

PROPOSTA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA CASOS DE ESPONDILITE ANCILOSANTE

Josimari Melo de Santana (Faculdades Integradas FAFIBE)
Valter Joviniano de Santana Filho (PG- USP/Ribeirão Preto/SP)
Walderi Monteiro da Silva Júnior (PG- UFPB/João Pessoa/PB)

Resumo: A Espondilite Ancilosante é uma patologia inflamatória sistêmica que afeta, predominantemente, a coluna vertebral, quadris, ombros e articulações sacroilíacas, acompanhada por inflamação dos tecidos conjuntivos. A doença evolui com erosão óssea, formação de tecido de granulação que é substituído por tecido fibroso, e conseqüente ancilose das articulações acometidas. A sintomatologia desta doença é característica, apresentando-se com dores crônicas, persistentes e progressivas, rigidez aos movimentos, cansaço, falta de apetite, dificuldade respiratória, entre outros. O diagnóstico é baseado em sinais e sintomas, exames radiológicos da coluna e das articulações afetadas, história clínica e exame físico. Uma avaliação fisioterapêutica apropriada para pacientes portadores desta patologia é imprescindível, visto que a Espondilite Ancilosante se caracteriza de diferentes formas em pessoas diferentes, sendo que dois casos nunca são exatamente iguais. Além disso, no exame físico há testes específicos para evidenciar o grau de funcionalidade e as alterações corporais promovidas pela patologia em questão.

Palavras-Chave: espondilite ancilosante; avaliação fisioterapêutica; funcionalidade; alterações corporais.

1. Introdução

A Espondilite Ancilosante (EA) é uma doença inflamatória sistêmica, de padrão reumático, que afeta os tecidos conjuntivos (MEIRELLES, 2004) e atinge, de forma predominante, a coluna vertebral, acometendo também as articulações sacro-ilíacas, quadris e ombros (CECON, 2004; SOUSA JR, 2004). Apresenta maior acometimento entre 15 e 35 anos (MEIRELLES, 2004; CECON, 2004), especialmente do sexo masculino, numa proporção de 2 a 5 para 1 (CECON, 2004; SOUSA JR, 2004), dificilmente vindo a se desenvolver depois dos 40 anos (COBRA e COBRA, 2004).

A causa da doença é desconhecida (REZENDE, 2004; CONDE; 2004; DE JUAN et al, 2004; GONÇALVES, 2004; SIMS et al, 2004). Tem-se que a doença é cerca de 300 vezes mais freqüente em pessoas que herdaram um determinado grupo sanguíneo dos glóbulos brancos, quando comparadas com aquelas que não possuem esse marcador genético, denominado HLA B27 (MEIRELLES, 2004; CONDE; 2004; DE JUAN et al, 2004; GONÇALVES, 2004; SIMS et al, 2004). A teoria mais aceita é que a EA está associada a uma infecção intestinal ou do trato genito-urinário, o que pode sugerir que a drenagem linfática para a coluna pode ser de importância naquelas pessoas geneticamente predispostas a desenvolvê-la (BJARNASON et al, 2003). Fisiopatologicamente, há duas lesões básicas: a sinovite das articulações e a inflamação nas junções fibro-ósseas e nos tendões, o que causa destruição da cartilagem articular e do osso periarticular e comprometimento dos tecidos moles (RUDWALEIT, 2003).

Não há cura para esta patologia, embora tenda a ser menos ativa conforme a idade avança, o paciente deve estar consciente de que o tratamento deve ser constante. O tratamento objetiva o alívio dos sintomas e a melhora e/ou manutenção da mobilidade da coluna onde a mesma tenha diminuído, manutenção da postura e da função articular, evitar deformidades

atróficas, permitindo ao paciente um melhor convívio social e profissional (CECON, 2004; DAÍ et al, 2003). O tratamento engloba o uso de medicamentos, fisioterapia, correção postural e exercícios, que deve ser adaptado a cada paciente.

2. Material e Métodos

2.1. Materiais

Foi proferida, inicialmente, uma revisão de literatura, tendo como fontes livros e artigos científicos específicos na área de conhecimento, os quais propiciaram um melhor embasamento teórico a respeito da patologia em questão.

2.2. Sujeitos

Uma outra etapa compreendeu um período de pesquisa retrospectiva das fichas de atendimento de cinco pacientes portadores de Espondilite Ancilosante atendidos no Centro de Saúde da UNIT, Universidade Tiradentes, Aracaju-Sergipe, as quais continham os dados de avaliação, evolução do quadro e tratamentos prévios destes pacientes.

Os cinco participantes apresentavam caracterização clínica em estágios diversificados, o que possibilitou detectar uma maior variedade de aspectos relacionados ao quadro clínico desta patologia.

2.3. Procedimentos

Após o período de levantamento de conteúdo teórico-científico e de coleta de dados retrospectivos, foi elaborada a ficha de avaliação proposta para pacientes de EA. Esta ficha, posteriormente, foi aplicada aos cinco pacientes analisados previamente. Um segundo experimentador realizou uma etapa de reavaliação dos mesmos pacientes, após um período de um mês de intervenção fisioterapêutica.

Observaram-se fatores como a história da doença, perfil postural, alterações corporais, dificuldades respiratórias, amplitude de movimento, funcionalidade, força muscular e padrão de marcha. Os processos de revisão da literatura, análise de dados retrospectivos e aplicação da ficha de avaliação baseada nestas fases anteriores permitiram a conclusão da ficha de avaliação proposta neste estudo (Anexo). Foram solicitados os exames por imagem dos participantes, os quais também foram analisados com referência às manifestações radiológicas.

Com base nas etapas anteriormente citadas, através de um referencial teórico e prático, sucedeu-se a seleção de tópicos e a subsequente elaboração de uma ficha de avaliação apropriada para pacientes com EA, contendo questionamentos, exame físico, e testes específicos.

3. Resultados

Inicialmente, deve ser investigada a história do desenvolvimento da EA através dos períodos de início dos sintomas, de diagnóstico e do início do tratamento fisioterapêutico. Em seguida, a abordagem de questões como a queixa principal do paciente, a história atual da patologia e de patologias pregressas, bem como a história familiar e o uso de medicação devem ser proferidos.

Situações pertinentes à atividade profissional (se aposentado ou ativo em sedentarismo, dinamismo ou atividade física intensa) e a predição por hábitos esportivos também são importantes características da avaliação.

A precisão da informação sobre a sintomatologia álgica é fator determinante de um tratamento adequado, principalmente em relação ao local doloroso (coluna cervical, dorsal ou

lombar; sacro; tórax; ombro; quadril; membros inferiores ou superiores), aos fatores de piora da algia (pelo dia, à noite, em repouso, aos exercícios, com movimentos bruscos, com respiração profunda, em posição estática, em má postura) e de melhora algica (pelo dia, à noite, com exercícios, em repouso, com mudança de posição, com uso de medicação).

Outros sinais e sintomas como rigidez, deformidades, tendinites, bursites, artroses, artrites, espasmos musculares, mal-estar, cansaço, perda de apetite, anemia, dificuldade de movimentação, sacroileíte unilateral ou bilateral, dificuldade ou desconforto para atividades diárias como sentar, levantar, caminhar, ortostase, decúbitos dorsal, ventral, laterais direito e esquerdo são significativas fontes de avaliação. Assim como a postura evidenciada nas diferentes dimensões observacionais, em que se deve avaliar a possível ocorrência de anteriorização da cabeça, protração ou desnivelamento de ombros, depressão da cintura escapular, cifose torácica, anteriorização de tronco, escoliose em “C” direita ou esquerda, escoliose em “S” direita ou esquerda, retificação lombar, retroversão pélvica, semiflexão de quadril, rotação externa de quadril, semiflexão de joelhos. Estes pontos da avaliação são extremamente necessários para o planejamento de um eficaz tratamento individualizado para cada paciente, auxiliando-o na facilitação para a execução das atividades cotidianas.

Características referentes ao sistema respiratório também devem ser evidenciadas a cerca da ocorrência de desconforto ou de dificuldade respiratória e, em caso positivo, qual a frequência de acometimento, além da avaliação com dados numéricos através da perimetria respiratória, dada pelo coeficiente de amplitude esperado (diferença entre inspiração forçada e expiração forçada) de 5 a 7 cm, nas regiões axilar, do processo xifóide e de bases pulmonares.

Manifestações radiológicas com resultados de perda da nitidez dos contornos da articulação, pseudo-alargamento, esclerose óssea subcondral, erosões nas bordas articulares e ângulos vertebrais, formação de traves ósseas, redução do espaço articular, fusão das articulações interapofisárias, sacroilíacas ou de corpos vertebrais, osteítes, quadratura dos corpos vertebrais, formações de sindesmófitos, calcificações de discos intervertebrais, calcificações de ligamentos interespinhosos podem fornecer para o fisioterapeuta o quão acometidas estão as articulações.

Goniometrias passiva e ativa dos movimentos de flexão, extensão, rotações e inclinações dos segmentos cervical e lombar da coluna vertebral; de flexão, extensão, adução, abdução, rotações externa e interna de ombro e quadril refletem o grau de acometimento funcional no que se remete à mobilidade articular das articulações avaliadas. O mesmo procede para a realização de testes específicos para EA representados pelo Índice de Schober, pela distância dedo-solo e o teste da parede.

A observação detalhada da situação da musculatura com relação a contraturas, retrações, hipotrofias ou desenvolvimento de pontos de tensão e a graduação de força de grupos musculares da coluna, membros superiores e inferiores, nos diferentes planos de movimento permitem a possibilidade de se priorizar o tratamento mais intensivo de alguns grupos musculares em detrimento de outros.

Outra importante análise a ser feita é o desenvolvimento da marcha. As características inerentes à marcha do indivíduo portador de EA tal como ritmo (lento, normal, rápido), passos (curtos, normal, largo) e dissociação das cinturas escapular e pélvica devem ser investigadas. Mesmo que um futuro trabalho para correção de marcha nesses casos seja inviável, a detecção de momentos ou fases inadequadas da marcha pode influenciar na determinação de possíveis causas de sintomas apresentados pelos pacientes.

4. Discussão

Como sinais e sintomas, percebem-se dores na coluna (de modo lento ou insidioso durante algumas semanas); lombalgia crônica (com piora noturna pelo repouso

e melhora com exercícios); dor no quadril e ombro; lombociatalgia (possivelmente se irradiando pela parte posterior das coxas e pela parte inferior da coluna, com origem nas articulações sacro-ilíacas); rigidez lombar pela manhã (diminui de intensidade durante o dia); tendinites e entesites; mal-estar global, com cansaço, perda de apetite e de peso, e anemia; dor no peito, devida a inflamação das articulações entre as costovertebrais, que piora com a respiração profunda (GONÇALVES, 2004); diminuição da expansibilidade do tórax durante a respiração profunda (MEIRELLES, 2004; CECON, 2004; SOUZA JR, 2001; COBRA e COBRA, 2004).

O diagnóstico da EA é baseado no conjunto de sinais e sintomas, no raio-X da coluna e das articulações afetadas, na história clínica e no exame físico. No exame físico da coluna podem ser encontrados espasmo muscular, má postura e mobilidade articular. Deve-se examinar também as outras articulações, principalmente as proximais, como quadris e ombros. O diagnóstico da EA é confirmado por raio-X (COBRA e COBRA, 2004; RUDWAEIT, 2003).

Os critérios para o diagnóstico se dão em presença de sacroileíte bilateral de grau 2 a 4 ou unilateral de grau 3 ou 4, com pelo menos um dos seguintes critérios clínicos: dor lombossacra com pelo menos três meses de duração; limitação da mobilidade lombar nos três planos; redução da expansibilidade torácica (CECON, 2004).

Existem alguns diagnósticos diferenciais em relação à EA. A dor na coluna é uma das queixas mais comuns, embora a grande maioria dos pacientes com dor na coluna não tenha EA, devem-se reconhecer as diferentes causas para dor na coluna em cada paciente. As causas mais frequentes de dor na coluna são distensões ou entorses, que podem ocorrer em qualquer idade, hérnia de disco, problemas degenerativos como a osteoartrose, comum em idosos, artrite inflamatória (BOONEN et al, 2003).

As alterações radiológicas mais frequentes são no esqueleto axial. Pode-se encontrar de forma progressiva: perda da nitidez dos contornos da articulação; pseudoalargamento; esclerose óssea subcondral; erosões nas bordas articulares e ângulos vertebrais; formação de traves ósseas; redução do espaço articular; fusão (ancilose) das articulações interapofisárias, sacroilíacas e de corpos vertebrais; osteíte; quadratura dos corpos vertebrais; formações de sindesmófitos; calcificações de discos intervertebrais e ligamentos interespinhosos (CECON, 2004; GONÇALVES, 2004).

No período inicial, o exame clínico tem grande valor, desde que preceda as alterações radiológicas. Neste exame são feitos testes a fim de se evidenciar as alterações causadas pela EA: índice de Schober (avalia a restrição da mobilidade lombar, em que se traça uma linha que une as duas fossas situadas abaixo das espinhas ilíacas pósterio-superiores e, partindo do ponto médio dessa linha, faz-se a marcação 10cm acima e 5cm abaixo; ao paciente realizar flexão anterior de tronco, mede-se a distância entre as duas marcas, sendo que a normalidade se situa a partir dos 5cm de diferença); limitação da rotação da coluna; redução do perímetro respiratório do tórax; distância dedo-solo (*finger-floor*, avalia a flexão da coluna, anotando-se a distância, em centímetros, da ponta do terceiro dedo ao solo quando em flexão da coluna); teste da parede (em bipedestação, verificar se o occipital, as nádegas e os calcanhares conseguem contactar a parede). Ainda pode ser evidenciada perda de lordose lombar, intenso espasmo muscular, cifose dorsolombar, anteriorização da cabeça; posição do esquiador (GONÇALVES, 2004; BOONEN et al, 2003).

A EA se caracteriza de diferentes formas em pessoas diferentes, sendo que dois casos nunca são exatamente iguais (REZENDE, 2004). Após a fase ativa da doença em que as articulações estão inflamadas, a doença se torna bem menos ativa ou mesmo totalmente inativa (MEIRELLES, 2004). Os sintomas podem surgir e desaparecer durante longos períodos, mas, no final, ela cede. Sindesmófitos formam pontes entre as vértebras, às vezes de maneira completa, impedindo a livre movimentação, causando a rigidez denominada ancilose. Algumas pessoas podem ter apenas uma série de leves

dores e desconfortos, durante vários meses sem, entretanto, incomodá-las demais. Isso parece ser mais comum nas mulheres (CHORUS et al, 2003; NASS; PINAR, 2004).

5. Conclusão

A espondilite ancilosante é uma patologia que pode vir acompanhada por uma série de sinais e sintomas e algumas outras características peculiares, as quais exigem métodos e testes de avaliação exclusivamente direcionados para esta patologia. Uma avaliação adequada e completa, que envolva a investigação de todos os aspectos cabíveis ao quadro clínico de uma patologia tão específica como a espondilite ancilosante, é imprescindível a fim de possibilitar o melhor planejamento possível para um tratamento fisioterapêutico individualizado, composto de toda uma intervenção necessária para cada caso em particular.

6. Referências Bibliográficas

1. MEIRELLES, E.S. **Espondilite Anquilosante**. Disponível em: <http://www.emedix.com.br/artigos/reu001_1g_espondilite.shtml>. Acesso em: 27.jul.2004.
2. CECON, R. **Espondilite anquilosante**. Disponível em: <<http://www.grupoea.com.br/espondilite.htm>>. Acesso em: 13.ago.2004.
3. SOUZA Jr, A.S. Espondilite anquilosante: avaliação pulmonar pela tomografia computadorizada de alta resolução e morbidade das paredes torácicas. **Radiol Bras** 2001; 34(4):246.
4. COBRA, C.; COBRA, A. **Espondilite anquilosante**. Disponível em: <http://www.reumatismo.med.br/doenca_03.html>. Acesso em: 05.mai.2004.
5. REZENDE, M.C. **Espondilite anquilosante**. Disponível em: <<http://www.reumatologia.com.br/doe15.htm>>. Acesso em: 05.mai.2004.
6. CONDE, R.A.; SAMPAIO-ARROS, P.D.; DONADI, E.A.; KRAEMER, M.H.; PERSOLI, L.; COIMBRA, I.B.; COSTALLAT, L.T.; SÂMARA, A.M.; BETOLO, M.B.. Frequency of HLA B27 alleles in Brazilian patients with ankylosing spondylitis. **J Rheumatol** 2003; 30(11):2512.
7. DE JUAN, M.D.; RETA, A.; BELZUMAGUI, J.; FIGUEROA, M.; MARURI, N.; CUADRADO, E. HLA-A 2402 and a microsatelite (D6S248) are secondary independent susceptibility markers to A in basque patients 2004; 65(2):175-80.
8. GONÇALVES, C.R. **Espondiloartropatias**. Disponível em: <<http://www.usp.br/medicina/departamento/climed/reumatologia.espond.htm/>>. Acesso em: 27.jul.2004.
9. SIMS, A.M.; WORDSWORTH, B.P.; BROWN, M.A. Genetic susceptibility to ankylosing spondylitis. **Curr Top Med Chem** 2004; 4(1Suppl):13-20.
10. BJARMASON, I.; HELGASON, K.O.; GEIRSSON, A.I.; SIGTHORSSON, G. Subclinical intestinal inflammation and sacroiliac changes in relatives of patients with ankylosing spondylitis. **Gastroenterology** 2003; 125(6):1598-605.
11. RUDWALEIT, M. Early diagnosis of ankylosing spondylitis. **Z Rheumatol** 2003; 62(2):106-7.
12. DAÍ, S.M.; HAN, X.H.; ZHAO, D.B.; SHI, V.O.; LIU, Y.; MENG, J.M. Prevalence of rheumatic symptoms, rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis and gouting Shanghai, China: a COPORD study. **J Rheumatol** 2003; 30(10):2245-51.
13. BOONEN, A.; VAN TUBERGEN, A.; VAN DER LINDEN, S. Insurance problems among patients with ankylosing spondylitis. **Ann Rheum Dis** 2003; 62(12):1242-3.
14. GABRIEL, M.R.S.; PETIT, J.D.; CARRIL, M.L.S. **Fisioterapia em Traumatologia, Ortopedia e Reumatologia**. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

15. CHORUS, A.M.; MIEDEMA, H.S.; BOONEN, A.; VAN DER LINDEN, S. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. **Ann Rheum Dis** 2003; 62(12):1178-84.

16. Ankylosing spondylitis: a guidebook for patients. National Ankylosing Spondylitis Society, England, UK.

17. PINAR, B. Functional disability and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. **Rheumatol Int** 2004; 24(1):59-60.

7. Anexo

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA ESPONDILITE ANCILOSANTE

(Por DeSantana; Santana Filho & da Silva Júnior)

IDENTIFICAÇÃO

-Nome: _____ -Data de nascimento: ___/___/___
-Sexo: ()M ()F -Profissão: _____
-Endereço: _____

HISTÓRIA DA DOENÇA

-Período de início dos sintomas: _____
-Período de diagnóstico de EA: _____
-Período de início do tratamento fisioterapêutico: _____
-Queixa principal: _____
-História da Patologia Atual: _____
-História de Patologias Progressas: _____
-História Familiar: _____
-Uso de medicação: () Sim () Não Qual?

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

() Aposentado () Ativo: () Sedentarismo () Dinamismo
() Esforço Físico

HÁBITOS **ESPORTIVOS**

SINAIS VITAIS

PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ crpm T: _____ °C

SNOMATOLOGIA ÁLGICA

() Coluna cervical () Tórax
() Coluna dorsal () Ombro
() Coluna lombar () Quadril
() Sacro () Membros inferiores

A ALGIA PIORA

() pelo dia () em repouso
() à noite () com exercícios

- () com movimentos bruscos
 () com respiração profunda
 () com posição estática
 () com má postura

A ALGIA MELHORA

- () pelo dia () em repouso
 () à noite () com mudança de posição
 () com exercícios () com uso de medicação

OUTROS SINAIS E SINTOMAS

- Rigidez: () Não () Sim Local: _____ Período: _____
 -Deformidade: () Não () Sim Local: _____ Período: _____
 -Resultados Tendinite: () Não () Sim Local: _____ Período: _____
 -Bursite: () Não () Sim Local: _____ Período: _____
 -Artrose: () Não () Sim Local: _____ Período: _____
 -Artrite: () Não () Sim Local: _____ Período: _____
 -Espasmo muscular: () Não () Sim Local: _____ Período: _____
 -Mal-estar: () Não () Sim
 -Cansaço: () Não () Sim
 -Perda de apetite: () Não () Sim
 -Anemia: () Não () Sim
 -Dificuldade de movimentação: () Não () Sim
 -Sacroileíte: () Unilateral () Bilateral Grau: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4
 -Sente dificuldade ou desconforto para:
 () Sentar () Levantar () Caminhar () Ortostase () Decúbito Dorsal
 () Dec. Ventral () Dec. Lateral Direito () Dec. Lateral Esquerdo

POSTURA

- () anteriorização da cabeça () Escoliose em "S" Direita
 () protração de ombros () Escoliose em "S" Esquerda
 () depressão da cintura escapular () Retificação lombar
 () desnivelamento de ombros () Retroversão pélvica
 () cifose torácica () Semiflexão de quadril
 () anteriorização de tronco () Rotação externa de quadril
 () Escoliose em "C" Direita () Semiflexão de joelhos
 () Escoliose em "C" Esquerda

DESCONFORTO OU DIFICULDADE RESPIRATÓRIA () Não () Sim () Às vezes

PERIMETRIA RESPIRATÓRIA

Regiões	Inspiração Forçada	Expiração Forçada	Coeficiente de amplitude
Axilar			
Processo Xifóide			
Basal			

MANIFESTAÇÕES RADIOLÓGICAS

- () perda da nitidez dos contornos da articulação () fusão das articulações interapofisárias
 () pseudo-alargamento () fusão das sacroilíacas
 () esclerose óssea subcondral () fusão de corpos vertebrais
 () erosões nas bordas articulares () osteítes
 () erosões ângulos vertebrais () quadratura dos corpos vertebrais
 () formação de traves ósseas () formações de sindesmófitos
 () redução do espaço articular () calcificações de discos intervertebrais
 () calcificações de ligamentos interespinhosos

GONIOMETRIA

Coluna

Ativa	FLX		EXT		R.D.		R.E.		I.D		I.E	
Passiva	FLX		EXT		R.D.		R.E.		I.D		I.E	

Ombro

Ativa	FLX		EXT		R.D.		R.E.		ABD		ADU	
Passiva	FLX		EXT		R.D.		R.E.		ABD		ADU	

Quadril

Ativa	FLX		EXT		R.D.		R.E.		ABD		ADU	
Passiva	FLX		EXT		R.D.		R.E.		ABD		ADU	

TESTES ESPECÍFICOS

-Índice de Schober: _____ cm

-Distância dedo-solo: _____ cm

-Teste da parede (não contacta): () occipital () nádega () panturrilha

MUSCULATURA

- () Contratura Local: _____

- () Retração Local: _____

- () Hipotrofia Local: _____

- () Pontos de tensão Local: _____

GRADUAÇÃO DE FORÇA DE GRUPOS MUSCULARES

Coluna

FLX		EXT		R.D.		R.E.		I.D		I.E	
-----	--	-----	--	------	--	------	--	-----	--	-----	--

Ombro

FLX		EXT		R.D.		R.E.		ABD		ADU	
-----	--	-----	--	------	--	------	--	-----	--	-----	--

Quadril

FLX		EXT		R.D.		R.E.		ABD		ADU	
-----	--	-----	--	------	--	------	--	-----	--	-----	--

MARCHA

Ritmo: () lento () normal () rápido

Passos: () curtos () normal () largo

Dissociação/ cintura escapular: () Não () Sim

Dissociação/ cintura pélvica: () Não () Sim

Observações:
