

Aplicabilidade e Acompanhamento Fisioterapêutico de um Paciente com Diagnóstico Clínico de Distensão Muscular de Adutor de Quadril Grau II - Estudo de caso

(Applicability and Physiotherapeutic Accompaniment of a Patient with Clinical Diagnosis of Muscular Distension of Adductor of Hip Rank II – Study Case)

Oswaldo Luiz Stamato Taube¹; Marcio Yukio Tsumoto²

¹Faculdades Integradas Fafibe – Bebedouro – SP
ostaube@ig.com.br

²G- Faculdades Integradas Fafibe – Bebedouro – SP
marciotsumoto@fafibe.br

Abstract. *The objective of this study was to narrate a case of distension of the adductor musculature of hip rank II, with a patient who suffered an injury, and upon trying return to the activities after 20 days of trauma he suffered a recurrence of the wound in his sporting activity (soccer). The patient passed through a clinical evaluation and from the result image of the ultrasound the injury and its extension were confirmed. The patient was accompanied in the Physiotherapy Clinic of Faculdades Integradas Fafibe – Bebedouro, where he went on a program of rehabilitation during 15 sessions. The sessions were applied three times a week, totalizing 5 weeks of treatment in order to restore or improve the muscular force, the flexibility, the equilibrium, to proprioception and provide the return to his sporting activities in a very safe and trustworthy form simultaneously, to avoid and even better, diminish the risk of a new recurrence.*

Keywords. *distension; stretching; exercise.*

Resumo. *Este estudo teve como objetivo relatar um caso de distensão da musculatura adutora de quadril grau II, com um paciente que sofreu a lesão, e ao tentar retornar às atividades após 20 dias de trauma, sofreu uma recidiva da lesão em sua atividade esportiva (futebol). O paciente passou por uma avaliação clínica e através do resultado de imagem do ultra-som, foram confirmadas a lesão e sua extensão. O paciente foi acompanhado na Clínica de Fisioterapia das Faculdades Integradas Fafibe – Bebedouro, onde passou por um programa de reabilitação durante 15 sessões; sessões estas em que foram aplicadas por três vezes por semana, totalizando 5 semanas de tratamento, objetivando restaurar ou melhorar a força muscular, a flexibilidade, o equilíbrio, a propriocepção e proporcionar o retorno às suas atividades esportivas de forma segura e confiável e ao mesmo tempo evitar, ou melhor, diminuir o risco de uma nova recidiva.*

Palavras-chave. *distensão muscular; alongamentos; exercícios.*

1. Introdução

De acordo com Gould (1993), a distensão muscular é definida como algum grau de ruptura nas fibras musculares, na junção músculo-tendão, no tendão ou na inserção tendinosa no osso. A distensão pode ser causada por um estiramento excessivo ou por uma contração forçada contra uma resistência excessiva às fibras, em que as fibras musculares excedem os limites de extensibilidade e ou a capacidade tênsil dela.

Segundo Hall (2001), as distensões musculares são classificadas segundo a sua gravidade ou a extensão da lesão, de forma que ela se encontra caracterizada por três graus:

- Grau I (leve): As fibras são estiradas sem perda da continuidade, de forma que se mantém a integridade dos tecidos musculares;
- Grau II (moderada): Algumas fibras são rompidas, de forma que ela venha a perder parcialmente sua continuidade;
- Grau III (grave): Ocorre ruptura total das fibras musculares, de forma que ela se encontra sem sua continuidade.

Os estudos realizados por Andrews (2000) relatam que as distensões musculares de primeiro grau apresentam dor local, dor leve à contração ativa e ao alongamento passivo do músculo afetado e ocorre uma pequena incapacidade; nas distensões de segundo grau, a dor local é presente, dor moderada a contração ativa e ao alongamento passivo do músculo afetado, e a incapacidade é moderada; na de terceiro grau a dor é intensa, observa-se um defeito palpável.

Os mecanismos da lesão de acordo com Prentice (2002) envolvem movimentos combinados de flexão, abdução e rotação externa de quadril excessiva.

Segundo Gould (1993), as distensões musculares de grau I e II são tratadas de forma conservadora; nas distensões musculares de grau III, o tratamento recomendado é o cirúrgico. De acordo com o mesmo autor, nas distensões musculares, as lesões não ocorrem somente nos tecidos tendinosos ou musculares, comprometendo também vasos sanguíneos. Sendo assim, Knight (2000), recomenda a aplicação de uma faixa compressiva, repouso, imobilização e elevação da extremidade do membro lesionado, gelo (aplicação de 20 minutos, de 2 em 2 horas num período de até 72 horas após a lesão ou até o edema diminuir).

Para Andrews (2000), o tratamento inicial tem como ênfase a redução da dor, do espasmo e da inflamação no local lesionado, podem ser realizados exercícios precoces de alongamentos e amplitudes de movimentos, de acordo com a tolerância do paciente. Nesta fase são contra-indicados alongamentos e movimentos vigorosos, o calor e a massagem. À medida que a inflamação regride e a elasticidade muscular é restaurada, podem ser iniciados os exercícios com resistência progressiva, seguindo a tolerância do paciente. Os estágios seguintes da reabilitação devem focar no exercício funcional e excêntrico de alta velocidade. Em casos de atletas, devem-se realizar atividades funcionais específicas para cada esporte, progredindo no treinamento.

Prentice (2002) relata a importância em realizar o aquecimento e o alongamento de forma adequada antes de iniciar as atividades, a fim de evitar reincidência da lesão. Este estudo tem o objetivo de relatar o tratamento e o acompanhamento de um caso de distensão muscular da cadeia adutora de quadril classificado como grau II de lesão, em que ele recebeu atendimento fisioterapêutico na Clínica de Fisioterapia das Faculdades Integradas Fafibe – Bebedouro/SP. Em virtude da precocidade com que esse paciente procurou o atendimento, a evolução e a satisfação do progresso do tratamento fizeram com que o caso fosse importante de ser relatado.

2. Relato de Caso

Indivíduo do sexo masculino, 38 anos, chegou ao setor de Fisioterapia das Faculdades Integradas Fafibe – Bebedouro/SP com diagnóstico de Distensão da musculatura adutora de quadril na inserção no ísquio direito, de grau II. Na história da moléstia atual, em 07/01/2006, o indivíduo relatou que durante uma partida de futebol chutou a bola, e no momento sentiu uma dor em pontada na musculatura adutora de quadril, próximo à sua origem no ísquio. Permaneceu em repouso de suas atividades esportivas, utilizando apenas medicamentos antiinflamatórios em gel no local lesionado. Após 20 dias de repouso, não sentia mais o quadro de dor; resolveu retornar a atividade esportiva, no primeiro momento em que realizou um movimento para alcançar a bola que estava em sua frente, sofreu uma forte fisgada na mesma região lesionada, interrompeu imediatamente a prática que realizava e aplicou gelo quando chegou à sua residência. Foi encaminhado para realizar o exame de ultrassonografia (vide anexo 1), em que foi constatado como resultado de um espessamento da fibra músculo-tendínea, hipocogenicidade e perda do padrão fibrilar da musculatura adutora da coxa direita, bem próxima do ponto de sua inserção no ísquio, apresentando áreas anecóicas centrais, sugerindo rupturas de fibras acompanhadas de hematomas peri e intramusculares.

Na avaliação fisioterapêutica realizada 12 dias após a data recidiva da lesão, o paciente apresentou eritema, dor a palpação na região de inserção da musculatura adutora de quadril direito no ísquio, diminuição da força da musculatura adutora direita, déficit de equilíbrio na postura em pé com apoio unipodal (não havendo nenhuma relação com a lesão por apresentar-se bilateralmente, mas por um déficit de equilíbrio fisiológico do paciente em relação ao normal esperado), nos testes de flexibilidade o resultado foi positivo bilateral para Thomas biarticular, para o Teste de Contratura de Posteriores de Coxa positivo, Ober normal e modificado positivo, além do grande receio de utilização do membro lesionado, por medo e preocupação quanto ao processo de recuperação da lesão.

Após a avaliação, o paciente foi submetido ao tratamento fisioterapêutico num período de 5 semanas, com sessões realizadas 3 vezes por semana, no seguinte protocolo:

- **Fase inicial** (1ª semana): Ultra-som com frequência de 1 Mhz, intensidade de 1 w/cm², modo de trabalho 50% a 100hz, tempo de aplicação de 5 minutos e modo de aplicação do tipo direta; Laserterapia com a caneta de 830 nm, intensidade de 4 joules/cm² e técnica de aplicação ponto a ponto; alongamentos passivos manuais das cadeias flexoras, extensoras, abdutoras e adutoras de quadril, a intensidade do alongamento para a cadeia adutora foi de acordo com a tolerância do paciente (3 x de 30 segundos de sustentação); exercícios isométricos com resistência mecânica (bola entre os joelhos) para a cadeia adutora de quadril (3 x 20 repetições, 6 segundos de contração); exercícios isotônicos ativos com resistência mecânica – tubing azul - para as cadeias flexoras, extensoras e abdutoras de quadril (3 x 20 repetições); exercícios de agachamento médio, associado à contração isométrica dos músculos adutores de quadril com uma bola entre os joelhos (3 x 15 repetições).
- **Fase intermediária** (2ª e 3ª semana): Ultra-som com frequência de 1 Mhz, intensidade de 1,2 w/cm², modo de trabalho 50% a 100hz, tempo de aplicação de 5 minutos e modo de aplicação do tipo direta; Laserterapia com a caneta de 830 nm, intensidade de 5 joules/cm² e técnica de aplicação ponto a ponto; alongamentos passivos manuais das cadeias flexoras, extensoras, abdutoras e adutoras de quadril, a intensidade do alongamento para a cadeia adutora foi de acordo com a tolerância do paciente (3 x 30 segundos); exercício isotônico ativo com resistência mecânica - tubing amarelo - para a cadeia adutora de quadril e tubing azul para as cadeias flexoras, extensoras e abdutoras de quadril (3 x 20 repetições); exercícios proprioceptivos na cama elástica, no balancim e na estrela com apoio unipodal.

- **Fase tardia** (3^a a 5^a semana): Ultra-som com frequência de 1 Mhz, intensidade de 0,7 w/cm², modo de trabalho contínuo, tempo de aplicação de 5 minutos e modo de aplicação do tipo direta; aquecimento na bicicleta ergométrica durante 10 minutos; alongamentos passivos manuais das cadeias flexoras, extensoras, abdutoras e adutoras de quadril (3 x 30 segundos); exercício isotônico ativo com resistência mecânica – tubing azul – para as cadeias flexoras, extensoras, abdutoras e adutoras de quadril (3x 30 segundos de contração); exercícios proprioceptivos na cama elástica com apoio unipodal, associado com uma bola, também foi realizado exercícios proprioceptivos na estrela utilizando o balancim; exercícios pliométricos iniciando-se com baixa velocidade e progredindo para alta velocidade com deslocamentos laterais, diagonais, para frente e para trás. Nesta fase foi realizado o trabalho na Hidroterapia uma vez por semana com o seguinte protocolo de reabilitação: aquecimento com 5 minutos de caminhada; auto-alongamento das cadeias flexoras, extensoras, abdutoras e adutoras de quadril na borda da piscina terapêutica (3 x 30 segundos); corridas durante 5 minutos; exercícios isotônicos ativos com resistência mecânica (tornozeleira) para as cadeias flexoras, extensoras, adutoras e abdutoras de quadril, e flexores e extensores de joelho (3 x 1 minuto de contração); deslocamentos para frente e para trás durante 3 minutos; deslocamentos laterais durante 3 minutos; corridas em círculos durante 3 minutos e relaxamentos.

3. Resultados

Em sessões realizadas na Clínica de Fisioterapia Fafibe, foi possível constatar que ao término de quatro sessões já havia ausência da dor e do eritema; a partir da 5^a sessão, pôde-se observar melhora na força muscular dos adutores de quadril direito, melhora da flexibilidade dos flexores, extensores e abdutores de quadril e flexores de joelho, e melhor desempenho quanto ao equilíbrio e propriocepção, fato que tenderam a evoluir no decorrer das sessões.

Entre a 10^a e a 11^a sessão, o paciente foi submetido ao 2^o exame de ultrassonografia (vide anexo 2), no qual foi constatado como resultado uma imagem de discreto espessamento e hipocogenicidade na inserção da musculatura adutora de quadril direito no púbis, sugerindo calcificações em seu interior de 1,2 cm, além de sinais evidentes de um estado cicatricial satisfatório quanto ao período em tempo de pós-lesão e a conduta proposta para com ele, fato salientando pelo próprio clínico que acompanha o paciente.

4. Discussão

Considerando os resultados obtidos ao final do tratamento fisioterapêutico, verificou-se que os dados descritos na literatura corroboram com os resultados deste estudo. Ao utilizar a Laserterapia para o alívio da dor, corroborando com os estudos realizados por England apud Low (2001), que relata a Laserterapia como uma técnica muito utilizada tanto em lesões agudas ou crônicas, para o alívio da dor, estímulo celular, quanto à cicatrização; além de uma organização importante quanto ao processo de formação da fibrose cicatricial.

A literatura de Kitchen (1998) relata o efeito terapêutico do Ultra-som no alívio da dor, e no controle do processo inflamatório, resultando em uma cicatrização do tecido musculotendinoso semelhante ao tecido não lesionado.

Os alongamentos passivos manuais foram priorizados no tratamento para prevenir futuras complicações. Para Prentice (2002), a flexibilidade é um objetivo importante em qualquer programa de reabilitação para prevenir lesões musculotendinosas, melhorar o desempenho funcional e os movimentos incoordenados ou inadequados. Segundo o mesmo autor, é importante a recuperação ou a manutenção de no mínimo um nível normal de força,

pois a fraqueza muscular pode resultar em uma marcha anormal, prejudicando o movimento funcional.

Os exercícios proprioceptivos foram enfocados para restaurar a deficiência no equilíbrio e na propriocepção, pois estudos realizados por Grigg, P. apud Hall (2001), relataram que lesões de quadril, joelho e tornozelo estiveram associados à deficiência do equilíbrio e da propriocepção.

Outro método utilizado na reabilitação foi a Hidroterapia, que de acordo com Prentice (2002), permite que o paciente realize exercícios ativos com o empuxo da água, transmitindo assim uma sensação de segurança. O calor da água induz ao relaxamento muscular e auxilia no alongamento para restaurar a amplitude de movimento e a flexibilidade. De forma que ao aplicar está conduta o paciente relata uma satisfatória sensação de bem estar e de conforto para com aos exercícios impostos e quanto à carga de trabalho sugerida pelo tratamento.

Quanto à suposta calcificação constatada no segundo exame de ultrassonografia, Herbert e colaboradores (2003), relatam que a calcificação é de etiologia desconhecida em pacientes com tendinites calcáreas, mostrando que o curso natural da doença pode reabsorver os depósitos de cálcio ao longo do tempo.

Estudos realizados por D' Aquino et al. (2005), demonstram que todos os pacientes que participaram de um tratamento fisioterápico com iontoforese (corrente galvânica e ácido acético), apresentaram melhora no quadro clínico em todos os casos, com remissão parcial ou completa da calcificação.

5. Considerações Finais

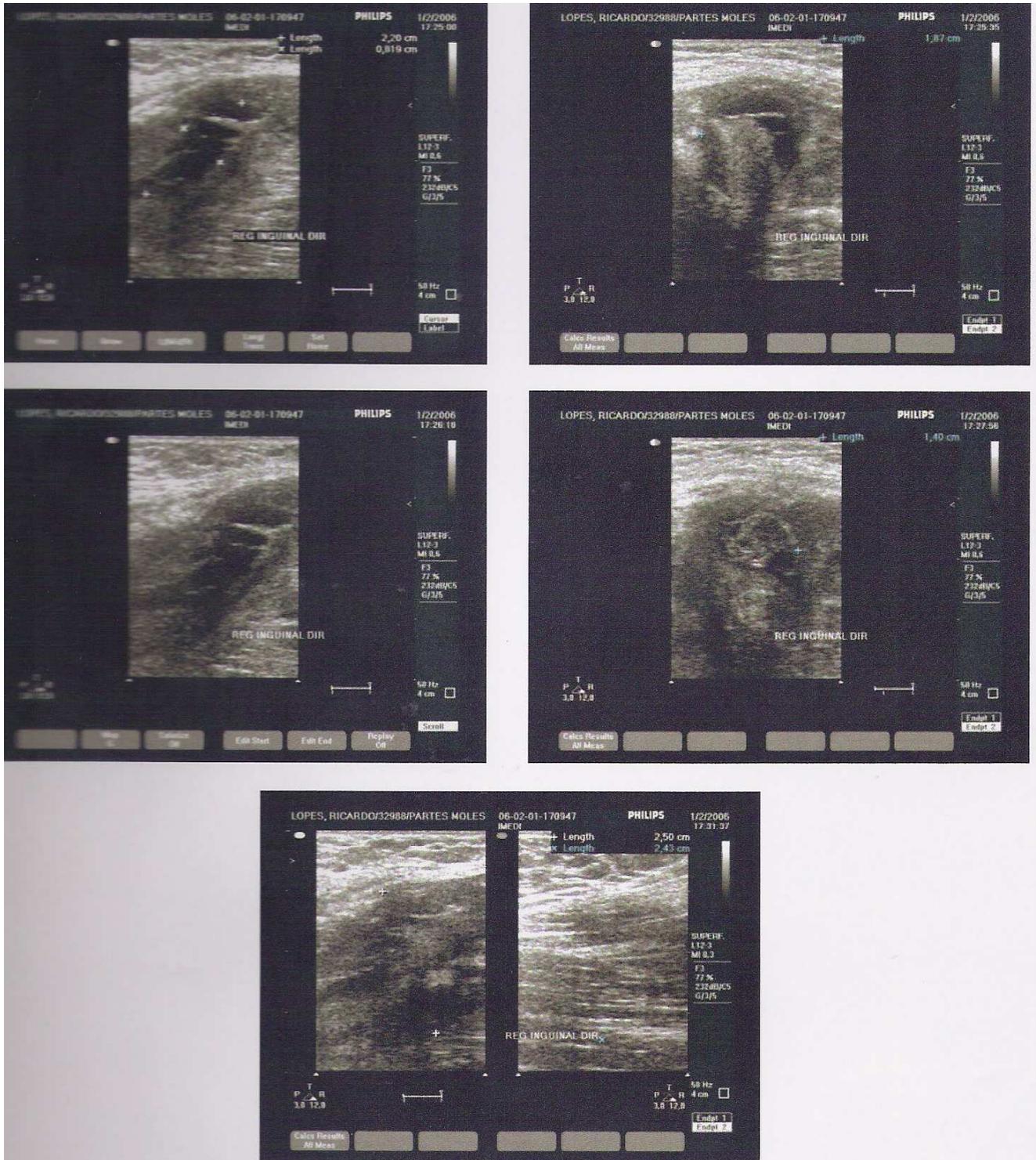
Considera-se que a intervenção fisioterapêutica é extremamente importante para a recuperação e melhoria da força muscular, da flexibilidade, do equilíbrio e da propriocepção, diminuindo o risco de recidivas; pois, de acordo com o descrito acima, após sofrer a primeira lesão, o paciente tentou retomar suas atividades esportivas sem realizar nenhum método para reabilitação fisioterapêutica, ocasionando uma recidiva da lesão, ou até mesmo a intensificação do quadro da lesão. Desta forma, destaca-se a importância do tratamento fisioterapêutico nos casos de lesões musculares em que a continuidade do ventre muscular venha a ser perdido, fazendo com que o processo cicatricial possa tornar-se eficiente e promovendo uma retomada as atividades normais dos indivíduos. Fato em que se pode observar, com este estudo, que pode devolver o indivíduo às suas atividades esportivas com segurança e com uma boa performance.

6. Referências

- ANDREWS, J. R; HARRELSON, G. L; WILK, K. E. **Reabilitação Física das Lesões Desportivas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Ed. 2.
- D' AQUINO, D. O; PINTO, A. L; COSTA, M. J. B; ABUD, L. G; FANELLI, V. A. Doença de hidroxapatita: aspectos por imagem e comportamento biológico. **Revista Imagem**, Ribeirão Preto, v. 27, n.2, p. 79-87, out. 2004.
- GOULD, J. A. **Fisioterapia na Ortopedia e na Medicina do Esporte**. SP: Manole, 1993.
- HALL, C. M; BRODY, L. T. **Exercício Terapêutico na Busca da Função**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- HERBERT. S; XAVIER, R. **Ortopedia e Traumatologia PRINCÍPIOS E PRÁTICAS**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- KNIGHT, K. L. **Crioterapia no tratamento das lesões esportivas**. SP: Manole, 2000.
- KITCHEN, S; BAZIN, S. **Eletroterapia de Clayton**. São Paulo: Manole, 1998.
- LOW, J; REED, A. **Eletroterapia Explicada** Princípios e Prática. Barueri: Manole, 2001.

PRENTICE, W. E. Técnicas de Reabilitação em Medicina Esportiva. Barueri: Manole, 2002.

Anexos:



Anexo 1 - 1º exame de ultrassonografia.