



Documento Científico

Departamento Científico
de Reumatologia
(2016-2018)

Isso é dor de crescimento ou algo mais sério?

Departamento Científico de Reumatologia

Presidente: Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (relatora)

Secretária: Cláudia Saad Magalhães

Conselho Científico: Ana Luiza Garcia Cunha, Antônio Sérgio Macedo Fonseca, Clóvis Artur Almeida da Silva, Cynthia Torres França da Silva, Luciana Brandão Paim Marques, Margarida de Fátima F. Carvalho

As queixas de dores em membros são comuns em crianças e, na maioria das vezes, são benignas. As mais frequentes são as dores noturnas recorrentes em membros e que receberam o diagnóstico de "dor de crescimento" no início do século XIX¹. Na realidade, não existe relação com nenhuma fase do crescimento físico, mas este termo foi consagrado pelo uso e ainda é utilizado nos dias atuais, servindo para diferenciá-la de uma série de outras condições que causam dor em crianças. A causa não é conhecida, mas existem várias teorias que tentam explicá-la. Trata-se de uma condição benigna, de curso autolimi-

tado, presente em alguma fase da vida em cerca de 10% a 20% das crianças. Obrigatoriamente deve ser diferenciada de outras causas de dor presentes em doenças mais sérias.

Diagnóstico

Dor do crescimento é um diagnóstico de exclusão e na maioria das vezes a história e o exame físico são suficientes para o diagnóstico (quadro 1)².

Quadro 1: Características das Dores de Crescimento

Características	Achados típicos
Local da dor	Geralmente bilateral Coxas, panturrilhas, canelas, parte posterior dos joelhos
Horário da dor	No fim da tarde ou durante a noite, podendo acordar a criança Dor não está presente pela manhã Pode haver dias ou semanas sem dor Não se relaciona com a atividade física
Gravidade da dor	A dor melhora com massagens e/ou analgésicos A gravidade não aumenta com o passar do tempo
Exame físico	Não há achados anormais no exame físico

História clínica

O diagnóstico de dor do crescimento se baseia em critérios clínicos. O início das crises dolorosas geralmente tem início em crianças com idade entre 3 e 10 anos. Não há predileção de gênero. A história detalhada obtida com a cooperação da família e da criança, é tipicamente bilateral (parte anterior das coxas, canelas, panturrilhas e atrás dos joelhos) em 80% dos casos³, sendo raro o envolvimento dos membros superiores.

As dores surgem à noite ou de madrugada, despertando a criança, às vezes tão intensas que a levam ao choro. Na manhã seguinte a criança está assintomática e não apresenta nenhuma limitação física. O intervalo entre as crises varia de alguns dias, semanas ou meses. Há casos em que os pais notam uma relação entre o aumento de atividade física e a dor, mas isso não é constante. Cerca de 95% referem alívio com massagens enquanto outros, com crises mais demoradas, precisam de analgésicos³.

Na história familiar é possível detectar história de dor do crescimento em 20% a 47% dos parentes de primeiro grau²⁻⁴.

Exame Físico

O exame físico da criança com dor do crescimento é normal. A criança caminha normalmente; a coluna e as extremidades não apresentam deformidades nem restrição de movimentos. Não existe fraqueza muscular nem alteração dos reflexos.

A presença de articulações inchadas, massas palpáveis, dor ao movimento dos membros ou à palpação indicam a necessidade de exames de laboratório e de imagem em busca de outros diagnósticos.

Diagnóstico diferencial

Dores em membros podem ter diferentes causas: autoimune/inflamatórias, infecciosas, hematológicas, vasculares, neoplásicas, traumáticas e estruturais, metabólicas e síndromes

de amplificação dolorosa. Crianças com história atípica de dor do crescimento ou com alterações ao exame físico deverão ser melhor investigadas com perguntas buscando sinais e sintomas compatíveis com outras causas de dor, exames de laboratório ou de imagem⁵.

História atípica

1. Dor unilateral

Apenas 20% dos casos de dores de crescimento são unilaterais e merecem investigação detalhada que inclua principalmente as causas de dor de origem infecciosa e tumoral pois são emergências médicas.

2. Dor noturna

a. Dores da síndrome de hiper mobilidade articular costumam aparecer no final da tarde e noite e são benignas, com exame físico demonstrando os sinais de hiper mobilidade, laboratório e imagem normais.

b. Dores no curso de leucemias costumam ser bem intensas durante a noite, inclusive despertando a criança. Neste caso, aumento de linfonodos, esplenomegalia, dor óssea à palpação de esterno e de tíbias são fortes indícios desta doença. Nem sempre o hemograma mostrará anemia ou blastos na fase inicial. A presença de trombocitopenia é sinal de alerta. Aumento da LDH e do ácido úrico também ajudam no diagnóstico precoce, mas é o mielograma que concluirá o diagnóstico. É importante não medicar as crianças com corticosteroide, pois isto afetará o prognóstico da leucemia.

c. Dores causadas por osteoma osteoide são mais intensas à noite, mas ocorrem sempre no mesmo local e cedem com anti-inflamatórios.

3. Dores que surgem durante o dia e/ou se agravam com a atividade física

Este tipo de dor deve determinar pesquisa de dores de origem mecânica. Podem ser uni ou bilaterais. Apesar da doença de Legg-Perthes-Calvé estar localizada em quadris, a dor pode

ser referida na coxa ou joelho. Ao exame físico, observa-se claudicação e limitação de rotação de quadris. Imagem de ressonância magnética pode ser necessária em casos de radiografia simples normal. Outras osteocondroses como a doença de Osgood-Schlatter (tuberosidade anterior da tíbia), Sever (Apófise do calcâneo), Kohler (navicular do tarso) mostrarão reprodução da dor durante a palpação do local.

4. Dores articulares que já estão presentes de manhã, ao acordar.

Dores ou maior dificuldade para se movimentar pela manhã, às vezes com claudicação e restrição de movimentos, mostram a natureza inflamatória da artrite. A causa mais comum de doença autoimune com artrite em crianças é a artrite idiopática juvenil (AIJ).

A artrite da AIJ pode se manifestar de modo pouco alarmante ou sintomático e com exames laboratoriais normais ou inespecíficos. Não é uma doença muito frequente e por isso é pouco lembrada. O reconhecimento precoce e as disponibilidades terapêuticas atuais modificaram a evolução e o prognóstico destas crianças. De modo contrário, o diagnóstico tardio determina perda da oportunidade de tratamento precoce e adequado, causando sequelas e prejuízo da qualidade de vida.

É muito importante que pediatras e pacientes pensem nesta possibilidade em cada criança com dor e, para facilitar esta tarefa, um grupo de reumatologistas pediatras do Brasil elaborou um questionário composto de 12 perguntas que servem como sinais de alerta para esta doença (quadro 2)⁶. A presença de 5 respostas positivas é altamente indicativa de AIJ e, portanto, o encaminhamento para um reumatologista pediatra se faz necessário.

5. Dor com aumento de volume da articulação ou dor com limitação de movimentos.

A presença de aumento de volume articular ou de sensibilidade dolorosa associada à limitação de movimento caracteriza a presença de artrite.

Artrites agudas – Por definição, a artrite aguda dura menos de seis semanas - geralmente não oferecem dificuldades para o diagnóstico diferencial com dores de crescimento, pois não têm caráter crônico, a duração é breve e se localizam em articulações. As principais causas são a febre reumática, as artrites virais e as artrites reativas que surgem após infecções intestinais ou geniturinárias.

Quadro 2: Questionário de triagem para identificar casos de AIJ

1. Você notou inchaço nas articulações de seu filho nos últimos 7 dias?
2. Seu filho se queixou de dor nas articulações, músculos ou ossos nos últimos 7 dias (não relacionados a trauma)?
3. Seu filho já apresentou inchaço em articulações por mais de 30 dias?
4. Seu filho já apresentou dor em articulações por mais de 30 dias (não relacionado ao trauma)?
5. Seu filho já apresentou dificuldades para fechar as mãos, dobrar os punhos, joelhos ou tornozelos?
6. Seu filho mancou ou andou de modo diferente no último mês?
7. Existe algo que seu filho não possa fazer, como brincar ou correr porque tem problemas nas articulações?
8. Seu filho já acordou se queixando das articulações?
9. Seu filho já teve que cancelar alguma atividade diárias tais como ir à escola ou brincar, por causa de dor nas articulações?
10. Seu filho apresenta deformidade em alguma articulação?
11. Seu filho já teve febre por mais de 15 dias, sem qualquer causa aparente, seguido de inchaço ou dor nas articulações?
12. Seu filho já apresentou erupção na pele seguido de inchaço ou dor nas articulações?

Exames de laboratório

Hemograma completo e marcadores de inflamação tais como a velocidade de hemossedimentação e a proteína C reativa são úteis como exames iniciais para detectar inflamação e/ou infecção, identificando a etiologia das dores em membros. Anemia, leucocitose, trombocitose, aumento das provas de atividade inflamatória indicam inflamação. Após esta triagem e dependendo da hipótese diagnóstica, outros exames mais específicos deverão ser solicitados.

Exames de imagem

Radiografias são úteis para investigar neoplasias, infecções, fraturas e várias causas de dores mecânicas. Às vezes, a ressonância magnética poderá mostrar uma lesão não detectada na radiografia simples como a doença de Legg-Perthes-Calvé, a fase inicial da osteomielite e neoplasias. Cintilografia óssea ou ressonância magnética de corpo total podem ser necessárias em casos de doença óssea difusa como a osteomielite crônica multifocal e metástases de câncer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohnen L, Magotteaux J. Acute and recurrent night leg pain in young children: "growing pains". *Rev Med Liege*. 2004;59(6):363-6.
2. Lehman PJ, Carl RL. Growing Pains. *Sports Health*. 2017;9(2):132-138.
3. Pavone V, Lionetti E, Gargano V, Evola FR, Costarella L, Sessa G. Growing pains: a study of 30 cases and a review of the literature. *J Pediatr Orthop*. 2011;31(5):606-9.
4. Oliveira SKF. Dor de crescimento e síndromes de amplificação da dor. in Oliveira SKF. *Reumatologia para pediatras*. Ed Revinter, 2ª ed, Rio de Janeiro
5. Len CA, Terreri MT, Puccini RF, Wechsler R. Development of a Tool for Early Referral of Children and Adolescents With Signs and Symptoms Suggestive of Chronic Arthropathy to Pediatric Rheumatology Centers. *Art Rheum*. 2006;55(3):373-377
6. Lowe RM, Hashkes PJ. Growing pains: a noninflammatory pain syndrome of early childhood. *Nat Clin Pract Rheumatol*. 2008;4(10):542-9.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Cláudio Hoineff (RJ)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Análiria Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte: Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste: Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste: Luciano Amedéu Péret Filho (MG)

Sul: Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste: Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

Assessoria para Assuntos Parlamentares:

Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e

Adolescentes com Deficiência:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença

Maternidade e Paternidade:

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:

Drogas e Violência na Adolescência:

Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física

Coordenadores:

Ricardo do Rêgo Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:

Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Isabel Guimarães (BA)

Jorge Mota (Portugal)

Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:

Dirceu Solé (SP)

Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabianne Altruda de M. Costa Carlesse (SP)

Oftalmologia Pediátrica

Coordenador:

Fábio Eizenbaum (SP)

Membros:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Galton Carvalho Vasconcelos (MG)

Julia Dutra Rossetto (RJ)

Luisa Moreira Hopker (PR)

Rosa Maria Graziano (SP)

Celia Regina Nakanami (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Villaça Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvano (BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO

DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Lima (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA

PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Coordenadores:

Nilza Perin (SC)

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

Fábio Pessoa (GO)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Biculo-Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedéu Peret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

Valmin Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nélson Grísard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

Mário Santoro Júnior (SP)

Vice-presidente:

Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

Secretário Geral:

Jefferson Pedro Piva (RS)