

Fisioterapia Aplicada a Ortopedia e Traumatologia
Roteiro Aula Prática de Coluna Cervical

Exame físico:

1. Inspeção:

- Cabeça: protrusão, inclinação, rotação
- Cervical: hiperlordose alta/baixa, retificação

2. ADM (verificar se a dor centraliza ou distaliza):

- Flexão: 0 – 65°
- Extensão: 0 – 50°
- Rotação: 80 – 90°
- Inclinação: 0 – 40°

ADM cervical – Valores de referência de acordo com a idade:

Idade	Flexão	Extensão	Inclinação	Rotação
10	67	86	49	76
20	64	81	46	72
30	61	76	43	68
40	58	71	40	65
50	55	66	36	62
60	52	62	33	58
70	49	58	30	55
80	46	54	27	52
90	43	49	24	49

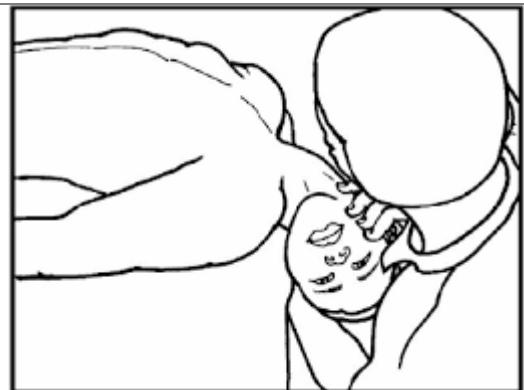
FRT (Flexion rotation test)

Para a medida do seguimento C1/C2. Paciente deitado em decúbito ventral com a cabeça relaxada nas mãos do examinador, que realiza uma flexão máxima da coluna cervical e em seguida um movimento de rotação passiva tanto para a direita como para a esquerda. O limite máximo de rotação é dado quando o examinador encontrar uma resistência ou o paciente relatar a sensação de dor na região próxima ao seguimento C1/C2. FRT positivo valores $<34^{\circ}$ (OGINCE et al., 2007; HALL et al., 2010).



Teste da artéria vertebral

O paciente é posicionado em decúbito dorsal. O terapeuta realiza a sustentação da cabeça do paciente para fora da maca, realiza-se a inclinação completa para trás e a rotação da cervical para um dos lados, mantendo os olhos abertos, por 20 segundos. Enquanto isso, o examinador observa a ocorrência de algum sintoma, como náusea, sensação de desmaio, tontura, nistagmo e visão turva.



3. Palpação de pontos gatilhos:

Trapézio Superior



Escalenos



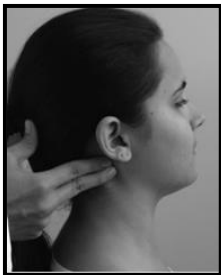
Suboccipitais



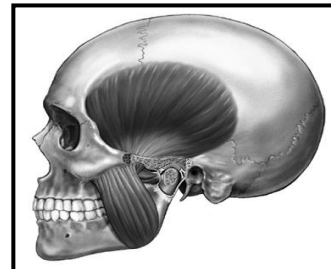
Elevador da Escápula



ECOM
Inserção / Ventre



Masseter e Temporal
Origem / Inserção / Ventre



Pterigóideo Lateral



Ossó hioideo

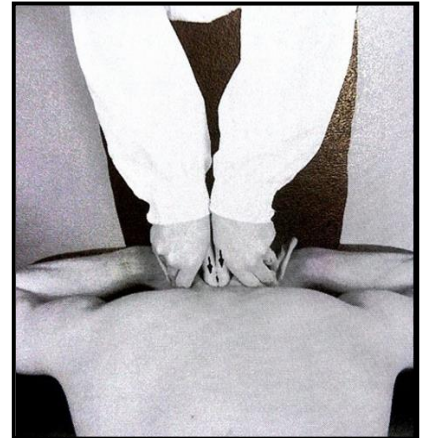


Submandibulares



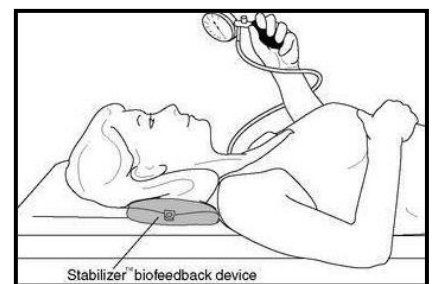
Compressão vertebral central pósterio-anterior

Paciente deitado em decúbito ventral com a testa repousando sobre o dorso das mãos. Essa técnica é específica para cada vértebra e é aplicada em uma vértebra de cada vez, ou pelo menos naquelas que o exame indicou possibilidade de estarem afetadas por patologia. O examinador palpa os processos espinhosos da coluna cervical, começando no processo espinhoso C2 e trabalhando para baixo até o processo espinhoso de T2. A compressão então é aplicada por meio dos polegares do examinador, e a vértebra é empurrada para a frente. O examinador deve tomar cuidado para aplicar compressão lentamente, com os movimentos cuidadosamente controlados, de modo a “sentir” o movimento, que, na realidade, é mínimo. Este teste pode ser repetido várias vezes para determinar a qualidade do movimento e a sensação final.



CCFT (Craniocervical flexion test)

Teste de controle neuromotor, avalia a ativação e a resistência isométrica dos flexores profundos da coluna cervical, bem como a interação dos mesmos durante a realização de cinco estágios progressivos de aumento da amplitude de movimento da flexão crânio-cervical (JULL et al., 2008). Paciente em decúbito dorsal, membros inferiores relaxados. É solicitado então que o participante realize a flexão craniocervical (flexão de cabeça), semelhante ao movimento de concordância, assentindo com a cabeça, e deve mantê-lo por 10 segundos, durante cada estágio, que pode chegar a pressão de até 30 mmHg. O paciente deverá realizar as contrações de forma lenta e suave, não permitindo retração ou elevação da cabeça, ou contração simultânea de esternocleidomastóideos e escalenos.



Endurance dos músculos flexores e extensores cervicais

Flexores: paciente deitado na maca em decúbito dorsal. Estabilização em região pélvica e torácica. Será solicitado que realize a flexão de cabeça e de pescoço, retirando-se a cabeça da maca. O fisioterapeuta deixará a mão embaixo da cabeça do paciente. O teste será cronometrado em segundos e será interrompido caso o paciente toque na mão do fisioterapeuta ou relate dor/fadiga.

Extensores: paciente deitado na maca em decúbito ventral. Estabilização em região pélvica e torácica. A tarefa será manter o pescoço em neutro. O teste será cronometrado em segundos e interrompido caso o paciente perca a angulação neutra do pescoço ou relate dor/fadiga.



Vídeos: <https://www.youtube.com/c/dtmecefaleiausp/featured>

Terapia manual

- Posicionamento do paciente
- Respiração diafragmática
- Tração cervical
- Deslizamento superficial e profundo
- Liberação de pontos gatilho
- Alongamento passivo da coluna cervical
- Manobras miofasciais e relaxamento do pescoço

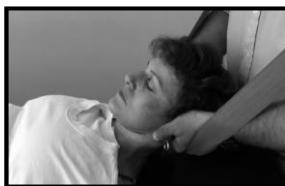
Exercícios ativos

- Retração cervical
- Exercício ativo com contração isométrica de flexão cervical
- Exercício ativo com contração isométrica de extensão cervical
- Exercício ativo com apoio de cotovelo e rotação cervical
- Exercícios posturais: 4 apoios; postura de RPG
- Exercício ativo da coluna cervical em toda ADM: flexão/extensão; rotação bilateral; inclinação bilateral
- Alongamento ativo: flexão/extensão; rotação + flexão bilateral; inclinação bilateral
- Orientações

1/2



3



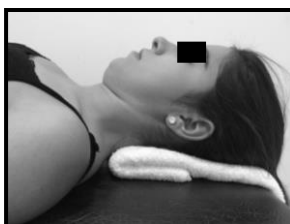
4/5



6/7



8



9/10



11



12



13



14



Referências

- Hall T, Briffa K, Hopper D, Robinson K. Long-Term Stability and Minimal Detectable Change of the Cervical Flexion-Rotation Test. **Journal of orthopaedic & sports physical therapy** 2010, 40:225-229.
- Jull GA, O'Leary SP, Falla DL. Clinical assessment of the deep cervical flexor muscles: The Craniocervical Flexion Test. **J Manipulative PhysiolTher** 2008;31(7):525-33.
- David J Magee. Avaliação Musculoesquelética. 5º ed, Manole, 2010.
- Ogince M, Hall T, Robison K, Blackmore AM. The diagnostic validity of the cervical flexion-rotation test in C1/2 related cervicogenic headache. **Manual Therapy. Edinburgh** 2007;12:256-62.
- Simons and Travell. Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. Volume 1. 2º edição. Williams & Wilkins, 1999.