

A PALAVRA É SUA

A SÍNDROME DE DOWN E A PRÁTICA ESPORTIVA : IMPLICAÇÕES DA INSTABILIDADE ATLANTO-AXIAL

Markus Vinicius Nahas

Universidade Federal de Santa Catarina
Departamento de Metodologia Desportiva
Núcleo de Pesquisa em Exercício e Saúde

A cada ano um número crescente de indivíduos deficientes mentais vem participando de atividades físico-esportivas. Uma fração significativa destes indivíduos apresenta a condição denominada Síndrome de Down, decorrente, na maioria dos casos, de um ainda inexplicado acidente de desenvolvimento celular (47 cromossomos).

Estas crianças (um em cada 600 nascimentos) apresentam, além de um retardamento, outras características anátomo-funcionais próprias da Síndrome, como aspectos faciais peculiares, formas corporais arredondadas, debilidade muscular, hipermobibilidade articular e, em muitos casos, má-formação cardíaca.

Martel e Tishler, citados por Rueschel (4), afirmam que as pessoas com Síndrome de Down apresentam uma debilidade congênita dos ligamentos. Poeschel, Scola, Perry e Pezzullo (5) acreditam que a hiperflexibilidade observada nestes indivíduos decorre de um defeito intrínseco nos tecidos conjuntivos. Esta hipótese tem suporte em estudos bioquímicos de tendões de crianças com Síndrome de Down que revelaram anormalidades na estrutura proteica (5).

Recentemente, especialistas têm alertado para um sério problema presente em aproximadamente 12 a 15% dos indivíduos com Síndrome de Down: a instabilidade atlanto-axial (1,2,4,6). Isto representa uma mobilidade maior que a normal das duas vértebras cervicais superiores (C1 e C2) na base do crânio. Esta condição expõe os portadores

a sérios riscos de lesão de medula caso ocorra uma flexão forçada do pescoço, deslocando as vértebras e comprimindo a medula espinhal. Isto pode levar a paralisia parcial ou total, com consequências irreversíveis (3,7).

Apesar de não ser um problema comumente reportado no meio médico-esportivo, pela sua gravidade é importante que os sintomas característicos da instabilidade atlanto-axial sejam conhecidos por médicos, pais e professores de educação física.

Estes sintomas incluem deterioração no caminhar, funções urinárias e intestinais alteradas, dor e limitação dos movimentos do pescoço, além de outros sinais neurológicos, como a hipertonidade de membros inferiores (1).

É igualmente significativa que se conheça o grau real de incidência desta instabilidade nas diversas populações predispostas ao problema, para que as possíveis decisões por parte de pais e profissionais sejam tomadas adequadamente.

Considerando que jovens com Síndrome de Down representam uma fração significativa dos participantes em jogos e olimpíadas para excepcionais, técnicos e professores deveriam evitar que estes indivíduos participassem de atividades de risco como a ginástica olímpica, salto em altura (Fosbury Flop, principalmente), saltos ornamentais, nado estilo golfinho, futebol (choques e cabeçadas), ou outras atividades

que possam estressar demasiadamente a região do pescoço - hiperextensão ou hiperflexão (1,6).

Recomenda-se que, a partir dos dois anos de idade, indivíduos portadores da Síndrome de Down sejam submetidos a exames médicos específicos que incluem raios X do pescoço (perfil) em extensão e flexão completas (4). Esta é a única forma de detectar, com segurança, a presença de instabilidade atlanto-axial em crianças e jovens participantes de atividades esportivas que os expõem a sérias lesões de medula.

Ao contrário da prevenção (exames simples e baratos), o tratamento de casos de sub-luxação C1-C2 é penoso, exigindo, em alguns casos, cirurgia para estabilização atlanto-axial (8).

Se você é pai ou profissional envolvido com crianças com Síndrome de Down, procure observar o seguinte: (a) restrinja, temporariamente, as atividades que possam colocar a criança em risco de lesão da região cervical; (b) encaminhe a criança a um especialista médico, familiarizado com o quadro de instabilidade atlanto-axial, para realização de raio-X de perfil da região cervical (em extensão e flexão completas); (c) os indivíduos que forem diagnosticados positivamente devem ser excluídos permanentemente de exercícios e atividades esportivas que sujeitem o pescoço a "stress" mais forte.

É preciso que os profissionais médicos, professores de educação física e pais se conscientizem da gravidade do risco que certas atividades trariam a crianças com Síndrome de Down se estas apresentarem instabilidade C1-C2. Mais estudos e maior informação sobre o assunto são necessários, particularmente em nosso país. Segue uma relação com algumas fontes de consulta para aqueles que desejarem maiores informações sobre o assunto.

FONTES DE CONSULTA

01. COOKE, R. The Kennedy Foundation and special olympics alerts public to atlantoaxial instability in Down Syndrome individuals. Special Olympics Bulletin, 1983.
02. DIAMOND, L.S.; LYNNE, D. and SIGMAN, B. Orthopedic disorders in patients with Down's Syndrome. Orthopedic Clinics of North America, 12(1): 57-71, 1981.

03. FORRY, S. Atlanto-axial problem surmounted. Down Syndrome News, 10(10): 129-131, 1986.
04. PUESCHEL, S.M. C1-C2 subluxation (atlanto-axial dislocation) in Down's Syndrome. Down's Syndrome - Papers and Abstracts for Professionals, 7(1): 1-2, 1984.
05. PUESCHEL, S.M.; SCOLA, F.H.; PERRY, C.D. and PEZZUELO, J.C. Atlanto axial instability in children with Down Syndrome. Pediatric Radiology, 10: 129-132, 1981.
06. SPECIAL OLYMPICS BULLETIN. Participation by individuals with Down Syndrome who suffer from the atlantoaxial dislocation condition. Policy Statement, 1983.
07. SEMINE, A.; ERTEL, A.; GOLDBERG, M.J. and BULL, M.J. Cervical-spine instability in children with Down Syndrome (trisomy 21). The Journal of Bone and Joint Surgery, 60:649-652, 1978.
08. SHERK, H. and NICHOLSON, J. Rotatory atlanto-axial dislocation associated with ossiculum terminale and mongolism. A case report. Journal of Bone Joint Surgery, 51: 957-964, 1969.

ENDEREÇO DO AUTOR / AUTHOR ADDRESS

Markus Vinicius Nahas
Rodovia SC 404, nº 355, Apt. 402-C
Itacorubi - Florianópolis - SP
CEP 88030