



ARTIGO DE REVISÃO

Assessment of acute motor deficit in the pediatric emergency room[☆]



Marcio Moacyr Vasconcelos^{a,*}, Luciana G.A. Vasconcelos^b e Adriana Rocha Brito^a

^a Universidade Federal Fluminense (UFF), Hospital Universitário Antônio Pedro, Departamento Materno-Infantil, Niterói, RJ, Brasil

^b Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), Divisão de Pediatria, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Recebido em 21 de maio de 2017; aceito em 28 de maio de 2017

KEYWORDS

Acute weakness;
Motor deficit;
Guillain-Barré syndrome;
Transverse myelitis;
Child

Abstract

Objectives: This review article aimed to present a clinical approach, emphasizing the diagnostic investigation, to children and adolescents who present in the emergency room with acute-onset muscle weakness.

Sources: A systematic search was performed in PubMed database during April and May 2017, using the following search terms in various combinations: “acute,” “weakness,” “motor deficit,” “flaccid paralysis,” “child,” “pediatric,” and “emergency”. The articles chosen for this review were published over the past ten years, from 1997 through 2017. This study assessed the pediatric age range, from 0 to 18 years.

Summary of the data: Acute motor deficit is fairly common presentation in the pediatric emergency room. Patients may be categorized as having localized or diffuse motor impairment, and a precise description of clinical features is essential in order to allow a complete differential diagnosis. The two most common causes of acute flaccid paralysis in the pediatric emergency room are Guillain-Barré syndrome and transverse myelitis; notwithstanding, other etiologies should be considered, such as acute disseminated encephalomyelitis, infectious myelitis, myasthenia gravis, stroke, alternating hemiplegia of childhood, periodic paralyses, brainstem encephalitis, and functional muscle weakness. Algorithms for acute localized or diffuse weakness investigation in the emergency setting are also presented.

DOI se refere ao artigo:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.06.003>

[☆] Como citar este artigo: Vasconcelos MM, Vasconcelos LG, Brito AR. Assessment of acute motor deficit in the pediatric emergency room. J Pediatr (Rio J). 2017;93:26–35.

* Autor para correspondência.

E-mail: mmdvascon@gmail.com (M.M. Vasconcelos).

PALAVRAS-CHAVE

Fraqueza aguda;
Déficit motor;
Síndrome de
Guillain-Barré;
Mielite transversa;
Criança

Conclusions: The clinical skills to obtain a complete history and to perform a detailed physical examination are emphasized. An organized, logical, and stepwise diagnostic and therapeutic management is essential to eventually restore patient's well-being and full health.

Published by Elsevier Editora Ltda. on behalf of Sociedade Brasileira de Pediatria. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Avaliação do déficit motor agudo no ambiente de pronto socorro pediátrico**Resumo**

Objetivos: Apresentar uma abordagem clínica, enfatizar a investigação diagnóstica, voltada para crianças e adolescentes no pronto-socorro com fraqueza muscular de surgimento agudo.

Fontes: Foi feita uma pesquisa sistemática na base de dados PubMed entre abril e maio de 2017, com os seguintes termos de pesquisa em várias combinações: "agudo", "fraqueza", "déficit motor", "paralisia flácida", "criança", "pediátrico" e "emergência". Os trabalhos escolhidos para esta revisão foram publicados nos últimos dez anos, de 1997 a 2017. Este trabalho aborda a faixa etária pediátrica, até 18 anos.

Resumo dos dados: O déficit motor agudo é uma causa razoavelmente comum para crianças e adolescentes procurarem o pronto-socorro. Os pacientes podem ser classificados como com deficiência motora localizada ou difusa e uma descrição precisa das características clínicas é essencial para possibilitar um diagnóstico diferenciado completo. As duas causas mais comuns de paralisia flácida aguda no pronto-socorro pediátrico são síndrome de Guillain-Barré e mielite transversa, independentemente de outras etiologias serem consideradas, como encefalomielite disseminada aguda, mielite infecciosa, miastenia grave, derrame, hemiplegia alternante da infância, paralisia periódica, encefalite do tronco encefálico e fraqueza muscular funcional. Os algoritmos da investigação de fraqueza aguda localizada ou difusa na configuração de emergência também são apresentados.

Conclusões: São enfatizadas as habilidades clínicas para obter um histórico completo e fazer um exame físico detalhado. Um manejo diagnóstico e terapêutico organizado, lógico e por etapas é essencial para eventualmente restaurar o bem-estar e a saúde total do paciente.

Publicado por Elsevier Editora Ltda. em nome de Sociedade Brasileira de Pediatria. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O déficit motor agudo ou fraqueza é uma apresentação razoavelmente comum em crianças e adolescentes no pronto-socorro (PS) pediátrico. Em todas as faixas etárias, 5% de todos os pacientes que procuram o PS apresentam sintomas neurológicos.¹ Nesse ambiente, o pediatra deve se sentir confortável para fazer o manejo inicial, pois algumas etiologias podem ser fatais e exigem cuidado urgente. Por outro lado, as intervenções oportunas podem provavelmente restaurar o bem-estar e a saúde total do paciente.

A fraqueza é classificada como um sinal motor negativo, bem como ataxia e apraxia. É valioso ter um entendimento preciso sobre a definição desses três sinais motores negativos. *Fraqueza* é definida como a incapacidade de gerar *força* voluntária normal em um músculo ou *torque* voluntário normal sobre uma articulação, ao passo que *ataxia* é a incapacidade de gerar uma *trajetória* de movimento voluntário normal, que não pode ser atribuída a fraqueza ou atividade muscular involuntária nas articulações afetadas.² Os movimentos atáxicos são descoordenados e atrapalhados, porém não há fraqueza subjacente dos músculos envolvidos. *Apraxia* é a incapacidade de fazer movimentos complexos aprendidos, que não é explicada por fraqueza, ataxia ou

atividade motora involuntária, ou seja, as funções motoras, sensoriais, dos gânglios da base e cerebelares estão intactas.² Deve ser enfatizado que não existe fraqueza sensorial.

Para fins deste trabalho, o termo *plegia* será usado para indicar fraqueza completa ou parcial,³ porém o leitor é informado que *plegia*, estritamente falando, significa paralisia total e *paresia* implica que a força muscular é afetada apenas parcialmente. Uma descrição comum de fraqueza aguda é paralisia flácida aguda, o que significa que na configuração de PS a paralisia normalmente não é acompanhada por espasticidade ou outros sinais anormais dos tratos motores do sistema nervoso central (SNC), por exemplo, hiperreflexia, clonus ou sinal de Babinski.⁴

Os objetivos deste trabalho são apresentar uma abordagem de diagnóstico clínico voltada para crianças e adolescentes que apresentam déficit motor agudo no PS e revisar as etiologias mais frequentes.

Métodos

Foi feita uma pesquisa sistemática na base de dados PubMed entre abril e maio de 2017, com os seguintes termos de pesquisa em várias combinações: "agudo",

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8810059>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8810059>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)