

A síndrome dolorosa miofascial é de natureza funcional² - não se demonstram alterações estruturais nem processos inflamatórios significativos. Exames laboratoriais como hemograma, velocidade de hemossedimentação, anticorpos antinucleares podem estar normais, assim como os estudos por imagem não apresentarem alteração³.

O componente fisiopatológico pode ter origem em contratura muscular, restrição dos movimentos, distúrbios articulares, stress biomecânico como as lesões relacionadas a atividades, ou em processos inflamatórios. O diagnóstico é feito com base em dados da história clínica e do exame físico, e inclui a identificação do músculo ou músculos afetados⁴.

Muitas vezes as síndromes dolorosas miofasciais são mal diagnosticadas, mas uma vez reconhecidas, são de manejo relativamente simples⁵.

Comentário

A indicação da acupuntura para o tratamento de diversas condições dolorosas está bem estabelecida. Evidências provenientes da pesquisa clínica demonstram eficácia e vantagens significativas do uso do método, comparado com placebo e outros métodos⁶⁻¹⁰.

Os objetivos do tratamento das condições dolorosas em geral incluem: alívio da dor; melhora funcional; prevenção ou minimização das possíveis seqüelas da condição, incluindo a cronicidade; redução da necessidade de medicamentos. O objetivo imediato do tratamento das síndromes dolorosas músculo-esqueléticas por acupuntura é a normalização da atividade dos focos de anomalia (sensorial, motora e autonômica) da rede neural que são os pontos-gatilho miofasciais.

Os procedimentos incluem punção com agulhas de acupuntura, infiltração intradérmica, subcutânea ou mais profunda de anestésico local, e eletroestimulação aplicada em pontos-gatilho. Por meio dessa intervenção neuromoduladora, a acupuntura promove, além de analgesia, uma normalização funcional, que ajuda a evitar a recorrência da atividade neural anormal.

NORTON MORITZ CARNEIRO

Referências

1. Fischer AF. New developments in diagnosis of myofascial pain and fibromyalgia. *Phys Med Rehabil Clin North Am* 1997; 8(1):455.
2. Gan TJ, Woolf C, Brennan TJ, Kehlet H, Mekhail NA. Unraveling the mechanisms and clinical consequences of pain: recent discoveries and the implications for pain management: a case-based interactive expert forum. *The Postgraduate Institute for Medicine*; 2003.
3. Steven B, Graff-Radford DDS. Regional myofascial pain syndrome and headache: principles of diagnosis and management. *Curr Pain Headache Rep* 2002; 5:376-81.
4. Harden RN, Bruehl SP, Gass S, Niemiec C, Barbick B. Signs and symptoms of the myofascial pain syndrome: a national survey of pain management providers. *Clin J Pain* 2000; 16(1):64-72.
5. Sola AE, Bonica JJ. Myofascial pain syndromes loeser: bonica's management of pain. 3rd ed. Edinburg: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
6. Gunn CC, Milbrandt WE, Little AS, Mason KE. Dry needling of muscle motor points for chronic low-back pain: a randomized clinical trial with long-term follow-up. *Spine* 1980; 5(3):279-91.
7. Kleinhenz J. Randomised clinical trial comparing the effects of acupuncture and a newly designed placebo needle in rotator cuff tendinitis. *Pain* 1999, 83(2): 235-41.
8. Smith JC. Acupuncture for chronic osteoarthritis pain, headache, and low back pain. *ICSI, Minneapolis (MN)*; ICSI; 1997.
9. Hesse J, Mogelvang B, Simonsen H. Acupuncture versus metoprolol in migraine prophylaxis: a randomized trial of trigger point inactivation. *J Intern Med* 1994; 235(5):451-6.
10. Irnich D, Behrens N, Molzen H, König A, Gleditsch J, Krauss M, et al. Randomised trial of acupuncture compared with conventional massage and "sham" laser acupuncture for treatment of chronic neck pain. *BMJ* 2001; 322(7302):1574-8.

Pediatria

PERSPECTIVAS DE ABORDAGEM DE CRIANÇAS NASCIDAS COM AMBIGÜIDADE GENITAL

Atenção especial tem sido dada aos vários aspectos que envolvem o nascimento de uma criança com algum grau de ambigüidade genital: 1) o papel dos pais nas decisões médicas; 2) total informação aos pacientes e aos

pais quanto aos detalhes dos resultados de testes diagnósticos, possíveis terapêuticas e dados de evolução; 3) excessiva exposição durante os exames médicos; 4) o impacto dos andrógenos in útero sobre o sistema nervoso central e 5) o desafio de adiar a cirurgia até que a criança seja "suficientemente madura" para dar consentimento informado. Uma visão geral da avaliação dos pacientes com anomalias da diferenciação sexual é incluída, com ênfase particular sobre o enfoque do "gênero ótimo", desenvolvido há cerca de 50 anos. É claro que o cuidado de uma criança com ambigüidade genital deve ser individualizado, com os pais e pacientes recebendo, regularmente, informações atualizadas quanto à etiologia, tratamento e evolução baseadas nos dados de pacientes com diagnósticos semelhantes. Enfatiza-se a necessidade de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de se atingir o melhor equilíbrio entre os dados evolutivos e opiniões divergentes.

Comentário

Este artigo de Peter Lee é absolutamente oportuno e claro. Em 2003, o Conselho Federal de Medicina publicou sua Resolução nº 1664/03 que dispõe sobre condições mínimas para um serviço de endocrinologia cuidar de crianças com ambigüidade genital. O assunto tem sido objeto de muita controvérsia e há correntes que advogam que se posponha a identificação sexual da criança até que ela tenha "maturidade suficiente" para participar da decisão de atribuição de gênero. Convenhamos que fica difícil conviver com uma criança com sexo indefinido numa sociedade que pressupõe que ou se tenha sexo masculino ou feminino. Esse "sexo de espera" não tem lugar e certamente criará condições difíceis de serem trabalhadas no dia-a-dia dessas crianças. O assunto é bastante complexo, mas o enfoque neste artigo é que os pais e os pacientes devem ter total conhecimento das decisões tomadas pela equipe multiprofissional e participar delas.

DURVAL DAMIANI

Referência

Lee PA. A perspective on the approach to the intersex child born with genital ambiguity. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2004; 17(2):133-40.