

Estudo de caso

Importância da correção das alterações posturais no tratamento da luxação recidivante de patela em crianças

Importance of posture disorders correction in treatment of children with recurrent dislocation of the patella

Guilherme Lotierso Fehr, Ana Sílvia Gibran

.....
Fisioterapeutas do Hospital São Francisco (Fundação Waldemar Barnsley Pessoa) – Unidade de Fisioterapia – Ribeirão Preto SP

Palavras-chave:

Luxação recidivante, patela, reeducação postural.

Resumo

A Luxação Recidivante da Patela é muito comum em crianças e a fisioterapia exerce papel fundamental em seu tratamento. O objetivo do presente estudo foi demonstrar a importância da correção das alterações posturais no tratamento da LRP em crianças. Participou do estudo um sujeito do sexo feminino, oito anos de idade, com história de sucessivas quedas durante as atividades de vida diária acompanhadas de luxação patelar bilateral. Foi realizada avaliação fisioterapêutica e análise do padrão postural. O padrão postural foi analisado por meio de fotografias. Posteriormente, o sujeito foi submetido a um programa de tratamento de dez semanas. Ao final do tratamento nova avaliação foi realizada para comparação dos achados coletados antes do tratamento. Os resultados mostraram melhora significativa no padrão postural e diminuição acentuada dos episódios de luxação durante atividades funcionais após programa de tratamento proposto. Podemos concluir que, de acordo com a metodologia empregada, o programa de tratamento proposto foi eficiente no tratamento da LRP contribuindo assim para a melhora clínica e funcional do sujeito.

Abstract

The recurrent dislocation of the patella (RDP) is a common disorder in children, and based on this fact physical therapy becomes essential. The aim of this study was to show the importance of posture disorders correction in children with RDP. An eight years old female subject, with bilateral patellar dislocation during functional activities took part in the study. It was done a physical therapeutic assessment of postural pattern. The postural pattern was also evaluated by photographs. Then the subject was submitted to 10 weeks treatment. In the conclusion of this study it was realized a comparison between initial and final evaluation. The results showed improvement in functional activities and postural pattern demonstrated by photographs. It was concluded that treatment program, according to the applied methodology, was efficient in the treatment of RDP and contributed to the subject's clinical improvement.

Key-words:

Recurrent dislocation, patella, postural reeducation.

Recebido 6 de janeiro de 2004; aceito 15 de julho de 2004.

Endereço para correspondência: Guilherme Lotierso Fehr, Rua João de Bortoli, 354, Residencial Flórida 14026-330 Ribeirão Preto SP, Tel: (16) 3911-1345, E-mail: guifebr@yaboo.com.br

Introdução

A Luxação Recidivante da Patela (LRP) é muito comum em crianças. É mais freqüente no sexo feminino e predomina na faixa etária dos 10 aos 16 anos [1,2]. Segundo Fulkerson [1], o número de episódios de luxação entre os pacientes é variável, desde duas a três ocorrências num período prolongado até luxações freqüentes durante atividades rotineiras como subir e descer escadas ou deambular. Os fatores que a predispõem incluem frouxidão ligamentar, patela alta, hipoplasia do côndilo lateral do fêmur e retração de tecidos moles do compartimento patelar lateral [1-5].

As abordagens terapêuticas para LRP incluem: a) tratamento cirúrgico, através da artroplastia de partes moles [2] e b) tratamento conservador, que visa estabilidade patelar, diminuindo assim os sintomas e o risco de novos episódios de luxação [6,7,1,2].

A fisioterapia é indicada nos casos onde as luxações ocorram de forma intermitente, pois caso tornem-se habituais o tratamento de escolha será sempre a intervenção cirúrgica [1,2].

Dentre as técnicas utilizadas no tratamento fisioterapêutico, comumente, é dada ênfase ao alongamento das estruturas retraídas (isquiotibias, banda iliotibial e retináculo lateral) e ao fortalecimento dos músculos estabilizadores da patela, destacando-se o músculo vasto medial oblíquo (VMO), por meio de exercícios em cadeia cinética fechada (CCF) [8,6,7].

No entanto, nos últimos anos, alguns autores têm relatado a co-relação entre distúrbios biomecânicos das articulações do pé, tornozelo e quadril com afecções do joelho, sugerindo que tais distúrbios acarretam sobrecarga à articulação do joelho tornando-a passiva de mau alinhamento e susceptível a lesões [9,10,11].

Entretanto, a literatura é escassa no que diz respeito à influência de alterações posturais e do posicionamento pélvico na cinemática dos membros inferiores. De acordo com Hruska [11] o movimento, estabilidade e controle dinâmico do quadril e joelho é resultado da interação de forças entre os músculos que cruzam essas articulações. O autor sugere que a posição da pelve exerce grande influência no alinhamento das articulações fêmoro-tibial e fêmoro-patelar.

Silva [10], em estudo recente, demonstrou a relação entre dor fêmoro-patelar e alterações posturais, enfatizando a necessidade de uma avaliação postural global para melhor planejamento terapêutico.

De acordo com estes levantamentos, e considerando a alta prevalência das instabilidades patelares, este estudo tem por objetivo demonstrar a importância da correção das alterações posturais no tratamento da LRP em crianças.

Material e Métodos

Sujeito

Participou do estudo indivíduo do sexo feminino, 8 anos de idade, com história de sucessivas quedas durante as atividades de vida diária acompanhadas de luxação patelar

bilateral. Antes do início do estudo, um termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo responsável direto da participante.

Protocolo de avaliação

Os achados clínicos foram coletados por meio de uma avaliação fisioterapêutica que incluiu: História da Moléstia Atual (HMA), goniometria da articulação do joelho, medida de comprimento dos membros inferiores, testes de força e retração muscular, testes específicos para detecção de instabilidade fêmoro-patelar, questionário para avaliar ocorrência de luxação patelar durante atividades funcionais e avaliação postural [12]. Para melhor análise do padrão postural, utilizamos avaliação fotográfica do sujeito nas vistas lateral, anterior e posterior. Ao final do programa de tratamento, nova avaliação fisioterapêutica e análise fotográfica foram realizadas para comparação com os achados clínicos iniciais.

Procedimentos

Após avaliação clínica do sujeito, foi implementado programa de tratamento de 10 semanas com freqüência de 3 sessões semanais, totalizando 30. O programa foi dividido em duas fases:

FASE 1 - (semanas 1 a 5)

O tratamento consistiu exclusivamente de exercícios de alongamento específicos para reeducação postural, os quais foram realizados de forma progressiva ao longo das sessões (13).

FASE 2 - (semanas 6 a 10)

Nesta fase foi mantida conduta inicial e acrescentados exercícios para fortalecimento dos músculos extensores do joelho, realizados em Cadeia Cinética Fechada (CCF), assim como exercícios proprioceptivos e funcionais.

Resultados

Achados clínicos e padrão postural

Os achados clínicos demonstraram alterações significativas, já que na avaliação inicial foi encontrado déficit de 30 graus de extensão do joelho quando realizada goniometria. Ao final do tratamento este déficit foi corrigido completamente. O teste de apreensão patelar que na avaliação inicial era "positivo" foi considerado "negativo" após o período de tratamento. O padrão postural sofreu grande alteração, evidenciada pela análise fotográfica antes e após o tratamento (Figuras 1 e 2).

Atividades funcionais e episódios de luxação

Grande parte das atividades funcionais, que antes do tratamento eram causas freqüentes de luxação patelar,

foram restabelecidas em conjunto com a redução dos episódios de luxação (Tabela I).

Figura 1 – Avaliação postural no início do tratamento.



Figura 2 – Avaliação postural ao término do tratamento.



Tabela I – Atividades funcionais e episódios de luxação antes e após o tratamento.

Atividades funcionais	Episódios de luxação	
	pré-tratamento	pós-tratamento
Subir escada	Freqüente	Nunca
Descer escada	Ocasional	Nunca
Sentar	Nunca	Nunca
Levantar	Ocasional	Nunca
Correr	Freqüente	Ocasional

Discussão

As instabilidades fêmoro-patellares são muito comuns em crianças e seu tratamento tem sido um desafio para médicos e fisioterapeutas.

Em relação ao tratamento cirúrgico da LRP, inúmeros autores já descreveram mais de 100 técnicas possíveis para sua correção, porém com eficiência discutível em longo prazo e alto índice de iatrogenia [14,15]. Dessa forma, a abordagem conservadora torna-se a primeira escolha de tratamento, uma vez que é capaz de proporcionar melhora da cinemática patelar e, conseqüentemente, prevenir novas luxações [16].

Tradicionalmente, as técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da LRP consistem de exercícios para fortalecimento da musculatura extensora realizados em CCF e alongamento dos músculos flexores do joelho, assim como recursos eletroterapêuticos diversos [6,7,8]. Poucos autores enfatizam a correção postural durante a reabilitação da LRP e, quando o fazem, acrescentam exercícios posturais apenas nas fases finais do tratamento [7].

As interações biomecânicas entre as articulações do pé, tornozelo e joelho têm sido foco de diversos estudos [17]. Os trabalhos mais relevantes apontam as deformidades rotacionais da tíbia e fêmur como responsáveis pela predisposição ao desenvolvimento da condromalácia patelar, osteoartrite e dor anterior no joelho [18,19,20]. Entretanto, não encontramos na literatura estudos relacionando a luxação patelar com deficiências do posicionamento pélvico ou distúrbios posturais.

Nossos resultados revelaram melhora do padrão postural do sujeito acompanhado do melhor desempenho das atividades funcionais com diminuição dos episódios de luxação. É importante relatarmos que a diminuição dos episódios de luxação ocorreu de maneira precoce, ou seja, durante a fase 1 do tratamento, onde apenas exercícios para correção postural foram realizados.

De acordo com os resultados obtidos, o presente estudo enfatiza a importância da correta avaliação e correção das alterações posturais em crianças que apresentam LRP, visando elaboração e implementação de um programa de tratamento mais efetivo para esta afecção.

Conclusão

O programa de tratamento realizado, de acordo com a metodologia empregada, mostrou-se efetivo e promoveu melhora clínica e funcional do sujeito. Entretanto, por se tratar de um único sujeito, não podemos generalizar os resultados obtidos. Considerando que não foram encontrados na literatura científica trabalhos correlacionando desvios posturais e luxações patelares, sugerimos a realização de novos estudos abrangendo maior número de sujeitos como amostra.

Referências

1. Fulkerson JP, Hungerford DS. Disorders of patellofemoral joint. 2 ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1990. p. 177-91.
2. Xavier R. Joelho da criança e do adolescente. In: Hebert S, Xavier R, Pardini AG, Barros Filho TEP et al. Ortopedia

- e traumatologia: princípios e prática. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 425-43.
3. Deie M, Ochi M, Sumen Y, Yasumoto M, Kobayashi K, Kimura H. Reconstruction of the medial patellofemoral ligament for the treatment of habitual or recurrent dislocation of the patella in children. *J Bone Joint Surg* 2003;85B: 887-90.
 4. Weinstein SL, Buckwalter JA. Ortopedia de Turek: princípios e sua aplicação. São Paulo: Manole; 2000: p. 582-583.
 5. Ronald PG. Patellar malalignment. *J Bone Joint Surg* 2000;82:1639-50.
 6. Brotzman SB. Clinical orthopaedic rehabilitation. Mosby; 1995.
 7. Prentice WE, Davis JM. Reabilitação das lesões de joelho. In: Prentice WE. Técnicas de reabilitação em medicina esportiva. 3 ed. São Paulo: Manole; 2002. p. 451-96.
 8. Wilk KE, Reinold M. Principles of patellofemoral rehabilitation. *Sports Med Arth Rev* 2001;9:325-36.
 9. Powers CM, Chen PY, Reischl SF, Perry J. Comparison of foot pronation and lower extremity rotation in persons with and without patellofemoral pain. *Foot Ankle Int* 2002;7: 634-40.
 10. Silva RP. Estudo das alterações posturais em indivíduos portadores de síndrome da dor patelofemoral. *Reabilitar* 2002;15: 6-19.
 11. Hruska R. Pelvic stability: Influences of lower extremity kinematics. *Biomechanics* 1998;5:23-9.
 12. Hoppenfeld S. Propedêutica ortopédica: coluna e extremidades. São Paulo: Atheneu;1999.
 13. Souchard PE. O stretching global ativo: a reeducação postural global a serviço do esporte. 2 ed. São Paulo: Manole;1997.
 14. Crosby EB, Insall J. Recurrent dislocation of the patella: relation of treatment to osteoarthritis. *J Bone Joint Surg* 1976;58A: 9-13.
 15. Maenpaa H, Letho MUK. Patellar dislocation: the long-term results of nonoperative management in 100 patients. *Am J Sports Med* 1997;25: 213-7.
 16. Larsen E, Lauridsen F. Conservative treatment of patella dislocation. *Clin Orthop* 1982;171:131-6.
 17. Andriacchi TP, Anderson GB, Ortengren R, Mikosz RP. A study of factors influencing muscle activity about the knee joint. *J Orthop Res* 1984;1:266-275.
 18. Yagi T, Sasaki T. Tibia torsion in patients with medial type osteoarthritic knee. *Clin Orthop* 1986;213:177-82.
 19. Eckhoff DG, Brown A, Kilcoyne R, Stamm E. Knee version associated with anterior knee pain. *Clin Orthop* 1997;339:152-55.
 20. Sikorski JM, Peters IW. The importance of femoral rotation in chondromalacia patellae as show by serial radiography. *J Bone Joint Surg* 1979;61B:331-37. ■
-