



Global Year against musculoskeletal pain Fact Sheets

Whiplash

Ano Mundial Contra Dor Musculoesquelética

Chicote

Introdução

Lesão em chicote (ou simplesmente chicote) é definida como “aquela associada a um mecanismo de aceleração-desaceleração de transferência de energia aplicado ao pescoço geralmente decorrente de acidente automobilístico”. O impacto pode resultar em lesões esqueléticas e de tecidos moles, os quais podem ocasionar uma variedade de manifestações clínicas, que incluem cervicalgia, rigidez do pescoço, tontura, parestesias, e dificuldades cognitivas como a perda de memória. Estas manifestações clínicas são conhecidas como distúrbios associados à lesão em chicote (DALC).

Epidemiologia e economia

- O chicote é comum após colisões no trânsito, e se estima que anualmente mais de 300 indivíduos a cada 100.000 habitantes são atendidos pelos setores de emergência.
- Dados sugerem que a incidência está em crescimento.
- Uma porção significativa (acima de 60%) daqueles portadores de traumatismos cervicais com mecanismo de chicote desenvolvem sintomas persistentes que vão desde dor moderada ou forte até a plena incapacidade.
- Os fatores para um prognóstico mais consistente de uma recuperação deficiente são a dor de forte intensidade e/ou a incapacidade inicial.
- A maior parte da recuperação ocorre dentro dos três primeiros meses, após este período a condição tende a uma estabilidade.
- Os custos associados com esta afecção são importantes, por exemplo na Europa são estimados em dez bilhões de Euros por ano.
- O papel desempenhado pelos fatores relacionados à compensação no seguimento é controverso e continua sem resolução.

Fisiopatologia

A fisiopatologia da lesão em chicote não é inteiramente esclarecida. Evidências sugerem lesões estruturais e funcionais (alterações de sensibilidade e motricidade):

- Evidência de lesões nas estruturas da coluna vertebral cervical, em particular nas articulações zigoapofisárias.
- Evidência de distúrbios sensitivos que indicam aumento dos mecanismos centrais do processamento doloroso.
- Evidência de distúrbios da função muscular sob a forma de mudanças morfológicas musculares, alterações no movimento e do controle neurológico da motricidade.
- Evidência de distúrbio do controle sensitivo-motor, incluindo deficiência cinestésica, perda de equilíbrio e perda do controle dos movimentos oculares. Estas características podem ser associadas a tonturas.

Características clínicas

- O início dos sintomas pode ocorrer imediatamente após o acidente ou pode demorar até 12 a 15 horas.
- O sintoma predominante é a cervicalgia, mas também podem estar presentes dor de cabeça, dor nas costas, e dor no ombro e no braço.
- Outros sintomas comuns incluem tonturas, distúrbios visuais e auditivos, dor na articulação temporomandibular, fofobia, fadiga e dificuldades cognitivas.
- Vítimas de traumatismo cervical por mecanismo de chicote podem estar comprometidos psicologicamente, e este comprometimento parece estar associado com persistência de sintomas.
- Os sintomas de estresse pós-traumático emergem como uma importante característica psicológica em alguns doentes.
- Aproximadamente 20 a 30% daqueles que sofreram traumatismos cervicais por mecanismos de chicote irão desenvolver um quadro complexo que inclui:
 - o Distúrbios sensitivos como alodinia e hiperalgesia difusa na região cervical, mas, também em sítios distantes como nos membros inferiores.
 - o Hiperalgesia ao frio, que parece importante já que se associa a uma pobre recuperação e com a falta de resposta a abordagem terapêutica física padrão como o exercício.
 - o Hiperexcitabilidade da coluna vertebral mediante o aumento das respostas de retração flexora.
 - o Perda acentuada da movimentação do pescoço.
 - o Deficiência do controle motor, que inclui a alteração dos padrões de recrutamento muscular na região cervical e dos ombros.
 - o Infiltração gordurosa dos músculos flexores e extensores do pescoço, identificadas pelas imagens obtidas por ressonância magnética.

Critérios de diagnóstico

- Não existe prova de diagnóstico para o chicote.
- O diagnóstico é feito através do informe de sintomas que o doente fornece.
- As radiografias e outras técnicas de obtenção de imagens não são úteis para a identificação de lesões estruturais na maioria dos casos. As atuais diretrizes clínicas recomendam que a investigação imagiológica apenas seja utilizada na suspeita de fraturas ou deslocamentos.
- A classificação proposta pela força-tarefa de Quebec é o sistema mais comum e reconhecido.

Entretanto, ela não é específica, particularmente no que diz respeito ao grau II dos DALC. Não leva em conta as características motoras, sensitivas ou psicológicas recentemente identificadas.

Diagnóstico e tratamento

- As intervenções com forte nível de evidência de eficácia no tratamento dos distúrbios associados às lesões por chicote são:

- o Promoção da tranquilidade, educação, e instruções para manter o nível de atividade.

- o Exercício, incluindo a prescrição de exercícios funcionais assim como exercícios de movimentos com amplitude normal e reeducação muscular.

- O uso de colares cervicais podem prolongar a recuperação.

- As intervenções com forte nível de evidência de eficácia no tratamento dos distúrbios crônicos associados às lesões por chicote são:

- o Promoção da tranquilidade, educação, e instruções para manutenção do nível de atividade.

- o Exercício, incluindo a prescrição de exercícios funcionais assim como exercícios de movimentos com amplitude normal e reeducação muscular.

- o Tratamentos psicológicos, que podem ser efetivos em conjunto com a reabilitação.

- o Neurotomia por radiofrequência em casos selecionados.

Traduzição: Dr. José Oswaldo de Oliveira Júnior

Referências

1. Banic B, Petersen-Felix S, Andersen O, Radanov B, Villiger P, Arendt-Nielsen L, Curatolo M. Evidence for spinal cord hypersensitivity in chronic pain after whiplash injury and in fibromyalgia. *Pain* 2004;107:7–15.
2. Elliott J, Jull G, Noteboom T, Darnell R, Galloway G, Gibbon W. Fatty infiltration in the cervical extensor muscles in persistent whiplash associated disorders: an MRI analysis. *Spine* 2006;31:E847–51.
3. Haldeman S, Carroll L, Cassidy D, Schubert J, Nygren A. The Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders executive summary. *Spine* 2008;33:S5–S7.
4. Kamper S, Rebeck T, Maher C, McAuley J, Sterling M. Course and prognostic factors of whiplash: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2008;138:617–29.
5. Rebeck T, Sindhausen D, Cameron I. A prospective cohort study of health outcomes following whiplash associated disorders in an Australian population. *Injury Prevention* 2006;12:86–93.
6. Sterling M, Jull G, Vicenzino B, Kenardy J, Darnell R. Physical and psychological factors predict outcome following whiplash injury. *Pain* 2005;114:141–8.