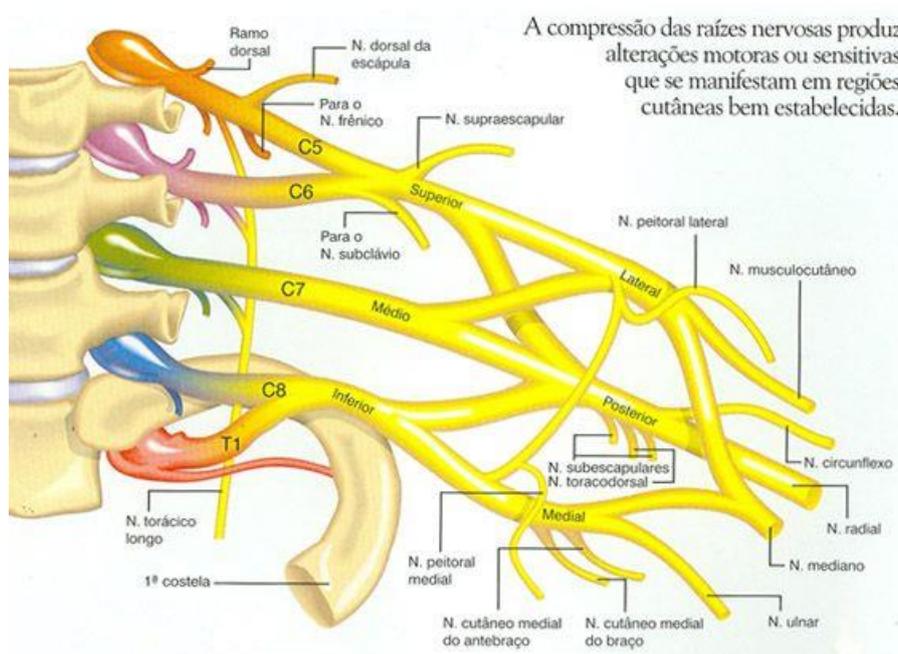
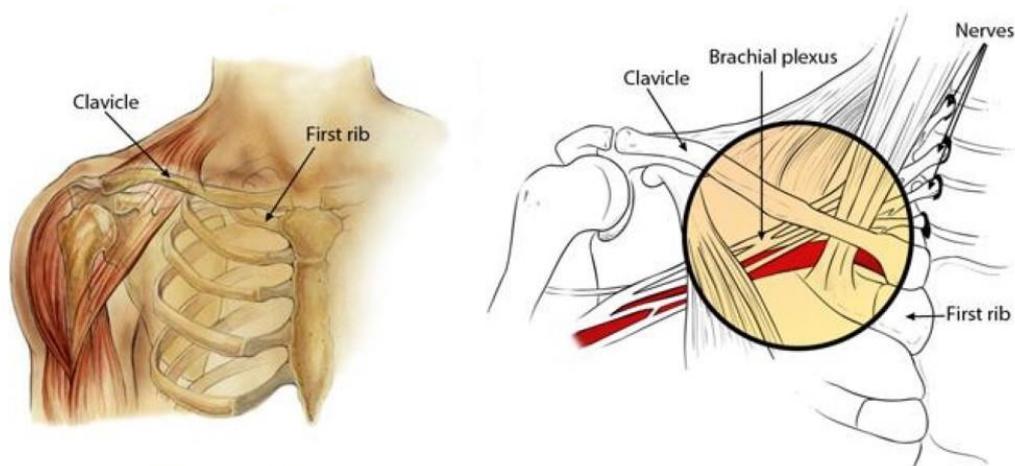


PBO:

PARALISIA BRAQUIAL OBSTÉTRICA

Para falar de paralisia braquial obstétrica, precisamos, antes de tudo, recordar a anatomia do plexo braquial, já que é deste grupo de nervos e raízes nervosas que vamos falar neste pequeno artigo. Não me estenderei muito neste assunto pois o plexo braquial será centro de outro artigo, mas deixarei uma imagem para que se recordem dos nervos, de quais raízes nervosas cada um deles se origina e o porquê das características próprias de cada lesão.



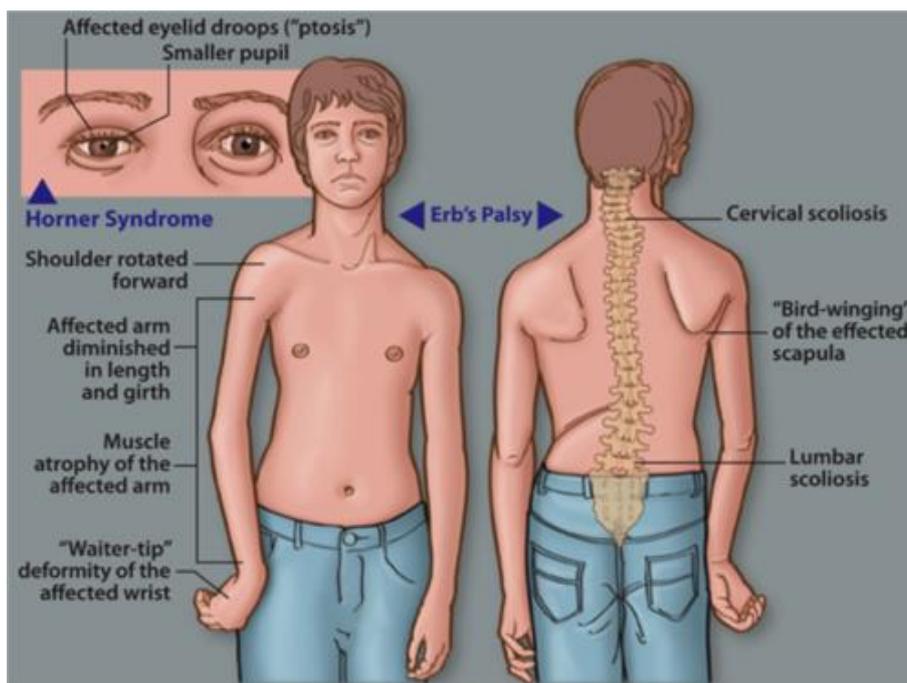
A paralisia braquial obstétrica (PBO) ocorre quando há lesão do plexo braquial ao nascimento, podendo se tratar de uma lesão parcial ou total da rede de nervos desse plexo, afetando as raízes nervosas cervicais (de C5 a C8) e torácicas (T1) e pode ser notado no recém nascido até 48 horas após o parto. Em grande parte dos casos a lesão é mecânica e acontece na fase final do parto pela tração lateral da cabeça e dos ombros do bebê.



A incidência estimada é de aproximadamente 3,4 a cada 1000 nascidos vivos. Existem alguns fatores de risco para a paralisia braquial obstétrica e são eles: bebês muito grandes, diabetes gestacional ou prévia, baixa estatura da mãe, trabalho de parto demorado, apresentação pélvica do bebê, aumento de peso acima de 12 kg na gravidez, asfixia perinatal, utilização de fórceps. Algumas lesões em recém nascidos sem causa obstétrica podem existir devido a outras etiologias, como a má-formação do plexo braquial ou superdistensão devido à movimentações fetais intraútero.

A severidade da lesão e o prognóstico variam de acordo com o tipo e a extensão da lesão; elas podem ser desde uma neuropraxia, onde a lesão é leve, com perda motora e sensorial, porém sem alterações estruturais no nervo; uma pequena distensão ou “esmagamento” do nervo que irá se regenerar com o tempo. E a lesão pode ser mais grave, uma neurotme, onde há ruptura completa da fibra nervosa. Pode ocorrer ainda a avulsão das raízes nervosas, onde a força de estiramento é tamanha que o nervo é arrancado pela raiz. Sobre a extensão da lesão, ela pode ocorrer em uma das raízes como em todas, configurando uma lesão total do plexo.

A paralisia de Erb-Duchene é a forma mais comum, ocorrendo em 86% dos casos, envolvendo as raízes nervosas de C5 e C6 ou C5, C6 e C7 e caracteriza-se pela rotação interna do ombro, extensão do cotovelo, pronação do antebraço, flexão do punho e extensão dos dedos (postura de “waiters tip”, ou, “mão em gorjeta do garçom”). Se tiver lesão de C7, o cotovelo poderá estar ligeiramente fletido.



A paralisia de Klumpke, extremamente rara, afeta somente raízes de C8 e T1 de forma isolada, o padrão do membro é de flexão do cotovelo, supinação do antebraço e paralisia da mão com ausência do reflexo de preensão palmar, enquanto os músculos mais proximais estão intactos. Esta paralisia atinge toda a musculatura intrínseca da mão e deixa-a na posição de garra mista.

Na paralisia braquial total, as raízes de C5 a T1 serão comprometidas, representando somente 9% dos casos. Nestas lesões, todo o membro superior ficará sem movimentação, ficará



flácido e os dedos em garra. A paralisia das raízes inferiores pode afetar o nervo simpático e causar ptose palpebral, enoftalmia e miose homo-laterais (síndrome de Horner).

Além dos problemas neuromusculoesqueléticos claramente evidentes, deixados como sequelas, a PBO pode também implicar em problemas de desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, que podem apresentar atrasos, dificuldades na manipulação de objetos e coordenação em tarefas bimanuais, negligência do membro afetado e também atrasos em atingir os marcos do desenvolvimento como sentar, rolar e engatinhar – principalmente em lesões mais complexas e mais severas. E assim podemos ver tamanho o impacto na vida dessa criança que podem resultar em dependência nas atividades de vida diária (AVDs), redução da participação dessa crianças nas atividades escolares e também na comunidade de forma geral.

Desta forma, a bordagem terapêutica com essa crianças deve ser multiprofissional e o terapeuta ocupacional é um dos profissionais que vai integrar essa equipe. A avaliação deve ser bem completa, levando em conta a idade da criança, se ela já fez ou não algum acompanhamento, se está fazendo acompanhamentos no momento, e deverá ser um processo de obtenção e interpretação de dados para que a intervenção seja a melhor para aquele determinado paciente. Uma boa avaliação vai ajudar o TO a definir suas metas a curto, médio e longo prazos, o que sempre ajuda também os familiares (principalmente as mães dessas crianças) a entenderem que o processo de reabilitação é longo e terá, durante todo o tratamento, suas reavaliações, suas intervenções, mudanças de acordo, sempre, com a evolução da criança em questão.

O terapeuta ocupacional, após sua avaliação e a determinação das suas metas, vai auxiliar esse paciente muitas vezes com órteses de posicionamento do membro afetado, estimulação sensorial, estimulação da propriocepção deste membro com exercícios de descarga de peso (dependendo da idade da criança), estimulação global para que esta criança atinja todos os marcos do seu desenvolvimento dentro do tempo esperado.

O tratamento da PBO pode ser também cirúrgico. Caso não haja evolução com terapia ou naturalmente dentro de 3 a 6 meses, o médico poderá sugerir que a criança passe por cirurgia para reparar os nervos afetados. O médico poderá realizar a transposição de algumas fibras de outro nervo para a reparação do nervo afetado ou então realizar uma transferência nervosa de outro nervo, de outra musculatura para auxiliar no retorno de algum movimento no membro afetado. E, claro, após um procedimento cirúrgico, a terapia ocupacional será fundamental para o alongamento do membro, exercícios de ganho de força muscular, os cuidados com a cicatriz cirúrgica, mais confecção de diversos tipos de órteses, entre outras intervenções.

Referências:

- <https://orthoinfo.aaos.org/en/diseases--conditions/erbs-palsy-brachial-plexus-birth-palsy#:~:text=Palsy%20means%20weakness%2C%20and%20brachial,side%20during%20a%20difficult%20delivery.>
- <https://pdfs.semanticscholar.org/b956/b119fbcfd6f5847dad14d64b353781b4f356.pdf>

www.mundodato.com.br

Por: Heloísa Sbrissa Almada da Silva



- <https://pdfs.semanticscholar.org/b708/1fd211be124380d63165315915b7f6a5382c.pdf>
- https://www.researchgate.net/profile/Gudson_Sousa/publication/262566561_A_Estimulacao_Eletrica_na_Reabilitacao_das_Lesoes_Traumaticas_de_Plexo_Braquial_-_Revisao_da_Literatura/links/0f317538206da796d1000000.pdf
- <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0102361616302594?token=942396222EB7271A5A295E03AF019DE7AFBE5BB2B944629519203CC30553AF264B4DD23E72C30123D11FA3C608D798D4>

www.mundodato.com.br

Por: Heloísa Sbrissa Almada da Silva