|  |  |
| --- | --- |
| Logomarca FMUSP | MFT- 0377- Métodos de Avaliação Clínica e Funcional**Profa. Responsável** : Sílvia Maria Amado João (smaj@usp.br)**Fisioterapeuta de Nível Superior:** Ft MsAdriana de SousaPeríodo : III- Semestre / 2º ano - 2014**Local:** Sala de Aula / Laboratório de Fisioterapia – BLOCO DIDÁTICO |

**ROTEIRO DO EXAME DA COLUNA LOMBAR**

 A coluna Lombar fornece suporte para a parte superior do tronco e transmite peso dessa área para a pelve e os MMII.

1. **Inspeção**

• Entrada do paciente, dissociação de cinturas escapular e pélvica;

• Avaliação Postural Global, na postura em pé (vista anterior, lateral e posterior) e sentado; observando obliqüidade pélvica e simetria de sustentação de peso;

• Trofismo muscular;

•Observar se há: hiperemia ou marcas cutâneas, manchas de coloração avermelhada, sinais pilosos, manchas congênitas e nódulos;

• Discrepância entre o comprimento dos MMII



* **IL** - Inclinação lateral da coluna **-** o ângulo é calculado com auxílio do ângulo livre no SAPO, por meio do método de Watson e Mac Doncha modificado. Uma linha horizontal é traçada entre as espinhas ilíacas póstero-superiores e uma vertical seguindo os processos espinhosos das vértebras (perpendicular ao fio de prumo). Na altura da vértebra mais alta alinhada a vertical é traçada uma reta horizontal paralela. É traçada outra reta partindo da intersecção das retas anteriormente citadas que acompanhava a primeira apófise espinhosa que se desvia. O alinhamento ideal é a existência de um paralelismo entre as duas retas verticais. Caso isto não ocorra, haverá a intersecção entre a reta vertical (sobre os processos espinhosos das vértebras) e a reta sobre a vértebra mais desalinhada; o que dá origem ao vértice do ângulo de inclinação lateral da coluna. Esta alteração poderá ser classificada de acordo com a localização e o lado da convexidade (se a apófise da vértebra mais desalinhada estiver no lado direito, receberá o sinal positivo, direito e se estiver para o lado esquerdo, receberá sinal negativo).
* **AHPD/E -** Alinhamento horizontal da pelve direita ou esquerda: são traçadas duas retas: uma da espinha ilíaca anterossuperior direita até a espinha ilíaca póstero-superior direita e outra reta na horizontal a espinha ilíaca anterossuperior. É mensurado o ângulo proveniente da intersecção dessas duas retas que indica a anteversão (obtenção de maior ângulo) ou retroversão (obtenção de menor ângulo) pélvica.
* **LLD/E** - lordose lombar direita ou esquerda é mensurada o ângulo entre os pontos de maior convexidade da coluna torácica e região glútea, tendo como vértice o ponto de maior concavidade da coluna lombar. O ângulo utilizado é o suplementar do valor obtido.
1. **PALPAÇÃO**

Para o exame da coluna lombar o paciente posiciona-se atrás do paciente e inicia a palpação.Paciente em pé. Observar regiões de dor, edemas e aumento de temperatura local.

**2.1. Palpação Óssea**

• Crista ilíaca: elas se acham no mesmo nível, quando isso não ocorre há obliqüidade pélvica (L4-L5)

• Processos espinhosos: localizar o espaço intervertebral de L4-L5, deve-se mover os dedos em direção ascendente;

• Espinha ilíaca póstero-superior: repousam abaixo das depressões circulares encontradas acima das nádegas;

• Tuberosidade Isquiática: para este o paciente deve deitar-se em DL, fletindo o quadril.

**2.2. Palpação dos Tecidos Moles**

Deve-se palpar pele, mm. Lig e tendões. O terapeuta deve posicionar-se lateralmente ao paciente.

• **Nervo ciático:** localiza-se no ponto médio entre o trocanter maior e a tuberosidade isquiática

• **Lig supraespinhoso:** liga posteriormente os processos espinhosos das vértebras lombares e sacras. O lig. supraespinhoso une os processos espinhosos de C7 ao sacro.

• **MM paravertebrais:** somente a camada superficial é palpável.

1. **MOBILIDADE ARTICULAR**
2. Flexão da Coluna Lombar
3. Extensão da Coluna Lombar
4. Rotação Axial da Coluna Lombar
5. Flexão Lateral ou Inclinação Lateral da Coluna Lombar
6. **FLEXIBILIDADE**
* **Índice de Schober:**
* Mede a mobilidade do segmento lombossacro.
* Paciente em pé, com os calcanhares unidos, marca-se uma linha demográfica entre as duas espinhas ilíacas póstero superiores e então com uma fita métrica marca-se outra linha de 10 cm acima. A distância entre as duas linhas é chamada índice de Schober.
* Em um indivíduo normal quando flete a coluna com os joelhos estendidos, a marca desloca-se 5cm.



1. **TESTES MUSCULARES MANUAIS**

**• Músculos flexores**

1. Psoas maior
2. Reto do abdômen
3. Oblíquo externo do abdome
4. Transverso do abdome

**• Músculos extensores**

1. Grande dorsal
2. Eretor da espinha
3. Transverso espinhal
4. Interespinhais
5. Quadrado lombar

**6**. **TESTES ESPECIAIS**

• **Teste de Elevação da perna Retificada:**

* Paciente em DD, fisioterapeuta flete o quadril, segurando o pé entorno do calcanhar, com o joelho estendido.
* Se a elevação da perna retificada é dolorosa poderá ser determinado se é devido à patologia do nervo ciático ou a encurtamento dos mm. Posteriores.
* A dor ciática irradia por todo o membro e o paciente pode queixar-se de dor na região lombar inferior.
* Quando o paciente sentir dor, o fisioterapeuta abaixa o membro e realiza a dorsiflexão da perna visando a estirar o ciático e reproduzir ciatalgia.

• **Teste de elevação retificada da perna sadia:**

* nesse teste o membro sadio é fletido e o paciente refere dor na região lombar ou de ciatalgia no lado oposto, trata-se da evidência de uma lesão que ocupa espaço.

**Obs**: teste unilateral da flexão do quadril com o joelho estendido. Entre 0˚ e 35˚ não há estiramento do nervo ciático, entre 35˚ e 70˚ há uma tensão do nervo ciático sobre o disco intervertebral a partir da amplitude de 70˚ ou mais não há deformação das raízes nervosas. A dor a partir desta ADM pode ser de origem articular (lombar ou sacroilíaca). O encurtamento dos IT também deve ser analisado.

**Referências**

* João,SMA. Métodos de Avaliação Clínica e Funcional em Fisioterapia.Guanabara koogan,2006.
* Kendall,
* FP & McCreary,Ek & Provance,PG & Rodgers,MM & Romani,WA. Músculos Provas e Funções com Postura e Dor.Manole,2007.