

II CONGRESO INTERNACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES

10,11,12,13, Abril 2018
AZOGUES ECUADOR



CASO CLÍNICO

Dolor Músculo - esquelético
en el Adolescente

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Departamento de Pediatría/UFMT

Gustavo Iglesias de Azevedo

Facultad de Medicina

UNINORTE/ACRE

BRASIL

INTRODUCCIÓN

- ❑ El dolor músculo esquelético es común en la franja etaria pediátrica
- ❑ 10 a 20% de los niños y adolescentes
- ❑ **Mayoría** : casos leves, transitorios y no alteran la vida cotidiana
- ❑ **Algunas situaciones:** fuerte intensidad con impacto en la calidad de vida, en los aspectos físicos, emocionales, sociales y escolares

Malleson PN, al-Matar M, Petty RE. Idiopathic musculoskeletal pain syndromes in children. J Rheumatol 1992;19:1786-9

OBJETIVO:

- ❑ Relatar caso clínico de dolor incapacitante en adolescente de larga duración sin diagnóstico correcto que al llegar al servicio fue sometida al abordaje adecuado y al tratamiento multiprofesional, además de discutir el tratamiento conducido y diagnóstico diferencial.

VAM, adolescente de 14 años y 4 meses, sexo femenino, procedente del interior de un estado brasileño.

QP: quejas de dolor difuso, fatiga y adinamia, principalmente en miembros inferiores y ausencia de marcha hace dos meses, sin conseguir mantenerse en pie.

HDA: Indica que hace **2 años y 4 meses** inició cuadro de lumbalgia diario, de fuerte intensidad, con irradiación para miembros inferiores con empeoramiento con actividad física leve a moderada.

Acompañada de cefalea en regiones frontales y temporales, perjudicando el sueño nocturno, dejándola cansada en el periodo diurno.

Buscó un ortopedista, recibiendo diagnóstico de escoliosis y orientado a realizar RPG y tratamiento fisioterápico, sin mejoría.

Luego de una mejoría espontánea por 3 meses (alrededor de 2 años desde el inicio del cuadro) empezó a sentir dolores abdominales y empeoramiento de la cefalea recurrente y con duración de aproximadamente 15 días, acompañada de debilidad y somnolencia.

La madre relata que la hija despertaba con dolor y frío en los miembros inferiores, sin conseguir mantenerse en pie y andar.

Sin diagnóstico, la paciente retornó a andar espontáneamente.

Retornó al ortopedista que introdujo antiinflamatorio no esterooidal e miorrelajante, sin respuesta adecuada

Presentó 3 episodios de pérdida de marcha antes de buscar el servicio en Medicina de Adolescentes.

Menarca a los 12 años y 3 meses.

En la consulta, luego de crear el **vínculo médico-paciente** y estando a solas con el Médico de Adolescente del servicio, relata abuso sexual por parte del tío paterno (sin penetración) a los 10 años. ***Este tío había vuelto a vivir con la familia hace 4 meses*** Niega actividad sexual y uso y abuso de sustancias activas.

Hacía uso diario de 8 horas de celular e TV y relataba sedentarismo. Y estaba faltando a las clases

HPP- dolores derivados de miembros inferiores discretos desde los 10 años.

Examen físico: presentaba buen estado general, excepto por la presencia de dolor en respuesta al palpado de débil intensidad en el área anterior de los muslos y piernas y por el dolor lumbar.

No fueron detectados hipermovilidad articular o puntos de fibromialgia. Sobrepeso

Exámenes de laboratorio: hemograma, test de actividad inflamatoria, factor anti-núcleo, función tiroidea, deshidrogenasa láctica, creatinquinasa e aldolase- **Normales**

Resonancia magnética de columna lumbar y tomografía de cráneo recientes- **Normales**

“Dolor músculo-esquelético idiopático” (DMEI)

La queja de dolor persistente o intermitente con duración de tres meses o más

❑ Caracterizada:

- Por la amplificación del dolor sin una etiología orgánica aparente
- Se presenta de forma difusa, profunda y bilateral, con duración, periodicidad e intensidad variables
- Más frecuente en miembros inferiores y extra articular, principalmente en región anterior de piernas y muslos, región poplíteo y pantorrillas
- Puede acometer diferentes regiones del cuerpo – 3 o 4 cuadrantes
- La mayoría de las veces es intenso, fugaz, vespertina o nocturna y acostumbra ocurrir luego de ejercicio físico.

- ❑ Grupo de los síndromes de amplificación doloroso: fibromialgia, síndromes complejos regionales y dolor idiopático localizado
- ❑ La prevalencia - franja etaria pediátrica entre 10 a 20%
- ❑ Media de edad de inicio de los síntomas - entre 4 y 12 años
- ❑ Sexo femenino
- ❑ Etiología desconocida, multifactorial, traumas físicos y/o emocionales pueden ser detonantes

➤ **factores intrínsecos**

(bajo umbral para el dolor, respuesta peculiar en el sistema nervioso central, presencia de hipermovilidad articular, estrés y funcionamiento psíquico)

➤ **extrínsecos** (experiencias dolorosas previas, privación social, abuso físico y sexual, modelos parentales de comportamiento doloroso, disturbios del sueño, baja autoestima o bajo acondicionamiento físico)

SBP- TRATADO DE PEDIATRIA. Síndrome da Amplificação da dor Musculoesquelética- 3 Ed. Manole.

Barbosa CM, Hangai L, Terreri MT, Len CA, Hilário MO. Limb pain in a pediatric rheumatology outpatient clinic. Rev Paul Pediatr 2005;23:63-8.

Malleson PN, al-Matar M, Petty RE. Idiopathic musculoskeletal pain syndromes in children. J Rheumatol 1992;19:1786-9

MOLINA, Juliana et al . Dor musculoesquelética idiopática difusa na infância e na adolescência. Rev. paul. pediatr., São Paulo , v. 29, n. 2, p. 294-299, June 2011

Patología poco reconocida en la práctica clínica diaria, alejar enfermedades ortopédicas, hematológicas, neurológicas o reumatológicas.

❑ **Anamnesis detallada con familiares y pacientes**

La demora en el diagnóstico hace que los pacientes permanezcan por largos períodos sufriendo con síntomas e acabem reduziendo suas atividades cotidianas.

EI DOLOR

Perpetuado y retroalimentado por situaciones asociadas a la ansiedad, al miedo y a la depresión, así como a una "desregulación" de los hábitos de vida, como alimentación no adecuada, relación sueño-vigilia, reducción del nivel de las actividades físicas, sociales y escolares

En el caso relatado, la paciente presentaba ansiedad, estrés y problemas de autoestima relacionados a la amplificación del dolor

Desde el punto de vista psicológico, los aspectos emocionales y las características de personalidad pueden establecer relaciones directas con el génesis del dolor sin causa orgánica.

La paciente demostraba altos niveles de ansiedad y preocupaciones, con pobreza de repertorio adecuado frente a situaciones interpretadas como de desamparo.

Las situaciones ansiogénicas estaban directamente relacionadas a la presencia del tío abusador.

OBESIDAD

- ❑ La prevalencia ha aumentado
- ❑ Queja de dolor - 1,8% - con exceso de peso

La paciente mantenía un hábito alimenticio inadecuado, derivado de la influencia y de las costumbres de la familia.

EL TRATAMIENTO

- ❑ **Esquema terapéutico:** preferentemente por modalidades no farmacológicas, por **NO** existir estudios sistemáticos
- ❑ **Rehabilitación** = con énfasis en los ejercicios físicos aeróbicos, psicoterapia, además de otras modalidades, como la acupuntura.

TRATAMIENTO

- ❑ ABORDAJE MULTIPROFESIONAL: actuación integrada del equipo en un corto periodo de tiempo. Alejamiento del agresor con la intervención del Consejo Tutelar
- FISIOTERAPIA: fueron utilizadas técnicas de desensibilización de los miembros inferiores, masajes, alongamientos, orientación a la paciente, a la madre y a la familia.
- TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL
- ENVOLVIMIENTO DEL MÉDICO - FAMILIA Y ADOLESCENTE
- NUTRICIÓN - incorporación de mejores hábitos alimenticios
- ACTIVIDAD FÍSICA (natación semanal, baile y capoeira)

Hubo mejora clínica significativa con la retomada de las actividades regulares por la paciente con 8 meses de intervención

CONCLUSIÓN

Pacientes con DMEI pueden presentar disminución de la capacidad funcional significativa y, en algunos casos, ocurre compromiso de la marcha sin causa física aparente.

En la investigación diagnóstica, es necesario excluir las enfermedades orgánicas, pero también es importante una evaluación por el equipo multiprofesional, una vez que aspectos emocionales, físicos y nutricionales pueden estar presentes.

NO SE PUEDE ATRASAR EL DIAGNÓSTICO

El tratamiento debe ser planeado con base en la experiencia de los diversos profesionales envueltos y conforme el servicio pueda ofrecer