

Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson na Pediatria: um panorama geral

Sinding-Larsen-Johansson Syndrome in Pediatrics: an overview

Juliana Marques

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
jujudelena@gmail.com

Thaís Botelho Pacheco Pires

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
thaibppires@hotmail.com

Eduardo Nitole Sobrinho

Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
nitoleeduardo@gmail.com

RESUMO

A Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson é uma disfunção do tendão patelar no polo inferior da patela. Esse acometimento ocorre pela tração repetitiva dessas estruturas durante a contração do quadríceps, o resultado são microfraturas patelares e espessamento do tendão. Acomete, principalmente, adolescentes entre 10 e 14 anos, do sexo masculino e que praticam esportes de grande impacto nos membros inferiores. Neste relato de caso, abordaremos um adolescente com diagnóstico de Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson, com história e sintomas típicos, mas com diagnóstico tardio.

Palavras-chave: síndrome. paleta. Sinding-Larsen-Johansson. paleta. adolescente. pediatria

ABSTRACT

Sinding-Larsen-Johansson Syndrome is a dysfunction of the patellar tendon at the inferior pole of the patella. This involvement occurs due to repetitive traction on these structures during quadriceps contraction, resulting in patellar microfractures and thickening of the tendon. It mainly affects adolescents between 10 and 14 years old, who are male and practices sports that have a high impact on the lower limbs. In this case report, we will discuss an adolescent diagnosed with Sinding-Larsen-Johansson Syndrome, with typical history and symptoms, but with a late diagnosis

.Keywords: syndrome. Sinding-Larsen-Johansson. palette. adolescent. pediatrics.

1 CONTEXTO

A síndrome de Sinding-Larsen-Johansson tem maior incidência em adolescentes atletas do sexo masculino – idade média de 12,7 anos – e apresenta sinais e sintomas que podem ser confundidos com outras afecções do sistema músculo esquelético. Dessa forma, fica evidente a necessidade de o pediatra ser capaz de identificar os principais sintomas e sinais dessa doença, para realizar seu diagnóstico precoce – diferenciando-a de outras patologias do joelho –, visando a reabilitação do paciente e seu retorno às atividades físicas e de vida diária.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

Adolescente, masculino, 13 anos, branco, estudante, natural e residente de Volta Redonda – RJ. Acompanhado da mãe, procurou Pronto Socorro Infantil (PSI) do Hospital Municipal Dr. Munir Rafful em duas ocasiões.

Em 03/10/2023, deu entrada na unidade com queixa de dor articular em membro inferior esquerdo (MIE) há dez dias, evoluindo com perda do movimento há uma semana. Nega traumas e sintomas prévios associados. Ao exame físico: joelho esquerdo apresentando calor local e discreto edema (circunferência joelho esquerdo e direito, respectivamente: 39cm e 38cm); sensibilidade preservada; doloroso à palpação em região patelar e à flexão ativa e passiva; dor ao apoiar membro, prejudicando deambulação. Solicitada internação. Alta em 08/10.

Em 20/10/2023, menor novamente procura atendimento na unidade, apresentando regressão do quadro nos últimos dias, evoluindo com claudicação importante e limitação dos movimentos em MIE. Nega sintomas associados. Ao exame físico: presença de discreto edema em joelho esquerdo (circunferência joelho esquerdo e direito, respectivamente: 37,5cm e 36cm), dor à palpação de patela esquerda e à flexão ativa e passiva do membro. Solicitada nova internação hospitalar.

Na história fisiológica, podemos destacar a prática de exercício físico de alto impacto na articulação do joelho. O paciente em questão pratica Basquete duas vezes por semana, durante uma hora por dia. Histórias patológica pregressa, social e familiar sem dados dignos de nota.

3 DADOS COMPLEMENTARES

Em sua primeira internação, iniciada analgesia de horário com Cetoprofeno, referindo alívio importante da dor. Realizada Tomografia Computadorizada (TC). Instituída antibioticoterapia com Oxacilina e Ceftriaxona.

- Exames laboratoriais (03/10): Velocidade de Hemossedimentação (VHS) 40mm (referência: 3-10mm) // Creatino-Fosfoquinase (CPK) 80 U/L (referência: 55-170 U/L) // Proteína C Reativa (PCR) 3,90 mg/dL (referência: < 1,0 mg/dL).

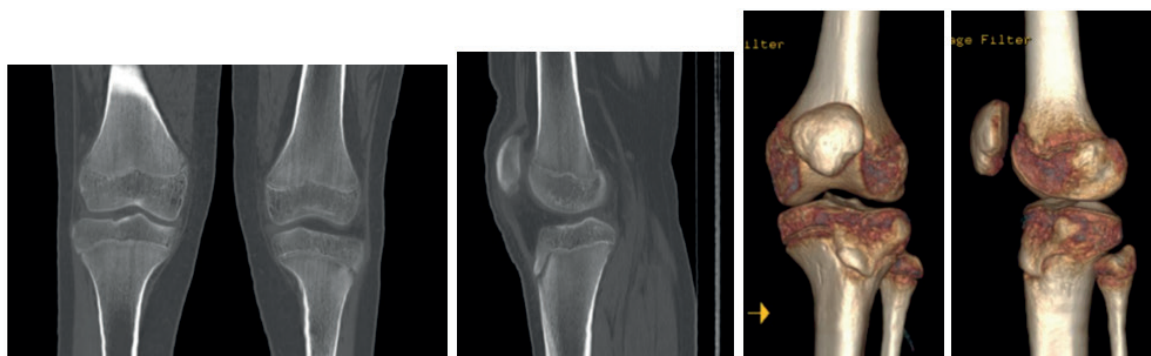
Tabela 1 – hemograma 1ª internação

Resultado		
ERITROGRAMA		
Hemácias	6,13	$\times 10^9/\mu\text{L}$
Hemoglobina	11,8	g/dL
Hematócrito	37,3	%
VCM	60,8	fL
HCM	19,2	pg
CHCM	31,6	g/dL
RDW	18,1	%
MODERADA MICROCITOSE, MODERADA ANISOCITOSE		
LEUCOGRAMA		
		Valores Absolutos
Leucócitos	9,01	$\times 10^3/\mu\text{L}$ 9010 μL
Neutrófilos	68,7	% 6190 μL
Eosinófilos	3,4	% 306 μL
Basófilos	1,3	% 117 μL
Linfócitos	21,7	% 1955 μL
Monócitos	4,9	% 441 μL
PLAQUETAS		
	323	$\times 10^3/\mu\text{L}$
VOL. PLAQ. MÉDIO	7,4	fL

Fonte: da autora, 2023

- TC de joelho esquerdo (05/10): “Observa-se a presença de áreas radiolúcidas na articulação do joelho, sugerindo a presença de gás.”

Figuras 1, 2, 3 e 4 – tomografia computadorizada de joelho



Fonte: da autora, 2023

Alta hospitalar melhorado em 08/10, prescrito Ceftriaxona IM, completando cinco dias. Solicitado retorno em PSI para reavaliação, apresentando boa evolução em deambulação e resolução da dor.

Durante sua segunda internação, solicitada Ressonância Magnética (RM) com contraste de joelho esquerdo. Compareceu à consulta ortopédica ambulatorial, que descartou acometimento ósseo e orientou aguardo de RM em internação.

- RM de joelho esquerdo (27/10): “Osteocondrose na inserção proximal do tendão patelar com edema ósseo no polo inferior da patela (doença de Sinding-Larsen-Johansson). Discreto edema ósseo ao nível da margem anterior da placa fisária da tuberosidade anterior da tíbia (apofisite).”

Alta hospitalar melhorado em 30/10, sendo prescrito Cetoprofeno por três dias. Agendamento e seguimento ambulatorial com Ortopedia.

4 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dor de característica articular em joelho apresenta grande prevalência em inúmeras afecções ortopédicas. No entanto, nesta seção, a fim de objetivar o conhecimento, trataremos apenas do principal diagnóstico diferencial da Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson: a doença de Osgood-Schlatter.

A doença de Osgood-Schlatter é a osteocondrose do tubérculo da tíbia, que causa inflamação dolorosa. As semelhanças entre as duas síndromes são vastas: idade de acometimento na adolescência, maior prevalência em meninos (principalmente aqueles que praticam atividades físicas de alto impacto), unilateralidade da lesão, etiologia por tração excessiva e repetitiva, além da clínica de dor à movimentação e apoio do joelho acometido.

Para a confirmação da hipótese diagnóstica, é necessário lançar mão de exames de imagem – principalmente a Ressonância Magnética – para identificação precisa da estrutura acometida. O local de inserção do tendão patelar é o que diferencia as duas doenças: na Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson, sua inserção no polo inferior da patela é lesionado; na doença de Osgood-Schlatter, a lesão ocorre no seu encontro com a tuberosidade tibial. O tratamento de ambas as síndromes também é semelhante, sendo baseado em analgesia, para alívio dos sintomas, e reabilitação fisioterápica.

5 TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é reduzir o quadro algíco e recuperar a função. O tratamento não cirúrgico é considerado como a principal modalidade. O tratamento para pacientes com sintomas mais brandos – como o aqui descrito – é realizado com uso de anti-inflamatórios não esteroidais, junto com o protocolo prescrito de reabilitação. O paciente em questão fez uso de analgesia com Dipirona para alívio dos sintomas, realizando concomitantemente acompanhamento fisioterápico e repouso seletivo, evitando atividades de alto impacto por oito semanas.

6 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Atualmente, o paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial regular com Ortopedista. As atividades físicas que demandem grandes esforços e alta carga em membros inferiores foram suspensas por oito semanas, para garantir total reparação da inserção tendão patelar-patela e reestruturação óssea das microfraturas. Foram prescritas dez sessões de tratamento fisioterápico. A clínica dolorosa cessou quase por completo, manifestando-se apenas ao caminhar longas distâncias.

7 DISCUSSÃO

Nessa discussão, será abordada a síndrome de Sinding-Larsen-Johansson, uma afecção associada ao aumento do stress devido à tração repetitiva pelo tendão patelar no polo inferior da patela, durante a contração do músculo quadríceps. Ocorre, principalmente, em adolescentes (10-14 anos) e do sexo masculino, que praticam esportes de impacto; relacionando-se intimamente com o caso clínico relatado.

A síndrome de Sinding-Larsen-Johansson tem maior incidência no início da adolescência. Isso ocorre pelo polo inferior da patela ainda não ser suficientemente maduro (parcialmente cartilaginosa nos adolescentes), e, ao ser tracionado de forma exagerada e repetida, leva a micro-avulsões na inserção proximal do tendão da patela, causando seu espessamento.

A primeira manifestação clínica é a dor, localizada na região anterior do joelho, e de início gradual. Na maior parte dos casos, não há história de trauma. Pode ocorrer também edema e limitação dos movimentos.

A ressonância magnética de joelho é o método de imagem padrão-ouro para diagnosticar essa síndrome. Porém, anamnese e exame físico bem feitos são capazes de nortear o diagnóstico deste acometimento do tendão patelar.

A evolução costuma ser benigna e com bom desfecho. Espera-se que em 12 a 24 meses, ocorra a ossificação completa e a dor cesse. As complicações são raras.

O tratamento para tal síndrome é conservador. O paciente é afastado de atividades esportivas e priorizado repouso, são prescritos analgésicos e fisioterapia. O tratamento medicamentoso varia de acordo com os sintomas apresentados, mas pode durar até 6 meses. Tem-se como objetivo a redução do quadro algico e recuperar a mobilidade.

O tratamento cirúrgico reserva-se para os casos que não respondam ao tratamento inicial e se dá pela retirada da área afetada do tendão.

8 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

1- Um dos principais diagnósticos diferenciais da Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson é a Doença de Osgood-Schlatter. Ambas apresentam sinais e sintomas similares, precisando lançar mão de exames complementares para confirmar a hipótese diagnóstica. Nesse sentido, qual exame de imagem é padrão-ouro para diferenciarmos essas patologias?

a) Tomografia Computadorizada de joelho

b) Ressonância Magnética de joelho

c) Ultrassonografia de joelho

d) Radiografia de joelho

2- Qual o tratamento de escolha para a Síndrome de Sinding-Larsen-Johansson?

- a) Antibioticoterapia com cefalosporina de 3ª geração
- b) Infiltração local no joelho acometido com corticosteroide
- c) Analgésicos não esteroidais e reabilitação fisioterápica
- d) Cirurgia de reparação do tendão patelar

A síndrome de Sinding-Larsen-Johansson é uma afecção associada ao aumento do stress devido à tração repetitiva pelo tendão patelar no polo inferior da patela. Sobre essa patologia, responda: qual a idade mais afetada por essa patologia? Por quê?

R.: Adolescência, devido à imaturidade da inserção tendão patelar-patela.

REFERÊNCIAS

Ministério da Saúde; **Tendinite infrapatelar**; dez 2022. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/dist%C3%BArbios-do-tecido-conjuntivo-em-crian%C3%A7as/tendinite-infrapatelar>>. Acesso em: 20 de nov. de 2023.

SULATTO, Amanda. **TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA SÍNDROME DE SINDING LARSEN JOHANSSON**. Unifunec Ci. Saúde e Biol. Santa Fé do Sul-SP. Jan./Jun. 2019;3(5):1-8. Disponível em: <https://seer.unifunec.edu.br/index.php/rfce/article/download/3359/3019/7926#:~:text=O%20tratamento%20%C3%A9%20conservador%20e,de%20acordo%20com%20a%20sintomatologia>. Acesso em 20 de nov. de 2023.