RP
T79.6	Isquemia muscular traumática	**	**
T87.3	Neuroma de coto de amputação	**	**
T87.4	Infecção de coto de amputação	**	**
T87.5	Necrose de coto de amputação	**	**
T91	Seqüelas de traumatismos do pescoço e do tronco	**	**
T91.1	Seqüelas de fratura de coluna vertebral	**	**
T92	Seqüelas de traumatismos do membro superior	**	**
T92.1	Seqüelas de fratura do braço	**	**
T92.2	Seqüelas de fraturas ao nível do punho e da mão	**	**
T92.3	Seqüelas de luxação, entorse e distensão do membro superior	**	**
T92.4	Seqüelas de traumatismo de nervo de membro superior	**	**
T92.5	Seqüelas de traumatismo de músculo e tendão do membro superior	**	**
T93	Seqüelas de traumatismos do membro inferior	**	**
T93.1	Seqüelas de fratura do fêmur	**	**
T93.3	Seqüelas de luxação, entorse e distensão do membro inferior	**	**
T93.4	Seqüelas de traumatismo de nervo de membro inferior	**	**
T93.5	Seqüelas de traumatismo de músculo e tendão do membro inferior	**	**

GLOSSÁRIO

Abdução é o movimento angular que permite separar um segmento corpo da linha média do corpo. Por exemplo, afastar um braço do tronco, em posição ereta. O contrário de adução.

Adução é o movimento que aproxima qualquer segmento corpo da linha média do corpo. Por exemplo aproximar uma braço do tronco. O contrário de abdução.

Ancilose é a abolição ou limitação dos movimentos de uma articulação móvel. **Ancilose espúria, extracapsular, falsa** é devida a rigidez das partes que rodeiam a articulação. **Ancilose fibrosa** é devida a formação de aderências fibrosas dentro de uma articulação. **Ancilose intracapsular** é devida a rigidez dos tecidos dentro da articulação. **Ancilose ligamentosa** é devida aos ligamentos e tecidos fibrosos. **Ancilose muscular** é devida a contração muscular. **Ancilose óssea ou verdadeira** é a união anormal dos ossos de uma articulação.

Artrite é a inflamação de uma articulação.

Artrodese é a fixação cirúrgica de uma articulação, ancilose artificial

Cifose é a curvatura anormal com proeminência dorsal da coluna vertebral.

Decúbito dorsal é a atitude do corpo, em estado de repouso, segundo a região (atrás) que toca com um plano mais ou menos horizontal.

Decúbito ventral é a atitude do corpo em estado de repouso, segundo a região (estômago) que toca com um plano mais ou menos horizontal.

Dedo em botoeira é o que ocorre por lesão do tendão extensor médio em sua inserção na base da falange média. A incapacidade de extensão da IFP promove a flexão dessa articulação. As bandas laterais, por perderem seus elementos de contenção, deslocam-se, ventralmente, como se fosse a casa de um botão (o botão seria a articulação IFP).

Dedo em garra é uma deformidade relativamente comum que envolve um ao mais dos dedos menores do pé. O segundo dedo é mais frequentemente envolvido. Caracteristicamente o dedo fica encurvado e adquire uma calosidade na região dorsal provocada pelo atrito do calçado. Em alguns casos pode-se desenvolver também calosidades na extremidade do artelho secundária ao atrito com o solo.

Dedo em gatilho é uma irritação da bainha digital que envolve os tendões flexores. Quando a bainha do tendão torna-se mais grossa ou inchada ela belisca o tendão e evita que ele deslize levemente. Em alguns casos o tendão é preso e então solta de repente, assemelhando-se ao acionamento de um gatilho.

Dedo em martelo é o dedo cuja falange distal se encontra em flexão devido à perda da extensão ativa, na sequência de um traumatismo (rotura do tendão extensor, com frequência acompanhada por lesão da cápsula articular e algumas vezes por fratura da base da última falange).

Dedo em pescoço de cisne é caracterizada por uma deformidade em extensão da IFP com flexão da IFD. É observada com freqüência na artrite reumatóide onde ocorre por lesão dos elementos contensores do aparelho extensor. Pode ainda ocorrer como consequência de uma deformidade em martelo, onde toda a força extensora concentrada na IFP. É ainda frqüente na paralisia cerebral e nas seqüelas de lesão do Sistema Nervoso Central por desequilíbrio entre os músculos intrínsecos e extrínsecos.

Dedo em taco de golfe é a deformidade que surge com os calos no dorso dos dedos e também na planta dos pés (embaixo das cabeças dos ossos metatársicos).

Desvio ulnar é uma deformidade muito comum em adultos com artrite reumatóide (AR). Este se deve a uma interação complexa de vários fatores, incluindo a estrutura anatômica da mão, que favorece o desvio, bem como os padrões funcionais do uso e a influência dos tendões flexores durante a preensão. Na mão normal, as falanges estão em inclinação ulnar, em relação aos metacarpícos. Essa inclinação se dá devido aos componentes estruturais que favorecem a direção ulnar, como, por exemplo, a forma dos ossos, o comprimento dos ligamentos colaterais e a inserção dos músculos intrínsecos. Em adição, os tendões flexores cruzam as articulações metacarpo-falangeanas no ângulo ulnar. Entretanto, o desvio ulnar não aparece na mão não-afetada pela AR, devido aos ligamentos anulares que mantém as articulações. Porém, quando estes ligamentos encontram-se enfraquecidos pela sinovite, eles não mais executam esta função de manutenção articular. O alinhamento anatômico dos tendões flexores contribui para a acentuação do desvio ulnar.

Desvios angulares é o afastamento da posição normal relativo a região do plano limitada por duas semi-retas originadas do mesmo ponto.

Discartrose é afecção degenerativa de um ou diversos discos intervertebrais, caracterizada

geralmente pelo estreitamento do espaço intervertebral e pela presença de osteófitos. V. bico-de-papagaio.

Discite é inflamação de um disco, particularmente de uma cartilagem interarticular ou intervertebral.

Dismetrias são avaliações incorretas das distâncias nos movimentos ou atos musculares ou das extensões dos mesmos.

Distrofia simpático-reflexa ou síndrome dolorosa regional complexa tipo I é uma síndrome dolorosa descrita como uma resposta exagerada de uma injúria. Manifesta-se como dor intensa e prolongada, distúrbios vasomotores, recuperação funcional tardia e alterações tróficas.

Dorsiflexão é flexão para a parte de trás. Flexão ou curvatura do pé em direção à perna.

Escoliose é um desvio da coluna vertebral para esquerda ou direita, resultando em um formato de "S". É um desvio da coluna no plano frontal acompanhado de uma rotação e de uma gibosidade (corresponde a uma látero-flexão vertebral). É uma deformidade vertebral de diversas origens. As escolioses de um, ou outro grupo etiológico, podem ter prognóstico muito diferentes, pela distinta progressividade e gravidade de suas curvas. Para melhor entender a definição de uma escoliose, é preciso opô-la a atitude escoliônica: sem gibosidade; sem rotação lateral. Esta deve-se, em 8 entre 10 casos, a uma desigualdade de comprimento dos membros inferiores, e desaparece com o paciente na posição horizontal.

Espondilite é inflamação de uma ou mais vértebras.

Espondilólise é o colapso ou destruição de uma vértebra.

Espondilolistese é um defeito na articulação intervertebral com o escorregamento para frente de uma vértebra em relação a outra subjacente, ocasionando dor ou sintomatologia de irritação de raiz nervosa. O mecanismo que ocasiona este tipo de lesão não é bem conhecido, mas existem teorias que sugerem algumas possíveis causas: fratura por fadiga conjugado a um defeito hereditário ou predisposição; fratura ocorrida durante o parto; trauma; descolamento de uma vértebra sobre a outra secundária à lordose lombar; fraqueza dos ligamentos e estruturas fasciais da região envolvida e má formação das facetas articulares.

Espondilose é anquilose de uma articulação vertebral, desgaste muito freqüente, inicia por volta dos 25 anos e presente na maioria de nós na meia-idade. É uma das principais razões pelas quais os atletas estão no pico da sua performance por volta dos 20 anos de idade. Ela afeta tanto os discos com as juntas facetadas. Perde-se material do disco e da cartilagem que reveste as juntas facetadas. O osso das margens das juntas facetadas e dos discos se alarga, limitando os movimentos e, portanto, enrijecendo a coluna. Ele pode comprimir os nervos, os ligamentos e outras estruturas, causando dor. O fato de você sofrer estas alterações causadas pelo desgaste não significa que você está destinado a ter dor nas costas. Muitas pessoas que apresentam desgaste importante tem poucos ou nenhum problema. Conclui-se que as alterações causadas pelo desgaste deste tipo, têm, geralmente, pouca importância.

Extensão é o movimento pelo qual os segmentos de um membro se afastam e dispõem em linha reta; oposto a flexão.

Extensão-desvio radial do punho é a posição funcional ótima da mão.

Gibosidades são proeminências ósseas anormais na coluna por cavidades, deformidades e desvios dos ossos da mesma. Para alguns autores, a protuberância que forma no mal de Pott.

Hipertrofia é desenvolvimento exagerado dos elementos antômicos de uma parte ou órgão sem alteração da estrutura dos mesmos, que dá por resultado o aumento de peso e volume do órgão.

Hipotenar é a proeminência na borda interna ou cubital da palma da mão; antitenar.

Lordose é curvatura dos ossos, especialmente da curvatura da coluna vertebral de convexidade anterior; oposta a cifose.

Parestesia é sensação anormal, rara, alucinatória, tátil, térmica, etc., dos sentidos ou da sensibilidade geral.

Pinça de força é a preensão que a palma da mão serve de plataforma oposta dos dedos fletidos, constituída pela: preensão cilíndrica, que constitui a preensão mais primitiva e a preensão em gancho, esta consiste numa preensão realizada inteiramente pelos dedos, com a exceção do polegar, e é utilizada, normalmente, para carregar objetos mais pesados.

Pinças de precisão são as inúmeras possibilidades de movimentos de pinça, os três padrões de uso mais comum são: polpa-a polpa, tripode e lateral. A primeira é realizada entre as polpas digitais do polegar e indicador. A segunda é feita entre as polpas digitais dos dedos polegar, indicador e médio. A terceira é realizada entre a polpa digital do polegar e a face látero-radial da segunda falange do indicador.

Plano da escápula é aquele em que esta está posicionada no repouso, sendo de 30 a 45° do plano frontal em direção ao plano sagital, ou seja, a cerca de meio caminho entre estes dois

planos.

Pontos gatilho são lugares irritáveis, localizados estruturas de tecidos moles, mais freqüentemente nos músculos, caracterizados por baixa resistência e pela alta sensibilidade em relação a outras áreas. Quando estimulados com uma pressão moderada, surge uma dor referida (dor espontânea ou ao movimento, diminuição da amplitude de movimento, diminuição de força, dor à palpção e bandas tensas).

Postura dinâmica é a postura "ideal", é a que leva a uma maior eficiência, pois resulta da interação ótima entre músculo, esqueleto e força da gravidade.

Pronação é o movimento do antebraço que resulta na colocação da parte de trás da mão para cima ou anteriormente.

Raios radiais e ulnares são as estruturas anatômicas que se projetam adiante do rádio e da ulna, respectivamente.

Rotação externa é o movimento de um corpo ao redor de seu eixo no sentido externo, para fora.

Rotação interna é o movimento de um corpo ao redor de seu eixo no sentido interno, para dentro.

Rotação neutra é o movimento de um corpo ao redor de seu eixo no sentido neutro, para o meio.

Sinovite é a inflamação de uma membrana sinovial, especialmente dos tendões; artrite às vezes.

Supinação é o movimento de rotação do antebraço pelo qual a palma da mão fica superior ou anteriormente.

Tenar relativa a palma da mão. Proeminência na base do polegar formada pelos músculos abductor e flexor curtos e oponente do polegar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berthoud R. Disability Benefits A review of the issues and options for reform. Report supported by The Joseph Rowntree Foundation. York: ESRC Research Centre on Micro-social Change, University of Essex; 1998.
2. Barr N. The Economics of the Welfare State. Third ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 1998.
3. Kernick D. An introduction to health economics. In: Kernick D, editor. Getting Health Economics Into Practice. Abingdon, England: Radcliffe Medical Press; 2002. p. 358.
4. Marasciulo A. Avaliação de desempenho do programa de benefícios por incapacidade do Instituto Nacional do Seguro Social, gerência de Florianópolis, SC, 2000-2002 [Doutor em Ciências]. São Paulo: FMUSP; 2004.
5. Donceel P. Medicine and the Assessment of Disability. In: International Conference on Disability, Participation and the Workplace; 2005; London, UK; 2005.
6. Niven-Jenkins N. Pathways to Work. In: EUMASS-UEMASS/AADEP, editor. International Conference on Disability, Participation and the Workplace; 2005; London, UK; 2005.
7. Alexanderson K. Problems in healthcare regarding management of patient's sickness absence. In: EUMASS-UEMASS/AADEP, editor. International Conference on Disability, Participation and the Workplace; 2005; London, UK; 2005.
8. Waddell G, McCulloch J, Kummel P, Venner R. Non-Organic Physical Signs in Low-Back Pain. Spine 1980;5(2):117-125.
9. Barros-Filho T, Lech O. Exame Físico em Ortopedia. 2a. Reimpressão 2007 ed. São Paulo, SP: Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda.; 2007.
10. Hoppenfeld S. Propedêutica Ortopédica. Coluna e Extremidades. 1a. ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1980.
11. Sernik RA, Cerre GG. Ultrassonografia do Sistema Musculoesquelético. 1a. ed: Ed. Sarvier; 2002.
12. Waddell GM, J.A.; Kummel. E. et al. Nonorganic physical signs in low-back pain Spine 1980;5:117-125.
13. Lech TEPdBeO. Exame Físico em Ortopedia. 2ª Edição ed. São Paulo: Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda; 2001.
14. Sandro da Silva Gomes ALdS. Análise da Força de Reação Horizontal e Vertical do Solo Durante a Marcha Através de um Sistema de Medição de Força de Contato. 2003.
15. Piola S, Servo L, Maia A, Duarte B, Amorim B, Marques F, et al. Projeto: "Estudos sobre Políticas e Programas Previdenciários"
Subprojeto 2: "Avaliação dos Benefícios por Incapacidade"
Relatório Final. Brasília, DF: IPEA/DISOC; 2007 Fevereiro, 2007.
16. Pozzi JFA. Joelho do Adulto. In: Sizinio H, Xavier R, editors. Ortopedia e Traumatologia. Princípios e Prática. Porto Alegre: ArtMed; 1998.
17. Moskowitz R. Reumatologia clínica. Orientação do diagnóstico e conduta. 2a. ed. São Paulo: Livraria Roca Ltda.; 1985.
18. Macnicol M. O joelho com problema. São Paulo: Editora Manole Ltda.; 2002.
19. Checchia S. Artrose do ombro. In: Hernandez A, editor. SBOT - Ortopedia do Adulto. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 157-163.
20. Chambriard C. Osteoartrose do punho e da mão. In: Hernandez A, editor. SBOT - Ortopedia do Adulto. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 185-194.
21. Camanho G. Osteoartrose do Joelho. In: Hernandez A, editor. SBOT- Ortopedia do Adulto. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 257-263.
22. Roos M, Camisa Jr. A. Osteoartrose do Quadril. In: Hernandez A, editor. SBOT- Ortopedia do Adulto. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 201-217.
23. Duerksen F, Virmond M. A mão em hanseníase. In: Pardini Jr. A, Arlindo G, editors. Cirurgia da mão: lesões não-traumáticas. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.; 1990. p. 281-321.
24. Carvalho Jr. A. Hálux valgo do adulto. In: Pardini Jr. A, Arlindo G, Souza J, editors. Clínica Ortopédica. Atualização em Cirurgia do Pé e Tornozelo. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.; 2001. p. 365-378.

25. Santin R, Mercadante M. Desigualdade de comprimento dos membros inferiores. In: Sizinio H, editor. Ortopedia e Traumatologia. Princípios e Prática. 2a. Edição ed. Porto Alegre: ArtMed; 1998.
26. Windsor R. Joelho do Adulto. In: Weinstein S, Stuart L, Buckwalter J, editors. Ortopedia de TUREK - Princípios e sua aplicação. São Paulo: Editora Manole Ltda.; 2007. p. 592-593.
27. Watson H, Weinzweig J. Stiff joints. In: Green D, Hotchkiss R, Pederson R, editors. Green's Operative Hand Surgery. 4th. Ed. ed. New York: Churchill Livingstone. p. 552-561.
28. Zhioua R, Ortiz-Bravo E, Bardin T. Hidrartrosis y Hemartrosis. Líquido sinovial normal y patológico. In: Enciclopedia Medico-Quirúrgica. Paris: Elsevier; 1994.
29. Façanha F. Alterações congênitas da coluna vertebral. In: Santili C, editor. SBOT- Ortopedia Pediátrica. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 108-114.
30. Rocha L. Escolioses Idiopáticas. In: Santili C, editor. SBOT- Ortopedia Pediátrica. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 115-129.
31. Landim E. Dorso Curvo. In: Santili C, editor. SBOT- Ortopedia Pediátrica. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 131-134.
32. Weinstein S. Coluna Vertebral Toracolombar. In: Weinstein S, Buckwalter J, editors. Ortopedia de TUREK - Princípios e sua aplicação. São Paulo: Editora Manole, Ltda.; 2007. p. 473-480.
33. Avanzi O. Síndromes dolorosas torácicas. In: Hernandez A, editor. SBOT- Ortopedia do Adulto. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 46-47.
34. Brazil A, Ximenes A, Radu Aea. Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias. In: Cecin H, editor. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Brasília: Associação Médica Brasileira Conselho Federal de Medicina; 2001. p. 13.
35. Naides S. Afecções reumáticas: Diagnóstico e tratamento. In: Weinstein S, Buckwalter J, editors. Ortopedia de TUREK - Princípios e sua aplicação. São Paulo: Editora Manole Ltda.; 2007. p. 172.
36. Dee R, Mango E, Hurst L. Principles of Orthopaedic Practice. New York: McGraw-Hill Book Company; 1988.
37. Green N. Infecções ósseas e articulares em crianças. In: Weinstein S, Buckwalter J, editors. Ortopedia de TUREK - Princípios e sua aplicação. São Paulo: Editora Manole Ltda.; 2007. p. 133.
38. Hennemann S, Picada R. Estenose do Canal Cervical. In: Hernandez A, editor. SBOT- Ortopedia do Adulto. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 61-75.
39. Hennemann S, Picada R. Estenose do Canal Lombar. In: Hernandez A, editor. SBOT- Ortopedia do Adulto. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 76-81.
40. Rothman-Simeone. The Spine. Pennsylvania: W.B. Company.
41. Sizinio H. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
42. Moes. Textbook of other spinal deformities. Pennsylvania: W.B. Company.
43. Jones E, Mayer P. Região Cervical. In: Weinstein S, Buckwalter J, Joseph A, editors. Ortopedia de TUREK - Princípios e sua aplicação. São Paulo: Editora Manole Ltda.; 2007. p. 350-355.
44. Norregaard J, Krogsgaard M, Lorenzen T, Jensen E. Diagnosing patients with longstanding shoulder joint pain. Ann Rheum Dis. 2002;61(7):646-9.
45. Gerr F, Letz R. Risk Factors for carpal tunnel syndrome in industry: Blaming the victim? J. Occup. Med. 1992;34:1117-1119.
46. SBOT. Ortopedia do Adulto. 1a. ed. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004.
47. Portaria Ministério da Saúde n. 470 de 24 de julho de 2002. In; 2002.
48. Ficat R, Arlet J. Ischaemia and necrosis of bone. Baltimore: Williams & Wilkins; 1980.
49. Pardini A. Distrofia simpático-reflexa. In: Hernandez A, editor. SBOT- Ortopedia do Adulto. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda.; 2004. p. 05-10.
50. Argentina. Decreto 478/98 Normas para la Evaluación, Calificación y Cuantificación del grado de Invalidez de los Trabajadores Afiliados al S.I.J.P. In. Buenos Aires, Ar; 1998.
51. Espanha. Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2002.

