

Casos Clínicos – Treinamento no Radar Plot

Tradução: Júlia Gonzalez Fayão
Revisão: Anamaria Siriani de Oliveira

Caso 1: Julieta

Jan tem 39 anos, sexo feminino, caucasiana, apresenta história de distúrbio persistente associada a lesão em chicote que ocorreu como resultado de um acidente de automóvel 11 meses atrás. Ela estava de cinto e era a motorista de um carro sedan de 4 portas que estava parado quando foi atingida por trás no lado direito por um veículo utilitário esportivo, que estava a uma velocidade estimada de 30 km/h. O seu encosto de cabeça estava bem ajustado. Ela negou perda de consciência. Os exames de imagem realizados no Departamento de Emergência descartaram uma patologia significativa. A dor cervical, rigidez e dores de cabeça começaram no dia seguinte e pioraram em 48 horas levando a consultar o seu médico. Ela recebeu um diagnóstico de lesão em chicote desordem associada grau II (queixas na cervical e sinais musculoesqueléticos que incluem redução da amplitude de movimento e pontos de tensão). Ela recebeu fisioterapia (termo-foto-eletroterapia e exercícios não supervisionados), massagem, anti-inflamatórios não-esteroides (acetaminofeno/paracetamol) e benefícios de indenização salarial desde aquela época. Ela ainda não retornou ao trabalho de supervisora do chão de uma fábrica de autopeças, que exercia antes do acidente, queixa de dor na cervical e dores de cabeça bem como de sensibilidade à luz e dificuldade de concentração que piora após algumas horas de trabalho. Ela é casada, tem um filho adolescente, e antes da lesão ela contribuía com igualdade para as finanças da família.

No exame clínico, a mobilidade cervical estava limitada em todos os planos com nenhum outro padrão mecânico óbvio. Ela estava muito sensível a palpação de qualquer região cervical ou cintura escapular, até mesmo se encolhendo às vezes em resposta ao toque leve. O teste de limiar de detecção de dor por pressão revela hipersensibilidade sensorial generalizada (local no pescoço e acima do tibial anterior) e ela é hipersensível a estímulos frios. Seu limiar de dor reduz (mais sensível) após 3 minutos de bicicleta estacionária em intensidade moderadamente vigorosa. A reprodução da posição articular (indicar correta ou incorretamente o centro de um alvo após retornar da rotação cervical com os olhos fechados) e a discriminação de dois pontos estão prejudicadas em comparação a população normal, mas ainda está dentro dos limites normais. A rotação suave do pescoço não mostra sinais de movimentos oculares sacádicos¹.

Suas medidas de autorrelato indicam dor generalizada mal localizada no mapa corporal, grave incapacidade de acordo com a pontuação do Questionário Neck Disability Index de 35/50, uma pontuação na Escala de Catastrofização da Dor de 32/52 (alta), uma pontuação na versão do autorrelato da Avaliação de

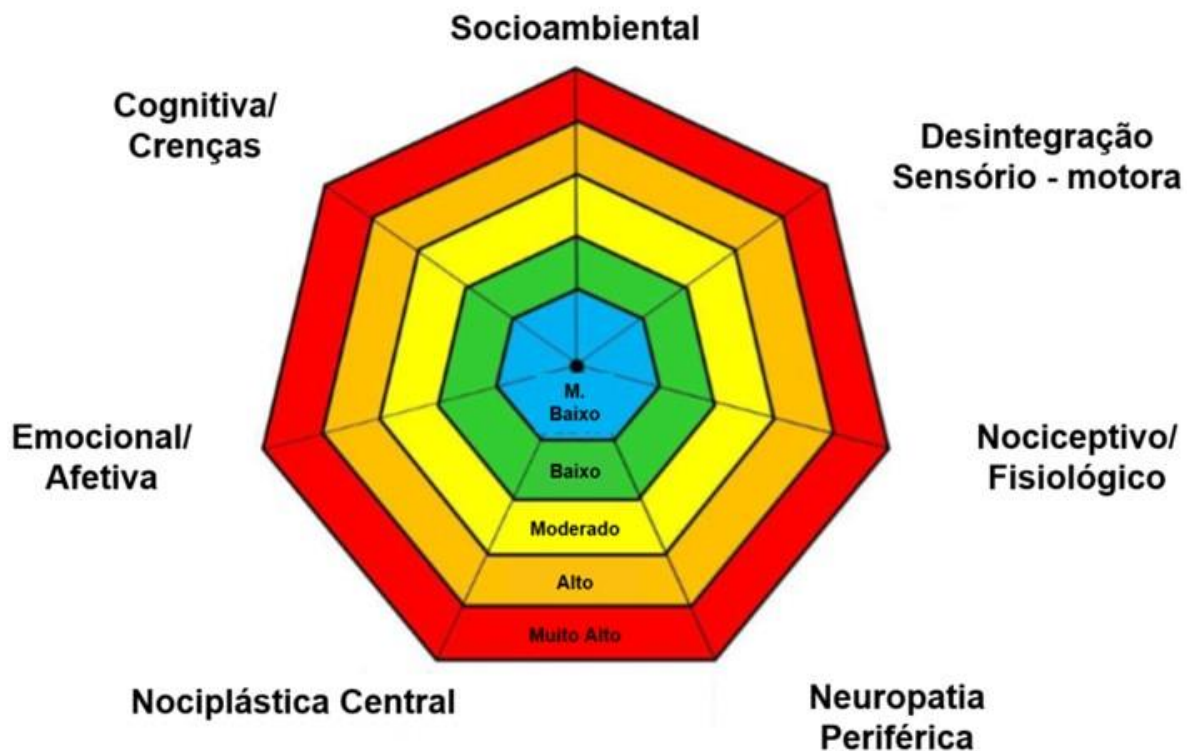
¹ Os movimentos sacádicos representam os movimentos oculares mais rápidos e nos capacitam a redirecionar nossa linha de visão e incluem o nistagmo optocinético.

Leeds de sinais e sintomas neuropáticos de 11/24 (um ponto abaixo da pontuação de corte de 12/24), e as pontuações no Questionário de Saúde do Paciente – 9 estão acima do limite para um potencial transtorno depressivo.

Ela relatou um relacionamento geralmente bom com sua seguradora e médico, e seu marido e seu filho são solidários. No entanto, ela descreveu sentir-se pressionada e investigada por seu empregador e colegas de trabalho durante uma tentativa anterior fracassada de retornar ao trabalho. Ela também está enfrentando dificuldades financeiras crescentes devido a despesas médicas e salários perdidos.

| Triangulação: | |
|------------------------|-------|
| DOMÍNIO | NÍVEL |
| Nociceptivo: | |
| Neuropatia Periférica: | |
| Nociplástico Central: | |
| Cognitivo: | |
| Emocional: | |
| Socioambiental: | |
| Sensoriomotor: | |

Perfil de dor:



Caso 2: Alexandre

Alex é um homem afrodescendente de 31 anos de idade, com um histórico de dor lombar intermitente, que ele atribui ao seu trabalho, no qual fica 7,5 horas em pé por dia em uma loja de eletrônicos. A dor está presente há 3 ou 4 meses sem etiologia definida. É saudável e gosta de jogar tênis duas vezes por semana. Permaneceu no trabalho, mas relata que precisa de anti-inflamatórios não-esteroides para ajudar a controlar a dor lombar em média em 3 de 5 turnos por semana. O paciente descreve a dor e rigidez como piores no período da manhã, melhorando durante a metade do dia, mas voltando a piorar nas últimas horas da maioria dos turnos. Esta é a primeira vez que ele procura um atendimento formal de reabilitação por recomendação de um colega de trabalho. Ele é o principal contribuinte para as finanças da família, que inclui esposa e um filho pequeno.

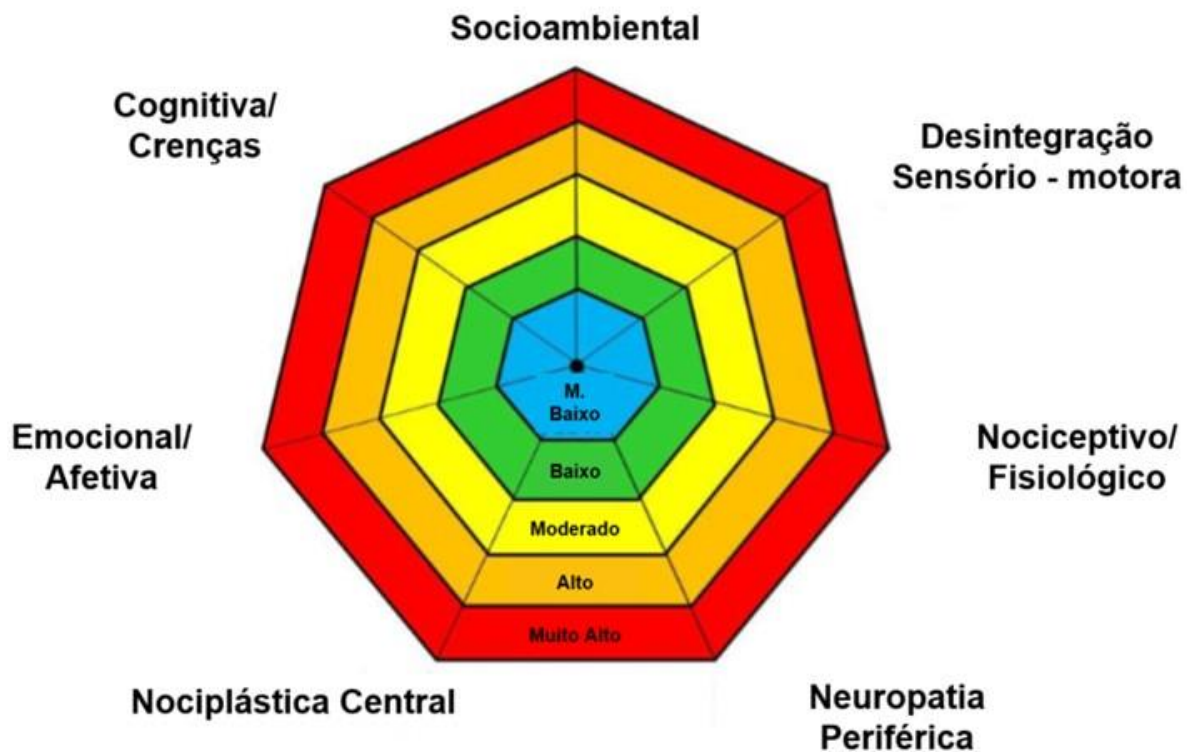
No exame clínico, a mobilidade lombar estava quase completa em todos os planos, embora ele descreva uma dor tipo “fisgada” durante a extensão e movimentos combinados de extensão e inclinação lateral, principalmente para o lado direito. Ele descreve sensibilidade local à palpação na região lombar e lombossacra inferior direita. O teste de limiar de detecção de dor por pressão revela hipersensibilidade mecânica na mesma área lombar direita, mas sensibilidade normal em outros locais. Testes neurológicos pareceram normais, sem sinais óbvios de fraqueza ou fadiga motora, embora a elevação da perna estendida seja um pouco limitada no lado direito. A discriminação de dois pontos está dentro dos limites normais e ele é facilmente capaz de completar um desenho de suas costas proporcional à realidade objetiva.

Suas medidas de autorrelato indicam dor bem localizada na região lombar e lombossacra inferior à direita em um mapa corporal, sem indicação de dormência ou parestesia. A pontuação do Questionário de Incapacidade Roland Morris foi 6/24, observando problemas em permanecer em pé por um longo período, ocasionalmente se curvando, ao acordar pela manhã e às vezes movendo-se mais devagar. Sua pontuação na Escala de Catastrofização da Dor foi 4/52 (baixa) e ele não mostrou indicações clínicas de uma patologia emocional, portanto, a triagem formal não foi realizada.

Ele relata que, de modo geral, gosta do seu trabalho e tem um bom grupo de colegas que tendem a se divertir no trabalho, embora o seu gerente nem sempre apoie sua necessidade de sentar ocasionalmente. Foi sua médica que sugeriu anti-inflamatórios não-esteroides, mas, por outro lado Alex sentiu que ela “dispensou” suas perguntas sobre a dor lombar. Ele não deixa transparecer que está com dor quando está em casa, pois se sente responsável a ser o "homem da casa" e um "bom pai" quando não está no trabalho.

| Triangulação: | |
|------------------------|--------------|
| DOMÍNIO | NÍVEL |
| Nociceptivo: | |
| Neuropatia Periférica: | |
| Nociplástico Central: | |
| Cognitivo: | |
| Emocional: | |
| Socioambiental: | |
| Sensoriomotor: | |

Perfil de dor:

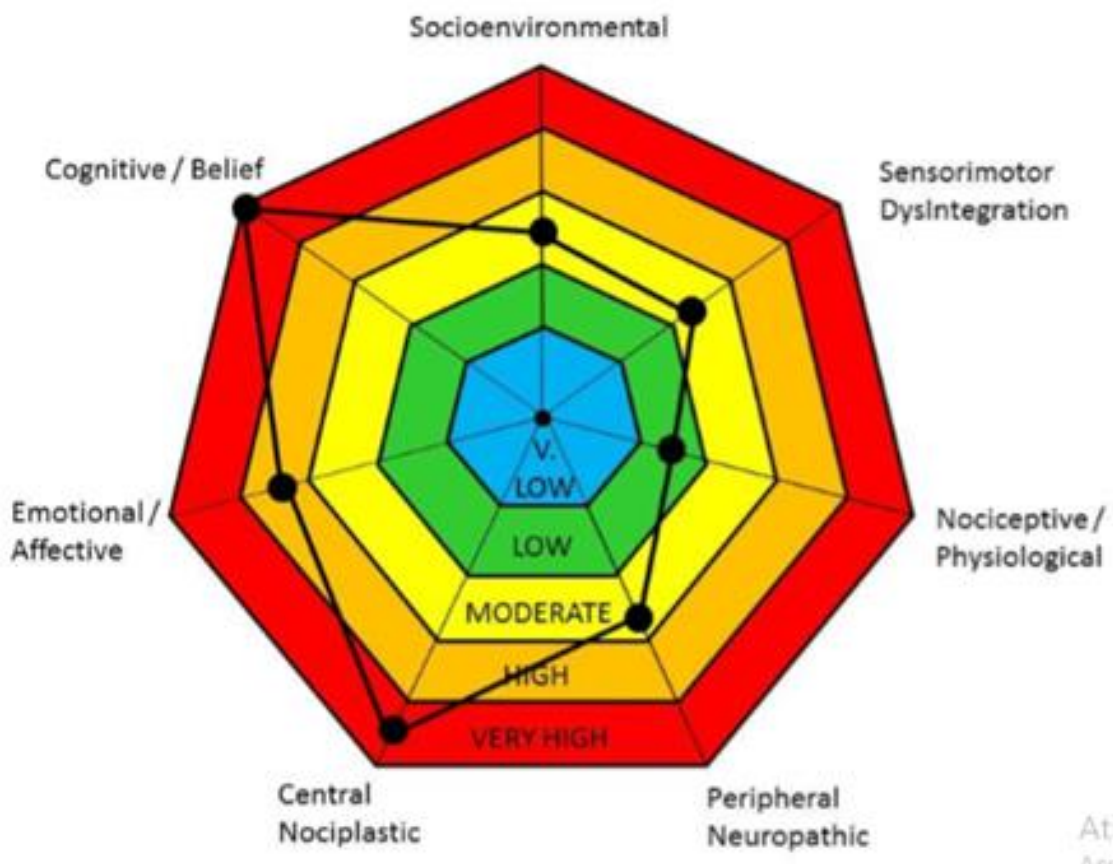


GABARITO CASO 1

Triangulação

| DOMÍNIO | NÍVEL |
|------------------------|------------------|
| Nociceptivo: | Baixo |
| Neuropatia Periférica: | Baixo - Moderado |
| Nociplastico Central: | Alto |
| Cognitivo: | Alto |
| Emocional: | Moderado – Alto |
| Socioambiental: | Contra |
| Sensoriomotor: | Baixo - Moderado |

Perfil de dor:



GABARITO CASO 2

Triangulação

| DOMÍNIO | NÍVEL |
|-----------------------|------------------|
| Nociceptivo | Alto |
| Neuropatia Periférica | Muito Baixo |
| Nociplastico Central | Baixo |
| Cognitivo | Baixo |
| Emocional | Baixo |
| Socioambiental | Baixo – Moderado |
| Sensoriomotor | Muito Baixo |

Perfil de dor:

