**TRATAMENTO FISIOTERAPEUTICO FRENTE À REABILITAÇÃO DE OSTEOARTRITE DE JOELHO E BURSITE DE OMBRO: RELATO DE CASO**

Érika Nunes de Sousa1

José Vinicius Amaro da Silva¹

Felipe Gregório Soares²

**RESUMO**

**OBJETIVO:** Mostrar os efeitos dos protocolos terapêuticos realizado com o paciente durante o atendimento visando a melhora das incapacidades funcionais apresentadas pelo mesmo e suas respectivas evoluções. **RELETO DE CASO:** Paciente A.V.A.F., 70 anos de idade, aposentada, foi admitida no atendimento fisioterapêutico do setor de Traumato-ortopedia da Clinica Escola da Faculdade Vale do Salgado, com diagnóstico clinico de orteoartrite e bursite de ombro, referiu como queixa principal fortes dores no joelho. Relatou que há aproximadamente 10 anos sofreu um acidente automobilístico, caindo de cima da moto e sofrendo uma pancada forte na coluna, chegando a ficar desacordada e sem fala. A paciente foi levada ao hospital, sendo realizada uma radiografia da coluna que não constatou qualquer deformidade. Faz uso de medicamentos para amenizar as dores no joelho. Após a avaliação foi elaborado um protocolo de tratamento fisioterapêutico que teve a duração de seis atendimentos, durante 50 minutos. As condutas executadas foram: treino de marcha, exercícios de fortalecimento, mobilização, estimulação elétrica transcutânea sensitiva e motora (TENS). **RESULTADOS:** O TENS, ultrassom, alongamento, mobilização articular, exercício de cadeia cinética aberta do tipo resistido e treino de marcha apresentaram resultados benéficos durante o tratamento. **CONCLUSÃO:** As condutas realizadas exibiram resultados benéficos e significativos em relação a dor, ADM, força da musculatura acometida, como também melhoria na qualidade de vida de um paciente com osteoartrite e bursite de ombro.

**Palavras chave: osteoartrite, bursite, tratamento**

1. **INTRODUÇÃO**

A osteoartrite pode ser definida como sendo uma enfermidade articular crônica e degenerativa. Caracterizando-se pelo desgaste da articulação, dor, rigidez matinal, crepitações ósseas e atrofia muscular, na radiografia é possível observar estreitamento no espaço articular, como também formações de osteófitos, e algumas formações císticas (DUARTE et al, 2013).

Ela se trata de uma doença reumatologica onde seu alvo principal são indivíduos entre os 65 anos, atingindo principalmente o publico feminino. Quando se trata de osteoartrite de joelho está associada à sarcopenia, ou seja, mudança provocada nas propriedades dos músculos, onde ocorre a falha na ativação voluntária do músculo quadríceps induzindo o surgimento de edema (GONDIM et al, 2017).

As principais causas dessa enfermidade é a degradação do colágeno, proteoglicanos e a degeneração da cartilagem. Estima-se que entre a população acima de 65 anos tendem a ter osteoartrite sintomática, que é caracterizada principalmente por relato doloroso durante o período matinal em uma ou mais articulações. Sua incidência aumenta com o passar da idade e com o peso corporal afetando principalmente as articulações do joelho, as Inter falangianas distais (DUARTE et al, 2013).

O tratamento ele deve ser conservador e multidisciplinar buscando melhorias funcionais, mecânicas e clínicas. Para se chegar a esses efeitos, o tratamento baseia-se em exercícios terapêuticos para ganho de ADM, equilíbrio, propriocepção e fortalecimento da musculatura, incluindo as técnicas de terapias manuais, como a pompagem do joelho) (GONDIM et al, 2017).

A dor no ombro é a segunda causa de queixa de dor no aparelho locomotor, perdendo apenas para dor referida na coluna. As principais causas de dor no ombro estão relacionadas as estruturas localizadas na articulação glenoumeral e no arco coraco-acromial (TURTELLI, 2001).

Já a bursite é uma doença que afeta milhares de pessoas sendo a inflamação dolorosa da Bursa, também conhecida como bolsa sinovial que é uma espécie de bolsa pequena que contem um liquido que tem função de amortecimento diminuindo o atrito entre os músculos (CAMPOS et al, 2012).

As Bursa são bolsas revestidas por liquido sinovial com fluidos em seu interior, responsáveis pela diminuição do atrito entre os tendões e os músculos sobre as proeminências ósseas. Os principais tipos de bursite é a subacromial e a trocantérica, a subacromial é caracterizada pela presença de dor nos ombros durante a realização de determinados movimentos de ombro como abdução, rotação externa e flexão. A Bursite trocantérica é marcada pela presença de dor crônica, intermitente, acompanhada de desconforto na região lateral do quadril por causa do processo inflamatório das bursas (CAMPOS et al, 2012).

Frente às colocações citadas e com o intuito de contribuir na reabilitação para a melhoria da assistência fisioterápica citando casos de pacientes portadores de osteoartrite e bursite, propôs-se o presente relato de caso com o objetivo de mostrar os efeitos dos protocolos terapêuticos realizado com o paciente durante o atendimento visando a melhora das incapacidades funcionais apresentadas pelo mesmo e suas respectivas evoluções.

1. **RELATO DE CASO**

Paciente A.V.A.F., 70 anos de idade, aposentada, foi admitida no atendimento fisioterapêutico do setor de Traumato-ortopedia da Clinica Escola da Faculdade Vale do Salgado, com diagnóstico clinico de orteoartrite e bursite de ombro, referiu como queixa principal fortes dores no joelho. Relatou que há aproximadamente 10 anos sofreu um acidente automobilístico, caindo de cima da moto e sofrendo uma pancada forte na coluna, chegando a ficar desacordada e sem fala. A paciente foi levada ao hospital, sendo realizada uma radiografia da coluna que não constatou qualquer deformidade. Faz uso de medicamentos para amenizar as dores no joelho.

No exame físico apresentou dor à palpação na articulação patelo-femural, foi ­­realizado o teste ortopédico de hawkins onde deu positivo para bursite subacromial, deambula com dificuldade, apresenta-se encurtamento muscular.

Durante a realização da avaliação ortopédica foram encontrados alguns distúrbios cinéticos funcionais, são eles: redução da ADM para os movimentos de flexão de ombro, extensão de ombro, flexão de joelho, fraqueza dos músculos quadríceps femoral, isquiostibiais.

Após a avaliação foi elaborado um protocolo de tratamento fisioterapêutico que teve a duração de seis atendimentos, durante 50 minutos. As condutas executadas foram: treino de marcha, exercícios de fortalecimento, mobilização, estimulação elétrica transcutânea sensitiva e motora (TENS) e ultrassom.

As mobilizações articulares foram realizadas com intuito de melhorar a amplitude de movimento, mobilização patelar (2 séries de 3 repetições). O TENS foi aplicado com intuito de reduzir a dor, sendo aplicado nos músculos deltoide e bíceps braquial. Os parâmetros utilizados foram: modo convencional; Frequência 90 Hz; LP; 50 US; tempo da terapia de 20 minutos. Foi aplicado ultrassom no modo continuo, F: 1, ciclo de trabalho 50%, FP:100%, P: 1.4 whts e duração de 10 minutos.

Os exercícios de fortalecimento foram incluídos desde a primeira semana de atendimento, com o objetivo de fortalecer os músculos: flexores, extensores, adutores e abdutores de quadril, com exercícios de cadeira aberta, onde o theraband auxiliou (3 séries de 10 repetições).

O treino de marcha foi incluso desde a primeira semana de atendimento, visando adequar à marcha da mesma, realizando os movimentos de flexão de joelho e quadril, onde foi montado um circuito com cones (3 séries de 10 repetições).

**­­**

1. **RESULTADOS**

Foi realizado uma reavaliação onde consistiu na verificação da goniometria, grau de força muscular (Escala de Oxford) e perimetria do membro acometido. Na goniometria inicial foi detectado redução da amplitude de movimento para flexão do joelho esquerdo (90°), evoluindo no ultimo atendimento para (100°), representando um aumento de 10°, onde foi evidenciando a eficácia dos alongamentos. Já a goniométrica de ombro, foi encontrada diminuição para flexão de lado esquerdo (120°), extensão de lado esquerdo (30°). Membro superior direito apresenta-se dentro da normalidade. Na reavaliação houve um aumento muito significativo para o movimento de flexão (140º) aumentando 20º, no movimento de extensão foi de (40º)

Durante a realização da perimétria tomamos como pontos de referência a linha interarticular do joelho e o maléolo lateral onde foi apresentado os seguintes resultados: foram obtidos inicialmente em cada ponto os seguintes valores para o membro inferior DIREITO: 39 cm, 32 cm, 25 cm. ESQUERDO: 41 cm, 31 cm, 25 cm. Na reavaliação foi apresentado os seguintes resultados DIREITO: 40 cm, 33 cm, 25,5 cm. ESQUERDO: 42 cm, 32 cm, 26.

O grau de força muscular apresentado pela paciente no quadríceps femoral, isquiostibiais, adutores e abdutores do quadril, do membro comprometido encontrava-se reduzidos na avaliação inicial, sendo respectivamente: grau 2 para quadríceps femoral, 3 para isquiostibiais e 3 para abdutores e adutores do quadril. Na reavaliação foi observado aumento significativo na força muscular: grau 3 para quadríceps femoral, 4 para isquiostibiais, e 4 para abdutores e adutores.

Gráfico 1: Amplitude de movimento pra o movimento de flexão e extensão de ombro esquerdo

Gráfico 2: Amplitude de movimento flexão do joelho esquerdo.

Gráfico 3: Grau de força muscular.

1. **DISCUSSÃO ARGUMENTATIVA**

O TENS é utilizado para promover analgesia através do mecanismo de teoria das comportas sendo a hiperestimulação das fibras tipo A, bloqueando a transmissão das fibras tipo C nas comportas da parte posterior da medula onde irá ocorrer a liberação do neurotransmissor gaba. No TENS convencional para dor aguda a frequência vai de 90 a 130 Hz a largura de pulso é baixa onde vai de 20 a 50 Us e o tempo é de 20 a 30 minutos (AGNE, 2015).

Segundo AGNE, 2015 O ultrassom apresenta efeitos benéficos produzidos por seu aquecimento proporcionando aumento na atividade metabólica, aumento no fluxo sanguíneo, aumento na extensibilidade das estruturas de colágeno, diminuindo a rigidez articular e redução da dor.

A mobilização articular pertence as técnicas de terapia manual usadas no tratamento das disfunções articulares que limitam a amplitude de movimento, e também usadas para modular a dor, as técnicas de mobilização consistem em um método efetivo e seguro para manter ou restaurar a mobilidade intra-articular. No entanto a mobilização patelar é de suma importância na fase de reabilitação promovendo mobilidade articular para que a mesma possa deslizar sobre o fêmur no sentido distal durante uma flexão de joelho normal e deslizar no sentido proximal durante o movimento de extensão (KISNER e COLBY, 2016).

Segundo ALMEIDA, 2009 O alongamento é um dos métodos mais comuns para aumentar a extensibilidade e flexibilidade da musculatura, onde podem ser divididos em: passivo, ativo, e facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP), devendo ter a duração de 30 segundos para que possa promover a extensibilidade desejada.

Os exercícios de cadeia cinética aberta para os movimentos de flexão e extensão de joelho, abdução e adução de quadril irão fortalecer os músculos quadríceps femoral e isquiotibiais, adutor longo, grácil, adutor magno e pectíneo consequentemente acelerando o processo de ganho de força muscular (CALDAS et al*,* 2012).

Segundo SULLIVAN, 2010 a adequação da marcha é de suma importância para o processo reabilitacional de paciente com algum tipo de déficit de deambulação com a finalidade de ajudar o mesmo a alcançar o nível de independência dentro de suas incapacidades funcionais.

1. **CONCLUSÃO**

A análise desse caso enriquece tanto cientificamente como profissionalmente, pois releva a importância da reabilitação fisioterápica diante de inúmeras patologias apresentadas por pacientes, divulgando resultados obtidos e as suas diversas possibilidades de ação. As condutas realizadas exibiram resultados benéficos e significativos em relação a dor, ADM, força da musculatura acometida, como também melhoria na qualidade de vida de um paciente com osteoartrite e bursite de ombro.

1. **REFERENCIAS**

AGNE, J. E. Eletrotemofototerapia. 3ª edição, Santa Maria-RS: O Autor, 2015.

ALMEIDA, P.H. F.; BAPANDALIZE, D.; RIBAS, D. I. R.; GILLAN, D.; MACEDO, C. B.; GOMES,A. R. S. Alongamento muscular: Suas aplicações na performance e na prevenção de lesões.  **Revista de Fisioterapiada Universidade de São Paulo**, 2009.

CALDAS, M. T. L.; BRAGA, G. F.; MENDES, S. L.; SILVEIRA, J. M. da; KOPK, R. M. Lesões do Ligamento Cruzado Posterior: Características e associações mais frequentes.**Revista Brasileira deOrtopedia**, 2013; 48(5):427–431, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbort/v48n5/pt\_0102-3616-rbort-48-05-0427.pdf. Acesso em: 20/09/2017.

CAMPOS RP, GODTSFRIEDT J, MENEZES FS, ARAÚJO LG. Contribuição da natação para a reabilitação da bursite de ombro pós-fase aguda. **R. bras. Ci. e Mov** 2012.

DUARTE, V. S. , SANTOS, M. L.; RODRIGUES, K. A.; RAMIRES, J. B.; ARÊAS, G. P. T.; BORGES, G. F. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática, **fisio. Mov.** Curitiba, 2013.

GONDIM, I. T. G. O., TORRES, A. B. C., LACERDA, A. T. B., FERNANDES, D. Q. K., COUTO, M. C., PEDROSA, M. A. C., Efeitos de um programa de exercícios terapêuticos associado à técnica de pompage sobre dor, equilíbrio e força em mulheres idosas com osteoartrite do joelho, Fisioterapia mov., vol. 30, Curitiba, 2017

O´SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J., Fisioterapia avaliação e tratamento, 5 edição, editora Manole, 2010

KISNER, C. ; COLBY, L. Allen.Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas, 6ª edição, Barueri-SP: Manole, 2016.

TURTELLI, C. M. ; Avaliação do ombro doloroso pela radiologia convencional, **Radiologia Brasil,** 2001

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas**, 6ª edição, Barueri-SP: Manole, 2016.