

CASOS CLINICOS – RCG4004 (ano 2021)

Pratique seus conhecimentos (desenvolva e entregue as questões respondidas em duplas)

1. (Miopatias) Um menino de 12 anos apresenta diagnóstico médico de distrofia muscular de Becker. Ao exame físico observa-se:
 - marcha independente com dificuldade,
 - fraqueza de cintura pélvica (flexor quadril- grau 3, extensor quadril- grau 2, extensor joelho grau 3, flexor joelho- grau 3)
 - fraqueza de cintura escapular (escápula alada) – (abdução ombro- grau 2, adução do ombro-grau 3, flexão do ombro- grau 2, extensão do ombro- grau 3)
 - encurtamentos bilateral (valores aproximados): flexão do quadril (20°), extensão de joelho (30°), flexão plantar (10°)
 - e) escoliose em S: concavidade torácica à esquerda

Pergunta-se:

- a. fisiopatologia da doença e prognóstico
 - b. Enumere as metas (objetivos) que seriam adotadas por você para o desenvolvimento do tratamento fisioterapêutico?
-
2. (PC) AHN é uma criança de 3 anos e 4 meses, com diagnóstico clínico de hipóxia perinatal. Apresentou segundo relato da mãe dificuldades para adquirir controle de cabeça (6 meses); sentar sem apoio (14 meses) e ainda não adquiriu marcha independente. Obedece a comandos simples, faz meneios afirmativos e negativos com a cabeça (sim e não), e balbucia sons cujo significado é entendido pela mãe. Ao exame do fisioterapeuta apresentou:
 - a. Inspeção: apresentou-se em cadeira de rodas, com cinto para contenção do tronco; postura cifótica e cervical em flexão; cialorréia abundante, respiração superficial e com ritmo flutuante.
 - b. Posturas- sem influência dos reflexos tônicos:
 - i. DD - apresenta-se assimétrica, realiza extensões de tronco esporádicas. Os membros superiores permanecem com flexão de cotovelo e as escápulas em retração (porém, não há fixação nesta posição), enquanto os membros inferiores permanecem desalinhados, abduzidos e com pouca movimentação. Movimenta-se desta postura para o DL.(é a 2ª postura preferida da criança
 - ii. DV – não tolerado, a criança tenta retornar para DD.
 - iii. Sentado – não adota sozinho esta posição, mas pode mantê-la sem encosto e sem auxílio do examinador assim: apoio sacro, dorso curvo, reação de proteção dos braços lentificada mas presente para frente e lados, retração de escápula, sustentação da cabeça com leve inclinação lateral à direita. (obs: mãe relata ser esta a 1ª preferência de postura da criança)
 - iv. Ajoelhado – não adota mas mantém a posição com apoio do examinador por poucos segundos, sentando então sobre os calcanhares.
 - v. Ortostatismo – não adota mas mantém se o examinador oferecer apoio pélvico. A criança alterna a base de apoio, ora em um

membro inferior, ora noutro. Os joelhos realizam hiperextensão e percebe-se a falta de co-contracção em membros inferiores.

- c. O paciente apresenta baixa resistência à mobilização passiva dos 4 membros. Esporadicamente observa-se movimentação involuntária lenta de flexo-extensão de falanges, punhos e artelhos.
- d. Reflexos tendíneos: diminuídos
- e. Força em geral diminuída ($G <$ ou igual a 3)
- f. Adm- hiper mobilidade cervical e tóracolombar, ausência de contraturas.
- g. Atividade muscular extensora maior que a flexora e presença de movimentação involuntária lenta de extremidades e língua.
- h. O alcance e preensão só ocorrem na posição de DD, DL e sentado com encosto.

Responda:

- O diagnóstico topográfico motor deste paciente é _____
- Descreva a fisiopatologia da lesão (que justifique as alterações de DNM).
- Quais as disfunções músculo-esqueléticas que esta criança está propensa a desenvolver?
- Quais as áreas possivelmente lesadas do Sistema Nervoso se correlacionam com o quadro?
- Cite atividades que devem ser desenvolvidas durante a fisioterapia, uma técnica facilitatória/inibitória e as correlacione com os grupos musculares que devem ser exercitados.

Atividade	Técnica facilitatória (+)/ inibitória (-)	Grupo muscular enfatizado

3. (Marcha Patológica) ASM é uma menina de 6 anos que comparece ao serviço de fisioterapia com diagnóstico médico de atraso no desenvolvimento. Nasceu com 28 semanas de IG, necessitou de ventilação mecânica e teve hemorragia periventricular esquerda. Sentou aos 18 meses. Aos 3 anos fez cirurgia de alongamento do tendão do calcâneo e liberação dos adutores de quadril. Frequenta o 1º. ano numa escola regular e tem bom rendimento. Ao exame detectou-se:

ADM

Articulação	Passiva	
	direita	esquerda
Quadril		
Flexão	0-120	10-120
Extensão	0-0	-10
Adução	0-45	0-45
Abdução	0-30	0-20
RI	0-35	0-40
RE	0-20	0-20
Joelho		
Flexão	10-135	20-135
Extensão	-10	-20
Tornozelo		
Dorsiflexão	0-10	0-0
Flexão plantar	0-30	0-40
Inversão	0-5	0-20
Eversão	0-50	0-40

Tônus: hipertonia Ashworth 3 em adutores, 4 flexores plantares, 4 isquiotibiais bilateralmente

Reflexos: Patelar e Aquileu hiperreflexia bilateral e Babinski + bilateral

Postura: escoliose torácica á direita; pelve e ombro direitos elevados; falta da extensão torácica completa em ortostatismo; rotação pélvica a esquerda em ortostatismo

Medida de comprimento de membros: iguais

Reações posturais:

- Endireitamento do tronco – incompleta
- Reações de proteção + para todos os lados

- Equilíbrio
 - sentado – 3-4 minutos
 - em pé – estratégia do passo ausente

Força muscular: graus 4-5 em mmss ; graus 3 para gastrocnêmios e tibiais anteriores; grau 2 para soléos; grau 4 para flexores e extensores de joelhos e flexores de quadril, 3 para glúteos e abdominais regulares.

Mudanças de decúbito

- rola p/ todos lados
- adota dec lateral e sentado
- adota gato e ajoelhado com dificuldade
- não adota semi-ajoelhado
- passa p/ ortostatismo com apoio a partir de ajoelhado
- mantém ortostatismo c/ adução e flexão de quadril

Mobilidade

- marcha - assistida c/ andador convencional
- anda curtas distâncias
- sobe e desce escadas com apoio

Auto –Cuidado

- come só
- vestuário e higiene com auxílio

Agora responda:

- a) qual o diagnóstico topográfico da disfunção motora?
- b) quais as musculaturas encurtadas e como você testaria estes encurtamentos na criança?
- c) hipotetize os principais problemas encontrados na fase de apoio desta criança e suas causas primárias e secundárias
- d) Hipotetize os principais problemas encontrados na fase de Balanço desta criança e suas causas primárias e secundárias
- e) Quais condutas fisioterapêuticas devem ser tomadas para otimizar a marcha desta criança.
- f) Prescreva uma órtese para esta criança e justifique sua escolha.

4. (Espinha bífida) Paciente de 3 anos de idade, diagnóstico de mielomeningocele com preservação de raízes nervosas até o nível medular L1, apresenta força de MMSS preservada, bom controle de cabeça e tronco, consegue realizar trocas de decúbito (rola de prono para supino independente, supino para prono independente, deitado para sentado independente e sentado para em pé com auxílio).

- a) Descreva a fisiopatologia desta morbidade
- b) Qual a musculatura de pelve preservada?
- c) Qual órtese você indicaria? Justifique e dê as orientações necessárias ao cuidador.

- d) Quais os objetivos e condutas para este caso?
- e) Faça uma associação do quadro clínico com o nível de lesão neurológica por Hoffer.
- f) Qual prognóstico de marcha para esta paciente?

5. (Cuidados paliativos) Criança com 6 anos de idade, previamente saudável, sofreu um acidente por imersão (quase-afogamento), tendo uma parada cardiorrespiratória reversível após 40 minutos. Permaneceu internado por um período total (entre CTI e enfermaria) de 9 meses. Recebeu alta com o seguinte quadro clínico: tetraparesia espástica, uso de cânula de traqueostomia de PVC nº 6 com cuff insuflado, respirando com suporte de ventilação mecânica não invasiva 24h / dia no modo espontâneo e uso esporádico de oxigênio. Atualmente criança permanece dormindo a maior parte do tempo, eventualmente apresenta abertura ocular espontânea, sem interação com o ambiente ou cuidadores. Mantém padrão flexor em membros superiores e extensão de membros inferiores, pé equino bilateralmente, ausência de movimentos voluntários, sem controle de cervical e tronco. Frequentes crises de distonia, estando ciente a família que paciente pode vir a evoluir a óbito em domicílio. Criança com indicação da abordagem dos cuidados paliativos, sendo metas terapêuticas já discutidas e aceitas pelos pais.

- a) O caso está descrito de uma forma sucinta. Tratando-se de uma criança em cuidados paliativos, o que, além do que está descrito, precisa ser avaliado a fim de garantir uma integralidade do cuidado?
- b) Por que esse paciente possui indicação da abordagem dos cuidados paliativos?
- c) Cite dois princípios dos cuidados paliativos e descreva como você os colocaria em prática nesse caso.
- d) Durante um atendimento fisioterapêutico, a mãe da criança pergunta ao terapeuta: “Meu filho vai voltar a andar?”. Qual a conduta e resposta mais adequada?

6. (Condicionamento Físico) Paciente do sexo feminino (ANJ), 10 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral diplégica espástica e classificação II na GMFCS* chega a clínica de fisioterapia acompanhada pela mãe queixando-se de cansaço para percorrer médias e longas distâncias (50 e 500 metros). Com base nos dados da avaliação inicial (frequência cardíaca de repouso [FCr]: 100 bpm; saturação de oxigênio [SpO₂]: 98%, pressão arterial de repouso [Par]: 100x60 MmHg e percepção de esforço de repouso [escala OMNI]: 1) o terapeuta estipulou um plano de tratamento com ênfase na melhorar o condicionamento físico da paciente.

*Sistema de classificação da função motora grossa – II: deambula com limitações em superfícies irregulares e por longas distâncias (500 metros), tem dificuldade para pular e correr, sobe e desce escada apoiando no corrimão.

De acordo com as informações do caso acima, descreva um protocolo de tratamento, indicando as fórmulas que você utilizou para alcançar os valores de referência para o treinamento.

7. (Integração sensorial) APS tem 4 anos de idade e diagnóstico clínico de paralisia cerebral, secundária à prematuridade, classificada como diparesia espástica GMFCS III. A criança apresenta baixa visão e faz uso de óculos. Os pais a descrevem como uma criança irritada e com choro difícil de ser consolado. Relatam também que a criança tem preferência por brincar em superfícies estáveis e explorar brinquedos sentada no chão, na posição de “W”. Não frequenta a escola. Gostariam que a criança tivesse mais independência para andar.

Ao exame, observa-se:

- Comprometimento motor de ambos os membros inferiores e de membro superior direito;
- Dificuldade na realização do teste de discriminação de dois pontos;
- Realiza as mudanças posturais para alcançar a posição de pé com fixação de cintura escapular e necessidade de apoio em uma superfície estável;
- Em casa e em ambientes protegidos caminha com apoio nos móveis e paredes, e na comunidade caminha com apoio em terceiros ou é conduzida no colo pelos pais;
- Faz uso de órteses do tipo AFO fixa bilateral, as quais estão bem adaptadas;
- Caminha com padrão de marcha do tipo “crouch gait”;
- Tônus (escala de Ashworth modificada):
 - * Flexores de cotovelo: 1 D / sem alteração E
 - * Adutores: 1 D / E
 - * Isquiotibiais: 2 D / E
 - * Tríceps sural: 2 D / 1+ E
- ADM: sem alterações.
- Encurtamento muscular:
 - * Teste de Thomas: 15° D / 10° E
 - * Ângulo poplíteo: 35° D / 30° E
 - * Dorsiflexão com joelho fletido: 20° D / 15° E
 - * Dorsiflexão com o joelho estendido: 10° D / 10°E

Pergunta-se:

1. Quais são os elementos do caso clínico descrito, que nos direcionam para alterações no processamento sensorial desta criança e quais são os sistemas a eles relacionado?
2. Quais seriam os objetivos de tratamento fisioterapêutico que você listaria para esta criança?
3. Pensando na teoria da integração sensorial, descreva três condutas para este caso.

8. (Sd Down) Paciente J. L. A. S, idade: 2 anos e 10 meses, diagnóstico clínico de Síndrome de Down e funcional de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

HP: A criança nasceu de parto normal, 37 semanas de Idade gestacional, peso 2300g, comprimento 43 cm; foi a 3ª gestação da mãe (18, 21 e 41 anos) e o exame pré-natal de translucência nugal estava normal (sic).

Internações:

- período neonatal (12 dias) - devido aos episódios de cianose. Malformação cardíaca descartada em ECO- CARDIOGRAMA.
- período pós-natal (5 dias) – devido à pneumonia

- aos 18 meses de idade -cirurgia de correção de hérnia diafragmática

HMA: Há atraso no DNPM. RX de controle apresentou ausência de instabilidade atlanto-axial. Não toma medicamentos. Aguarda vaga em fisioterapia e fonoaudiologia em Serrana – SP e faz equoterapia há 3 meses.

Marcos do desenvolvimento:

- Controle cervical = 6 meses
- Rolar = 10-12 meses
- Sentar sem apoio= 12 meses
- Em pé segurando-se nas mobílias= 15-18 meses
- Andar sem apoio= desenvolvendo (há 2 semanas)

QP: Mãe deseja que a criança ande com mais independência; fale e ingira alimentos mais consistentes e sólidos

Exame físico:

Alcance e preensão - realiza – aprimorando pinça fina e manipulação

Trocas posturais

- sentado para em pé – depende muito de membros superiores
- em pé para sentado – depende de membros superiores, pouco controle excêntrico

Posturas

DD – simétrico – nada digno de nota

DV – simétrico, corpo “moldado” à superfície de apoio

Sentado – tronco cifótico, base alargada, pobre rotação axial, reações posturais e de proteção lentificadas.

Quadrupedia - abdômen protruso, membros inferiores abduzidos, centro de massa atrás dos joelhos

Em pé – tronco leve flexão, pelve antevertida, joelhos hiper estendidos, base alargada, pés pronados

Marcha – iniciando troca de passos com apoio de membros superiores, contato inicial com todo o pé; excessiva abdução de membros inferiores; hiperextensão de joelhos em fase de apoio

Tônus: axial = hipotonia moderada; apendicular = hipotonia leve

Reflexos primitivos : integrados

Reflexos miotáticos: paciente não colaborou.

Amplitudes de movimento – s/ restrições

Encurtamentos – ausentes

Sensibilidade tátil, térmica, dolorosa e percepção – não foi possível testar.

Questões

- 1) Justifique o RX de controle para a articulação atlanto-axial.
- 2) Preencha a ficha de plano de tratamento, considerando os PROBLEMAS FUNCIONAIS elencados:
 - A) hipotetize fatores que possam se relacionar aos problemas funcionais.
 - B) trace os objetivos e 2 condutas para cada problema funcional apontado. Experimente demonstrar seus manuseios em um boneco ou no colega.
 - C) cite como irá registrar/mensurar os resultados das suas intervenções