



Condições Músculo-esqueléticas

1. Introdução

As Condições Músculo-esqueléticas, incluindo os que são decorrentes de lesões, são comuns no esporte. No entanto, os atletas também estão susceptíveis a artropatias de etiologia familiar ou degenerativa tais como osteoartrite e doenças reumatológicas ou auto-imunes.

No meio esportivo, estas lesões são tradicionalmente classificadas de acordo com um mecanismo de macrotraumas (lesões agudas) ou devido ao esforço consecutivo e repetitivo, que vão desde pequenas lesões musculares, tendões ou outros “tecidos moles” à lesões mais graves, como fraturas, luxações e traumatismos na medula espinhal. Por conseguinte, a utilização de agentes farmacológicos e a necessidade de uma AUT varia de acordo com o tipo de lesão.

O gerenciamento das Condições Músculo-esqueléticas requer alguma compreensão da resposta inflamatória e do processo bioquímico da dor. Os agentes farmacológicos mais utilizados no tratamento das condições músculo-esqueléticas são os agentes anti-inflamatórios potentes, analgésicos poderosos e ainda os “agentes modificadores da doença”. Estes são especialmente indicados em caso de artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico (LES) e espondilite anquilosante, doenças que podem exigir o uso da terapêutica intermitente ou a longo prazo.

Existem duas classes terapêuticas, comumente utilizadas nas Condições Músculo-esqueléticas, que são proibidas e por isso relevantes nos processos de AUT's: os glicocorticóides e os analgésicos narcóticos, sendo que ambos só são proibidos “em-competição”. Portanto somente é necessária a solicitação de uma AUT para a utilização destas substâncias durante o período de competição, e no caso dos glicocorticóides, se forem administrados por via oral, retal, intramuscular ou intravenosa.

Os glicocorticóides são geralmente muito usados na terapêutica das Condições Músculo-esqueléticas devido à sua potência como agentes anti-inflamatórios. No entanto, em alguns casos a sua utilização nos esportes de competição se tornou excessiva e inadequada, com pouca consideração para potenciais efeitos colaterais. As evidências clínicas e científicas que apoiam o uso liberal de glicocorticóides sistêmicos em lesões esportivas permanecem controversas, sendo assim é recomendado uma abordagem mais conservadora para sua utilização.

2. Diagnóstico

Todos as Condições Músculo-esqueléticas exigem um diagnóstico preciso e invariável, envolvendo uma história e exame físico completos. Além disso, investigações adequadas, incluindo modalidades de imagiologia como a ressonância magnética, a tomografia computadorizada, a medicina nuclear e a ultra-sonografia e ainda exames clínicos podem ser necessários para confirmação do diagnóstico e exclusão de qualquer outra comorbidade.

Os resultados adequados de uma imagiologia adequada e outras investigações devem acompanhar a história e o exame físico na solicitação da AUT. A opinião de um médico especialista em Distúrbios Músculo-esqueléticos, irá reforçar o pedido da AUT.

NOTA: Um cuidado especial deve ser investido no diagnóstico de Distúrbios Músculo-esqueléticos em jovens atletas, uma vez que um tratamento inadequado pode originar degeneração prematura ou impedimento do desenvolvimento esquelético.

3. Boas práticas no tratamento médico

A. Nome das substâncias proibidas:

1. Glicocorticóides
2. Analgésicos Narcóticos

1. Indicações

1. Glicocorticóides

Existe pouca ou nenhuma evidência clínica que indique que os glicocorticóides alteram favoravelmente o resultado da maioria das Condições Músculo-esqueléticas. Embora possuam um potente efeito anti-inflamatório que pode ser benéfico no tratamento de determinadas lesões, as indicações mais comuns dos glicocorticóides, por um curto prazo, são no tratamento de lesões associadas à compressão de um nervo, como uma hérnia discal ou uma neuropraxia braquial transitória. No entanto, deve ser novamente referido que a utilização de glicocorticóides envolve a existência de uma AUT apenas quando estas substâncias são usadas por via oral, retal, intramuscular ou intravenosa. A sua administração através de qualquer outra via é permitida, sem que haja necessidade de uma AUT.

Para doenças reumatológicas ou autoimunes, os glicocorticóides podem ser utilizados para controlar os sintomas inflamatórios no tratamento contínuo, com aumento progressivo da dose durante as exacerbações da doença.

2. Analgésicos narcóticos

Os analgésicos narcóticos estão geralmente indicados por curto prazo no alívio da dor provocada por lesões musculoesqueléticas agudas ou pós-cirúrgicas (normalmente entre 1 a 7 dias). Eles são raramente prescritos por mais de 7 dias, no entanto este prazo depende das circunstâncias, incluindo a complexidade dos procedimentos cirúrgicos. A utilização de analgésicos narcóticos é proibida em competição, independentemente da sua via de administração.

NOTA: Para informação mais profunda sobre o uso de analgésicos narcóticos e canabinóides, deve ser consultada a documento relativo a informação médica para apoio de decisões sobre solicitações de AUT no casos de Dor Neuropática.

B. Dose, Frequência e Duração do Tratamento recomendada

1. Glicocorticóides

Os glicocorticóides podem ser administrados em dose única por via intramuscular, intra-articular, epidural ou bursal, seguidos de um período de acompanhamento e reavaliação clínica (normalmente um mínimo de sete dias). A administração de doses posteriores é determinada de acordo com a eficácia inicial do tratamento e com a gravidade da situação clínica. A utilização de glicocorticóides no tratamento da maioria das Condições Músculo-esqueléticas, através destas vias de administração, raramente ultrapassa três doses.

Quando os glicocorticóides são administrados por via oral, a dose inicial pode ser elevada (por exemplo 50 mg), e em seguida, reduzida ao longo dos 5 a 7 dias. No caso de um pedido para a utilização oral de glicocorticóides no tratamento de uma lesão aguda do disco vertebral, deve ser demonstrado que as alternativas não-proibidas, como a epidural ou injeção na bainha do nervo, são inadequadas ou ineficazes.

Na terapêutica das doenças músculo-esqueléticas inflamatórias crônicas, o uso oral de glicocorticóides pode ser indicado para baixas doses de manutenção, seguido de um aumento progressivo da dose em caso de exacerbações da doença. Deve-se recorrer aos dados da atividade da doença e aos marcadores laboratoriais para guiar a utilização e dose dos glicocorticóides nestas situações, no entanto raramente se observa esta utilização em atletas de alta competição. Pode-se também fazer a administração de glicocorticóides por via intra-articular, sem a necessidade de pedir uma AUT.

2. Analgésicos Narcóticos

Os analgésicos narcóticos são administrados numa dose e frequência suficientes para controlar a dor severa durante lesões agudas ou numa cirurgia, estendendo-se durante o período de convalescença pós-operatório. Porém, é extremamente improvável que um atleta com necessidade de analgésicos narcóticos para uma lesão aguda esteja habilitado a participar em esportes de alta competição. Os analgésicos narcóticos podem ainda ser prescritos para a dor crônica, apesar de acontecer raramente (ver o documento relativo a informação médica para apoio de decisões sobre solicitações de AUT no casos de Dor Neuropática para mais detalhes).

4. Outros tratamentos alternativos não-proibidos

O tratamento das lesões músculo-esqueléticas começa por simples terapêuticas, incluindo o repouso, gelo, compressão e elevação. A medicação inicial inclui anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), analgésicos não narcóticos e/ou relaxantes musculares. Outras opções de tratamento incluem terapêuticas com o calor, crioterapia, tração, ultra-som, estimulação elétrica, terapia manual, órtese e exercícios terapêuticos.

Em doenças reumatológicas e auto-imunes, algumas substâncias imunossupressoras, também chamadas de medicamentos anti-reumáticos modificadores da doença, podem ser adicionadas à terapêutica habitual para melhorar o controle da progressão da doença. Estes medicamentos podem ser antimaláricos, citostáticos (por exemplo metotrexato, azatioprina) ou proteínas de ligação ao TNF (por exemplo adalimumab), cujo uso não é proibido.

5. Consequências para a saúde em caso de ausência do tratamento

1. Glicocorticóides

São bastante conhecidos e utilizados devido seu poderoso efeito anti-inflamatório, proporcionando assim alívio da dor e da inflamação em determinadas condições. Ainda assim, os glicocorticóides não demonstraram promover ou acelerar uma melhor cicatrização em tecidos músculo-esqueléticos (ligamentos, tendões, cartilagem hialina, osso ou músculo).

2. Analgésicos narcóticos

A não administração de analgésicos narcóticos no tratamento de uma lesão músculo-esquelética pode provocar um aumento contínuo da dor e na possibilidade de uma diminuição da função.

6. Monitoramento do Tratamento

A dor e o edema provocados por uma inflamação aguda e a perda de movimento, tipicamente associados a lesões músculo-esqueléticas agudas, são efeitos que têm geralmente um prazo curto, desaparecendo ao final de uma semana. Embora existam algumas lesões que necessitam de tratamento prolongado, estes casos não são muito comuns. O uso prolongado de glicocorticóides e analgésicos narcóticos podem ter efeitos adversos para a saúde e desempenho do atleta. A administração de glicocorticóides sistêmicos, por exemplo na doença reumatológica crônica, é rotineiramente reduzida para uma baixa dose de manutenção.

7. Validade da AUT e processo de revisão recomendado

As indicações, posologia e duração do uso de glicocorticóides e analgésicos narcóticos dependem do tipo de condição ou lesão músculo-esquelética. Normalmente, nenhum destes medicamentos é administrado por mais de uma semana. Caso seja necessário prolongar o uso dos medicamentos, deve ser feita uma nova solicitação de AUT para revisão e reavaliação do diagnóstico do atleta. Esta revisão possui grande importância no caso de atletas pré-adolescentes e adolescentes, e ainda no caso de doenças músculo-esqueléticas inflamatórias crônicas, que podem exigir uso recorrente ou a longo prazo de glicocorticóides.

8. Medidas de Prevenção Apropriadas

O uso prolongado de glicocorticóides, mesmo em baixas doses, possui alto potencial de causar efeitos adversos graves incluindo necrose avascular do quadril ou supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, resultando em insuficiência adrenal secundária.

Deve-se ter especial atenção no tratamento de jovens atletas, que podem ser mais susceptíveis aos efeitos dos glicocorticóides, uma vez que ainda se encontram numa fase de desenvolvimento músculo-esquelético.

O potencial efeito adverso mais sério do uso prolongado de analgésicos narcóticos está na dependência de drogas.

Embora a utilização de analgésicos narcóticos possa ser aceitável por um médico ou através de uma AUT, no entanto, a associação esportiva responsável pode decidir que, em determinadas situações, a sua utilização apresenta um risco inaceitável para a segurança do atleta e/ou dos outros atletas em competição. Estas questões de segurança esportiva estão fora do domínio do anti-doping.

9. Referências

1. Patel DR, Baker RJ. Musculoskeletal injuries in sports. *Prim Care*. 2006. Jun;33(2):545-79
2. Selected issues for the adolescent athlete and the team physician: a consensus statement. *Med Sci Sports Exerc*. 2008 Nov; 40(11):1997-2012. Doi: 10.1249/MSS.0b013e31818acdc (No authors listed)
3. Barnsley L, Lord SM, Wallis BJ, Bogduk N. Lack of effect of intraarticular corticosteroids for chronic pain in the zygapophyseal joints. 1994 April 14; *N Eng J Med* 330(15):1047-50
4. Maffulli N, Baxter-Jones AD Common skeletal injuries in young athletes. *Sports Med* 1995;19:137-49.
5. Maffulli N, Longo UG, Gougoulas N et al. Long-term health outcomes of youth sports injuries. *Br J Sports Med* 2010; 44:21-25 doi:10.1136/bjism.2009.069526
6. Dvorak J, Feddermann N, Grimm K. Glucocorticosteroids in football: use and misuse. *Br J Sports Med*. 2006 July; 40 (Suppl 1): i48-154
7. Nichols A W. Complications associated with the use of corticosteroids in the treatment of athletic injuries. *Clin J Sport Med* 2005. 15370-375.375.
8. Harmon K G, Hawley C. Physician prescribing patterns of oral corticosteroids for musculoskeletal injuries. *J Am Board Fam Pract* 2003. 16209-212.212.