

Reumatismo de Partes Moles: Abordagem Terapêutica*

Linamara Rizzo Battistella**
Lais Lage Furtado de Mendonça***
Plínio Augusto Balthazar***
Wilson Cossermelli****

RESUMO

Foram abordados métodos convencionais no tratamento do reumatismo de partes moles, no qual o sintoma dor pode apresentar diferenças individualizadas em suas características (intensidade, duração, localização etc.), dependendo inclusive do quadro clínico de base. O sucesso terapêutico, pode ser obtido pela escolha de técnicas preferencialmente simples, seguras e bem recebidas pelo paciente.

UNITERMOS

Tratamento do reumatismo de partes moles. Manuseio do reumatismo não articular.

SUMMARY

The authors review the conventional methods for the management of the soft tissue rheumatism. The success in relieving the patient's chief complaint, i.e. pain, depends on the choice of the appropriate measures that can be used without inconvenience to the patients.

KEY WORDS

Soft tissue rheumatism. Treatment.

Face ao grande número de enfermidades inclusas no capítulo genérico dos reumatismos de partes moles, selecionamos alguns, desde que seria difícil a abordagem de forma individualizada. Entretanto, existem alguns pontos importantes que devem ser lembrados frente a pacientes com suspeita clínica de "reumatismo de partes moles ou não articular"^(7,15).

Em primeiro lugar, após minuciosa avaliação clínica, através dos dados obtidos por história e exame clínico, devemos sempre destacar a possibilidade de doenças sistêmicas, mesmo nos processos classificados como localizados. Assim, numa abordagem inicial do paciente, as provas de atividade inflamatória ou de fase aguda,

* Trabalho realizado na Divisão de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP e no Serviço de Reumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

** Médica Fisiatra, Doutora pela Universidade de São Paulo e Livre Docente pela UniRio. Diretora Científica da APM - Biênio 93/95 e Diretora da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP.

*** Assistentes do Serviço de Reumatologia HC FMUSP.

**** Professor Titular da Disciplina de Reumatologia da FMUSP.

podem nos auxiliar no diagnóstico de doenças inflamatórias e infecciosas, na fase inicial de apresentação, desde que possa simular lesões traumáticas no sistema músculo-esquelético.

A solicitação de exames laboratoriais visando afastar doenças de natureza endócrino-metabólica, principalmente as da tireóide (cálcio, fósforo séricos e urinários, fosfatase alcalina e eventualmente a dosagem de PTH), e diabetes mellitus (glicemia de jejum) podem estar indicados principalmente nos quadros suspeitos de fibromialgia e nos quadros regionalizados, simulando neuropatias⁽¹²⁾.

As radiografias regionais podem ser úteis nos quadros de tendinites, bursites e principalmente nas entesopatias, onde quadros de condrocalcínose e artropatias soro-negativas podem ser detectados⁽¹²⁾.

Entretanto, acreditamos que exames mais invasivos como arteriografias, eletromiografias, biópsias, entre outros, podem aguardar uma reavaliação, devendo ser solicitados somente após a falta de resposta satisfatória ao tratamento conservador⁽¹⁵⁾.

Outro aspecto importante na abordagem ao paciente com quadro de reumatismo de partes moles, é tentar identificar e corrigir fatores determinantes e perpetuadores do quadro algico, como movimentos repetitivos nas tarefas ocupacionais ou de lazer, posturas viciosas como anteriorização do segmento cefálico, ombros caídos, alterações estruturais em articulações como joelhos varo ou valgos, pés planos, encurtamento de um dos membros inferiores, uso de calçados inadequados (calçados de sola dura ou de salto muito alto)^(3,4).

Fornecer informações ao paciente sobre o seu quadro, procurando esclarecer que os reumatismos de partes moles raramente levam à incapacidade física permanente (o que nos parece ser uma preocupação constante entre esses indivíduos), e principalmente enfatizar que a tensão emocional, embora não seja a causa direta de suas dores, pode agir como um fator agravante, não só por causarem rebaixamento do limiar de dor, como por que as dores crônicas, por si só, já são fontes importantes de ansiedades, depressão e distúrbios do sono, como já bem caracterizados nos quadros de fibromialgia e síndromes tensionais do pescoço^(2,12).

Proporcionar alívio da dor - Como já mencionado anteriormente, a dor pode levar a ciclo vicioso com espasmo muscular, fazendo o paciente executar movimentos anômalos visando proteger o segmento doloroso, o que pode modificar o desempenho

de outras estruturas. Assim, uma abordagem terapêutica adequada é essencial não só para abrandar sintomas, como também para se evitar as alterações mecânicas associadas, que podem eventualmente progredir a "disseminação" dos fenômenos algicos a outros segmentos do corpo^(3,4,5).

Dependendo do quadro, uma analgesia adequada pode ser obtida através do tratamento local com medidas físicas visando analgesia, diminuição do espasmo muscular localizado e propiciando necessária recuperação funcional^(3,4,15).

Há grande número de meios físicos que podem ser prescritos no tratamento destes pacientes. Nas fases mais agudas a crioterapia, seja através da imersão em água fria abaixo de 10°C, por 15', das compressas de gelo ou através dos "sprays", é recurso de importância no controle da dor^(14,15). A adição de outros recursos, como a iontoforese com histamina ou salicilato, em intensidade moderada, 1,5 MA durante 15 minutos, tem se mostrado um recurso especialmente útil nas tenossinovites^(2,16).

A eletroterapia, na fase aguda, que seja através da eletrocupuntura^(8,11), onde o estímulo elétrico é feito pontualmente, que seja através das correntes diadinâmicas utilizadas principalmente quando as dores são irradiadas, tem apresentado resultados satisfatórios^(8,11). A intensidade e o tempo de aplicação é sempre decorrência da extensão da lesão e da resposta terapêutica.

Repouso, posicionamento livre de carga e, em algumas situações o uso de "splints", são cuidados extremamente úteis que auxiliam efetivamente a busca da analgesia.

A cinesioterapia deve ser iniciada o mais precocemente possível, através de movimentos passivos ou ativos assistidos, visando manter a amplitude articular. O fator limitante para se introduzir a cinesioterapia como recurso terapêutico na fase aguda, é o próprio controle da dor.

Nas fases subagudas e crônicas, o calor superficial ou profundo, dependendo das estruturas comprometidas, será a terapêutica de eleição. Nos processos tendinosos dá-se preferência ao calor profundo e dentre esses o ultra-som^(9,14), em geral utilizado com a técnica deslizante, em intensidade de 1.0 a 1.8 W/cm² e com o tempo de aplicação variando de 2 a 10 minutos, de acordo com a extensão e profundidade da lesão. A técnica estacionária e pulsátil é especialmente útil quando necessitamos de doses estimulativas sobretudo indicadas nas entesopatias. A periodicidade da aplicação deve ser rigorosamente diárias nas fases em que o fenômeno

doloroso é importante fator de restrição do movimento, ou quando a fibrose periarticular é a responsável pela restrição mecânica do movimento. A associação do ultra-som às correntes analgésicas do tipo diadinâmicas tem se mostrado útil no controle da dor. Outras formas de termoterapia profunda como as diatermias por ondas curtas são especialmente úteis nos processos inflamatórios regionais⁽¹⁴⁾. O tempo de aplicação é fixo - 30 minutos, devendo a técnica ser variável com a extensão da lesão.

Micro-ondas, menos utilizada entre nós, tem mostrado resultados satisfatórios nos acometimentos localizados do tipo entesopatias e na síndrome de Tietze^(14,15).

Nas articulações em que as estruturas comprometidas estão localizadas mais superficialmente, por exemplo nas tenossinovites de punho, a utilização dos agentes térmicos superficiais, tais como os banhos de parafina, podem ser indicados. Também bastante eficiente, nestas fases, é a utilização das correntes elétricas, eletroterapia, devendo estar preferencialmente associadas a uma modalidade de calor para que os efeitos analgésico e antiinflamatório sejam mais efetivos.

Entre as correntes alternadas a mais utilizada é a corrente diadinâmica⁽⁸⁾.

Enfatizamos que a analgesia é essencial no tratamento das lesões de partes moles, principalmente durante o processo de reeducação funcional onde a dor-estímulo nociceptivo, é um fator de limitação para o treinamento⁽¹⁵⁾.

Em relação a terapêutica sistêmica, podemos nos valer do uso de antiinflamatórios não hormonais, analgésicos e relaxantes musculares. Nos casos crônicos onde o componente emocional for evidente, a utilização de medicamentos tricíclicos como a amitriptilina ou a imipramina, em doses de 10 a 50 mg/dia podem ser úteis. Alguns autores preconizam também o uso de neurolépticos, associados ou não a agentes antidepressivos para o tratamento de dores crônicas^(2,6,11).

A associação das terapêuticas física e medicamentosa pode ser extremamente útil e propiciar analgesia e recuperação funcional em tempos menores do que quando utilizadas isoladamente.

A prescrição de terapêutica não medicamentosa, incluindo os exercícios, deve obedecer rigorosa identificação do tipo de lesão, do estágio evolutivo e de todas as condições associadas ao quadro que determinam a incapacidade.

A cinesioterapia é a parte mais importante do tratamento uma vez que o grande objetivo é restaurar a função motora comprometida. Os exercícios devem seguir um roteiro pré-estabelecido de acordo com o grau da lesão, o acometimento anatômico e a evolução da doença. A fisiologia muscular e a biomecânica articular devem ser respeitadas^(1,3,4).

Fundamental nesta etapa é associar aos exercícios estáticos, exercícios dinâmicos do tipo "isotônico" ou isocinético, inicialmente sem resistência externa visando o alongamento ou flexibilidade, o trofismo muscular, a amplitude articular, a coordenação e a propriocepção. Quando a dor de repouso desaparecer e a amplitude articular estiver normal, podemos iniciar o fortalecimento da musculatura comprometida, utilizando-se novamente exercícios estáticos e dinâmicos, porém com resistência progressiva.

No momento da prescrição do programa de reeducação muscular, deve-se levar em conta o tipo de músculo comprometido, e sua função em termos de desempenho, força muscular ou resistência muscular, para que os objetivos possam ser atingidos e mantidos. É importante estabelecer um programa visando também exercício de contração excêntrica: esses exercícios devem ser utilizados nas fases finais do programa de condicionamento muscular, quando se tem segurança quanto à remissão do processo inflamatório local^(1,3).

O tratamento cinesioterápico se completa ao atingirmos a etapa do condicionamento físico global. Para potencializar os efeitos da cinesioterapia algumas técnicas para estimulação muscular, reeducação postural e identificação da imagem e esquema corporal, podem ser utilizadas.

Todos os processos tendinosos, bursais, fasciais, que evoluem de forma crônica, sejam de etiologia inflamatória, micro-traumática, ou degenerativa, têm um mecanismo patogênico semelhante, progredindo de uma disfunção inicialmente sem repercussões anatômicas para um processo crônico, com alterações estruturais importantes que podem tornar o processo irreversível^(5,6).

A abordagem terapêutica deve buscar o restabelecimento do equilíbrio fisiológico e biomecânico, pois somente a normalização funcional é igual à cura. Não se deve tratar apenas o sintoma dor, mas antes corrigir-se os fatores que condicionam esse estado de algia persistente. A orientação quanto à prevenção de novos surtos deverá ser estabelecida a partir da identificação do nexa etiológico da lesão e dos fatores predisponentes e desencadeantes do processo algico. A adequação nas atividades

profissionais, a manutenção das condições osteo-articulares são fatores fundamentais para se atingir uma adequada prevenção de novas lesões.

Por último, vale lembrar que as infiltrações locais com corticoesteróides, largamente utilizadas no passado, devem ser reservadas para casos de dores agudas muito intensas que não respondem ao tratamento convencional. O corticoesteróide a nível tendinoso promove um desarranjo estrutural do tecido colágeno, que persiste por três a seis semanas e durante este período qualquer programa de reeducação funcional tem riscos de evoluir para uma ruptura tendinosa⁽¹⁾.

Importante enfatizar, que embora o condicionamento físico global seja desejável para evitar recorrências em todas as formas de reumatismos de partes moles, ele se torna indispensável no tratamento dos pacientes com dores miofasciais. Ensaaios controlados apresentam significativa correlação entre a manutenção do condicionamento físico e a ausência de recorrência das dores miofasciais⁽¹⁾.

Nos indivíduos com comprometimento de partes moles relacionado ao seu desempenho profissional, a avaliação das atividades ocupacionais é essencial para a correção e reintegração em sua atividade laborativa com menor sobrecarga mecânica e energética, e eventualmente para a introdução de dispositivos que visem a proteção articular e a diminuição de estresse sobre a articulação⁽¹³⁾.

Raramente os "reumatismos de partes moles" necessitam intervenções cirúrgicas, porém quando necessárias e dependendo do quadro, o clínico em conjunto com o cirurgião poderão orientar o paciente para as medidas adequadas.

Apenas para finalizar seria interessante ressaltar que além do tratamento global, cabe ao médico saber estimular seu paciente para que o mesmo aja

de forma ativa na identificação dos mecanismos perpetuadores ou exacerbadores de seu quadro, e procure eliminá-los. Orientar para que sejam evitados os estresses psíquicos, mecânicos e todos os outros fatores de risco e estimular o paciente na conquista de uma melhor qualidade de vida através da valorização do equilíbrio bio-psico-social.

Referências Bibliográficas

1. BASMAJIAN, J.V. - *Therapeutic exercise*. 5ª ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1990.
2. BENNETT, R.M. - Current issues concerning management of the fibrosites/fibromyalgia syndrome. *Amer. J. Med.* 81:(Suppl. 3A): 15, 1986.
3. CAILLIET, R. - *Shoulder Pain*. Philadelphia, Davis, 1975. p.38-101.
4. CAILLIET, R. - *Foot and ankle pain*. Philadelphia, Davis, 1977. p. 126-135.
5. CAMPBELL, S.M.; CLARK, S.; TINDALL, E.A.; FOREHAND, M.E. & BENNETT, R.M. - Clinical characteristics of fibrositis I.A "blinded", controlled study of symptoms and tender points. *Arthr. and Rheum.* 26:8117, 1983.
6. CHAPMAN, S.L. BRENA, S.F. & BRANDFORD, A.L. - Treatment outcome in a chronic pain rehabilitation program. *Pain* 11:255, 1986.
7. DIXON, A. & S.T.J. - Soft tissue rheumatism: concept and classification. *Clin. rheum. Dis.* 5:739, 1972.
8. FOX, E. & MELZA CK, R. - Transcutaneous electrical stimulation and acupuntura. Comparison of treatment for low back pain. *Pain* 2:141, 1976.
9. NEORASER, R.J. - Lesions of the biceps and tendinitis of the shoulder. *Orth. clin. Amer.* 11:843, 1980.
10. OLIVEIRA, L.F. - Dor: princípios terapêuticos. *Rev. bras. Anest.* 3:227, 1979.
11. OLIVEIRA, L.F. - Dor: Princípios terapêuticos. *Rev. bras. Anest.* 3:240, 1979.
12. REYNOLDS, M.D. - Myofascial trigger point syndromes in the practice of rheumatology. *Arch, Phys. Med. Rehabil.* 62:111, 1981.
13. SEYERSTED, O.M. & WESTGAARD, R.H. - Occupational musclepain and injury scientific challenge. *Eur. J. Appl. Physiol.* 57:271, 1988.
14. WALSH, N.E.; DUMITRU, D.; RAMAMURTHY, S. & SCHOENFELD, L.S. - Treatment of the patient with cronic pain. In: DELISE., J.A. - *Rehabilitation medicine, principles and practice*. Philadelphia, Lippincott, 1988.
15. ZOHN, D.A. & MENNEL, J.M.C.M. - *Musculoskeletal pain: diagnosis and physical treatment*. Boston, Brown, 1976.