



Roteiro de Aula Prática - Tratamento da dor lombar baseada no Sistema de Classificação em Subgrupos

Disciplina de Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia
Docente: Profa. Dra. Débora Bevilaqua-Grossi



CHECKLIST do Exame Clínico

1) Análise Postural e da Marcha

- Curvaturas da coluna (escolioses, cifoses, lordoses), assimetrias posturais, presença de claudicação, tipo de marcha...

2) Amplitude de Movimento e Mobilidade Vertebral

- Flexão, extensão e inclinações bilaterais da lombar (padrão de referência)
- Rotações bilaterais em posição sentada
- RI de Quadril
- Pressão pósterio-anterior (hipomobibilidade, hipermobibilidade)

3) Determinação da Preferência Direcional

- Flexão repetida em pé
- Flexão repetida deitado
- Extensão repetida em pé
- Extensão repetida deitado
- Inclinação lateral bilateral

4) Exame Neurológico (*roteiro coluna geral*)

- Dermátomos (lombares e sacrais)
- Miótomos (L2 a S2)
- Reflexos (patelar e aquileu)

5) Testes Especiais

- Mobilidade Ilíacos
- Discrepância entre membros
- Teste de Instabilidade Prona (*Prone Instability Test*)
- Teste de Lasegue (*roteiro coluna geral*)
- Teste do n. femoral (*roteiro coluna geral*)

6) Testes voltados para o componente Sacroilíaco (*roteiro quadril*)

- Distração da SI
- Compressão da SI
- Teste de thrust da coxa (*Thigh thrust test*)
- Teste de thrust sacral (*Sacral thrust test*)
- Teste de Gaenslen

Exame Clínico detalhado

0) Anamnese: Red flags, Yellow Flags (FABQ, Start-Back), Incapacidade (OSWESTRY), Intensidade de dor (EVA - dor atual, menor dor no dia, maior do no dia)

1) Análise Postural e da Marcha

- Curvaturas da coluna (escoliose: gibosidade?; cifoses, lordoses), assimetrias posturais, presença de claudicação (quadril? Neural? Cardiovascular: um pé é mais frio que o outro, os sintomas não são provocados com o exame mecânico da lombar), tipo de marcha...
- Marcha: andar no calcanhar (L4), andar nas pontas dos pés (S1)
- Verificar a EVA durante a marcha e depois verificar se diminui ou aumenta nas direções

2) Amplitude de Movimento e Mobilidade Vertebral

- Flexão, extensão e inclinações bilaterais da lombar (já procurar identificar o padrão de referência, ou seja, a direção que centraliza os sintomas)
- Rotações bilaterais em posição sentada (verifica se a dor ou parestesia irradia na abertura ou fechamento, suspeita de radiculopatia)
- RI de Quadril (0-30 graus)
Em decúbito ventral, joelho fletido 90°, fazer RI do quadril. RI > 35°: indica hipermobilidade
- Pressão pósterio-anterior (hipomobilidade, hipermobilidade)
Palpar cada processo espinhoso e sentir a mobilidade. É mais fácil perceber a hipermobilidade e comparar com o segmento torácico que é menos móvel.

3) Determinação da Preferência Direcional

Usar o sinal de trânsito: Verde: continua; Amarelo: não muda; Vermelho: piora

Cada movimento é classificado para descrever a mudança no status (isto é, melhorar, piorar, status quo). Após o movimento, o paciente é solicitado a comparar seus sintomas com a linha de base. Possíveis respostas do paciente incluem (1) piorou: em que a parestesia é produzida ou a dor do paciente ou a parestesia se move distalmente da coluna lombar (periferaliza); (2) melhora: em que a parestesia ou dor é abolida ou se move da periferia para a coluna lombar (centraliza); e (3) status quo, no qual os sintomas do paciente podem aumentar ou diminuir em intensidade, mas não centralizam ou periferalizam.

Fazer em torno de 10 repetições. Iniciar pela direção que não gerou dor durante a avaliação da ADM, geralmente pela flexão ou extensão e finalizar com a inclinação lateral. Se a EVA inicial da marcha piorar, PARAR o movimento. Mudar a direção tentando achar uma direção que melhora a EVA inicial da marcha.

Para cada direção iniciar na posição em pé e, se não centralizar, tentar as posições deitado, progredindo para posições com menor sobrecarga.

- Flexão repetida em pé
- Flexão repetida deitado (evolução das posições para menor sobrecarga: abraça uma perna, abraça as duas)
- Extensão repetida em pé
- Extensão repetida deitado (evolução das posições para menor sobrecarga: cotovelos esticados, esfinge, deitado com braços ao lado do corpo)
- Inclinação lateral bilateral (suspeita de radiculopatia)

4) Testes Especiais

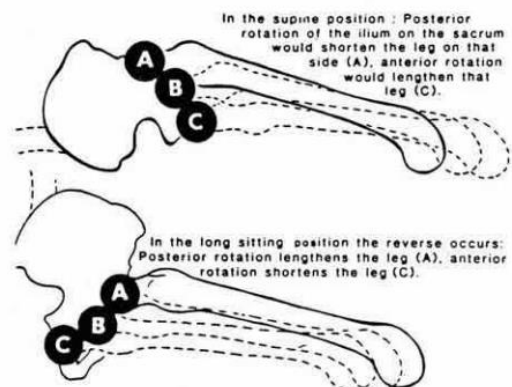
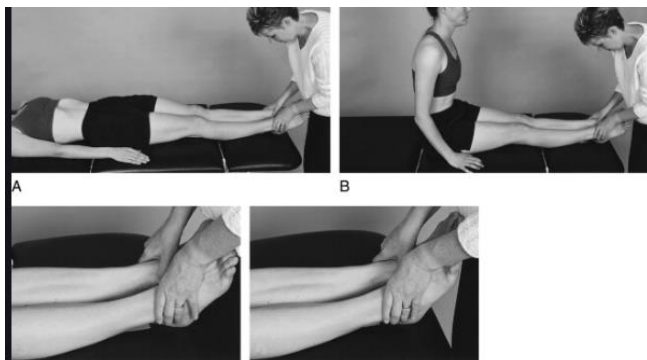
a. Mobilidade Ilíacos

Primeiro: avaliar as alturas das EIPS com o paciente em posição sentada. As alturas desiguais constituem um achado positivo para intervir com manipulação da pelve.

Segundo: teste de flexão em pé. O paciente está em pé e o examinador palpa as EIPS bilateralmente. O paciente então se inclina para a frente, com o examinador continuando a palpar as EIPS. Se uma EIPS mover mais superiormente do que a outra, o teste é considerado positivo para esse lado.

b. Discrepância aparente entre membros

Long supine test: Comparação do maléolo medial nas posições supina (decúbito dorsal) e sentada. Com o paciente inicialmente posicionado em decúbito dorsal, o examinador neutraliza a pelve solicitando ao paciente que realize ponte. Depois o examinador flexiona o quadril e joelhos passivamente e, em seguida, estende as pernas, tracionando-as. O examinador palpa a face inferior do maléolo medial bilateralmente e observa o comprimento relativo das extremidades inferiores. O paciente então se senta e os comprimentos são novamente comparados. Uma mudança no comprimento relativo das extremidades inferiores é um achado positivo. O movimento do maléolo medial do lado que foi positivo no teste de flexão em pé é analisado: **se um inomato (osso constituído por ílio, púbis e isquio) anterior estiver presente, um encurtamento aparente da perna ocorre ao sentar**, pois o maléolo se move de uma posição mais longa para uma posição mais curta em comparação com o maléolo medial contralateral. **Se um inomato posterior estiver presente, produzirá uma perna aparente que se alonga** pois o maléolo se move de uma posição mais curta para uma posição mais longa.



c. Teste de Instabilidade Prona (*Prone Instability Test*)



Com o paciente deitado de bruços, com as pernas totalmente fora da maca, o examinador aplica uma pressão posterior para anterior na coluna lombar (PA) e localiza algum ponto de dor. O paciente, então, levanta as pernas do chão. O examinador aplica pressão contra a coluna vertebral lombar novamente. A dor é registrada mais uma vez após as pernas do paciente estarem levantadas. O teste é considerado positivo para instabilidade lombar se o paciente tem dor com pressão na posição de repouso, e a dor diminui com a elevação das pernas. Isso significa que o paciente conseguiu estabilizar a lombar e a dor reduziu.

TRATAMENTO

1) Manipulação

- Manipulações em geral, direcionadas para o segmento mais acometido (lombar, pelve ou torácica)

- *Lumbar Roll*

<https://www.youtube.com/watch?v=ajrwcM0MITM>

- Manipulação Torácica

<https://www.youtube.com/watch?v=HPjda62K8us>

- Ajuste Ilíaco (Manobra de Chicago – manipulação do ilíaco anterior)

Esta manobra de manipulação posterioriza o ilíaco. Se o ilíaco estiver anteriorizado (identificado pelo long supine test), manipule-o. Se o ilíaco estiver posteriorizado, manipule o ilíaco contralateral.

<https://www.youtube.com/watch?v=4OyiClKlxgw>

- Exercícios ativos para ganho de ADM

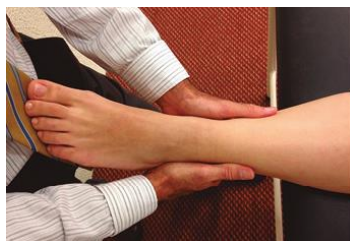
2) Tração

- Diferentes modalidades de tração (mecânica, manual, aquática)

Aplicar a tração 3 a 4 séries de 10 a 20 repetições e manter por 30 segundos no final de cada série.

- Tração manual com joelho a 90º: paciente em decúbito dorsal com joelho fletido do lado a ser tracionado e outro joelho estendido. O examinador firma o pé do paciente do lado a ser tracionado na maca, usando a mão distal. Com a mão proximal o examinador abraça o joelho e aplica a tração usando o peso do corpo.

- Tração manual com joelho a 0º e faixa de Mulligan



Paciente em decúbito dorsal com joelhos estendidos, o examinador posiciona a faixa de mulligan cruzada em oito nas mãos que circundam o tornozelo (na beira da maca). O examinador aplica a tração jogando o peso de seu corpo para traz.

- Tração manual em prono

- Liberação quadrado lombar: <https://www.youtube.com/watch?v=9mvqngWB7fA>

3) Movimentos Específicos

Realizar 3 séries de 10 repetições a cada 4h. Variar de acordo com tolerância do paciente.

a) Flexão

- Protocolo de orientações domiciliares em flexão
- Terapia manual para ganho de mobilidade da região lombar em flexão (lumbar roll bilateral, rotação posterior do ilíaco unilateral)
- Exercícios aeróbicos em flexão (bicicleta, hidroterapia)

b) Extensão

- Protocolo de orientações domiciliares em extensão (MDT)
- Mobilizações (PA grau III)
- Exercícios de extensão (esfinge), Orienta o uso do rolo para manter a lordose na posição sentada.

c) *Lateral Shift*

O desvio lateral (lateral shift) pode ser explicado como um mecanismo (ativo ou reflexo) utilizado para evitar a compressão ou irritação de determinada inervação através principalmente de espasmos e contraturas musculares. O desvio lateral pode ser para a esquerda ou para a direita e pode ser para o lado dominante de dor (ipsilateral) ou afastando-se do lado da dor (contralateral). A maioria dos pacientes afetados apresenta um desvio contralateral.

- Correção do desvio (manual, aquático)
- Auto-Correção do desvio
- Órteses



4) Estabilização

- Exercícios de estabilização vertebral (CORE EM FASES)
 - Contração e co-contratação de estabilizadores profundos (multífidos, transversos do abdome)
 - Fortalecimento de eretores da espinha e paravertebrais

5) Grupo Comum

- Exercícios aeróbicos de baixo impacto
- Exercícios de fortalecimento muscular global
- Exercícios de controle motor

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Material elaborado pelo Instituto Wilson Mello.

Bemis T, Daniel M. Validation of the Long Sitting Test on Subjects with Iliosacral Dysfunction. J Orthop Sports Phys Ther. 1987;8(7):336-45.