Relato de Caso

HÉRNIA DE DISCO LOMBAR TRATADA COM TRAÇÃO MANUAL, CALOR PROFUNDO E ALONGAMENTO MUSCULAR

Raquel Aparecida Casarotto *

Casarotto, R. A. hérnia de disco lombar tratada com tração manual, calor profundo e alongamento muscular. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo v.2, n. 1, p.45-8, jan. / jul., 1995.*

RESUMO : A utilização da tração no tratamento das hérnias discais é um dos procedimentos clássicos da fisioterapia. O objetivo deste artigo é apresentar um caso de hérnia discal lombar tratado com calor profundo e tração manual, realizada com a ajuda de um lençol, durante a fase aguda, e calor profundo e alongamentos, durante a fase crônica. O quadro algico e o espasmo muscular tiveram uma redução significativa após a segunda terapia e o paciente recebeu alta sem dor após a décima-segunda terapia.

DESCRITORES : Deslocamento do disco intervertebral, reabilitação. Terapia por ondas curtas, métodos

INTRODUÇÃO

Quem acompanha a evolução do tratamento das hérnias discais já deve ter feito a seguinte observação: o número de intervenções cirúrgicas vem diminuindo nos últimos anos. A opção pelo tratamento conservador ganhou fôlego com o clássico estudo de Weber⁹ sobre a evolução das hérnias discais tratadas através de cirurgias e de forma conservadora: após 1 ano de tratamento, 92% dos pacientes operados apresentavam melhora dos sintomas, contra 60% dos não-operados. Após um período de 4 e 10 anos, respectivamente, observou-se o mesmo índice de recuperação neurológica entre dois grupos.

Os resultados encontrados por Saal⁵ no tratamento não-cirúrgico de pacientes com extrusão do disco e radiculopatias apresentam um índice de sucesso maior que 90%, mostrando que o déficit neurológico não altera o prognóstico favorável do tratamento.

Certamente existem casos em que a intervenção cirúrgica torna-se necessária. Weinstein¹⁰ coloca os seguintes critérios para sua indicação:

- ♦ aumento no déficit neurológico;
- ♦ déficit neurológico significativo com redução no sinal de Laségue;
- ♦ comprometimento da função dos esfíncteres;
- ♦ recorrência de episódios ;
- ♦ falha no tratamento conservador.

* Professora Assistente do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Endereço para correspondência : Rua Cipotânia, 51 - Cidade Universitária - 05360-000 São Paulo, SP

Estes critérios mostram a importância da conduta fisioterápica adequada no tratamento das hérnias discais. Segundo Caillet¹, o tratamento conservador abrange vários procedimentos, tais como a medicação, repouso, exercícios no leito e tração.

Este estudo apresenta um caso de hérnia discal lombar, tratado com calor profundo e tração manual.

CASO

Homem, 46 anos, engenheiro, apresentou episódios de dor lombar aguda em 15 de setembro de 1994, com irradiação para região glútea e perna direita e formigamento na região plantar, tornozelos e dedos direitos. A dor aumentava durante a adoção de posturas em sedestação e decúbito dorsal e diminuía durante a marcha.

A tomografia computadorizada apresentava nódulos de Schmorl em L3, protrusão discal L4 e L5, com obliteração dos recessos laterais e gordura epidural, comprimindo o saco dural. A conduta clínica inicial foi a manutenção em repouso por um período de quinze dias, acompanhada de medicação analgésica e antiinflamatória.

Na primeira consulta fisioterápica o paciente apresentava um bloqueio total nos movimentos de cintura pélvica, com leve inclinação do tronco para frente e o sinal de Laségue positivo a partir de 30°

A opção terapêutica inicial foi a utilização de calor profundo (ondas curtas durante vinte minutos), visando diminuir o espasmo muscular-lombar e a aplicação de manobras descompressivas ou de "pom-pagem". Essas manobras eram realizadas da seguinte forma: o paciente perma-

necia posicionado em decúbito dorsal, com os joelhos e quadris fletidos e os pés apoiados na maca; um lençol era amarrado na altura da crista ilíaca e a ponta inferior do lençol ficava posicionado entre as pernas do paciente, lembrando uma fralda amarrada na cintura da criança, com a ponta inferior solta. O terapeuta permanecia posicionado com os joelhos semi-fletidos e puxava a ponta inferior do lençol, retificando totalmente a coluna lombar. Após a realização dessa manobra, desamarrava-se o lençol da cintura e o paciente permanecia nesta posição durante cinco minutos, quando a manobra era repetida mais uma vez.

O paciente compareceu ao segundo tratamento com uma redução significativa da dor, sendo repetida a conduta anterior.

A partir da terceira sessão, quando o paciente já conseguia adotar a postura ereta sem inclinar o tronco, manteve-se a aplicação de ondas curtas, seguida de cinesioterapia, quando eram realizados os seguintes procedimentos: alongamento da cadeia posterior e inspiratória (Souhard),⁷ dos músculos glúteos, principais músculos encurtados no paciente, da musculatura dorsal e dos oblíquos abdominais. Foi realizado fortalecimento da musculatura abdominal, a fim de manter o ritmo lombopélvico adequado. Por volta da oitava terapia, o paciente apresentava dores na coluna somente quando dirigia por mais de uma hora e, ao final da décima-segunda terapia, ficou totalmente sem dor.

No processo de alta, que ocorreu após a décima-segunda terapia, foram dadas orientações de atividades de vida diária levantar-se a cada cinquenta minutos após a

adoção da postura em sedestação por períodos prolongados de tempo, ajustar o mobiliário de forma que os pés permanecessem totalmente apoiados no chão e a prosseguir com os exercícios de alongamento em casa.

DISCUSSÃO

A evolução clínica no tratamento conservador das hérnias discais apresenta dados interessantes. Saal⁶, acompanhando pacientes com extrusão do disco intervertebral e radiculopatias por um período que variava de 8 a 77 meses, encontrou uma diminuição de 75 a 100% no tamanho dos fragmentos em 46% dos indivíduos estudados, sugerindo que a extrusão discal pode ser absorvida ao longo do tempo. Os mecanismos que levam à ocorrência desse fenômeno permanecem indefinidos.

Na abordagem fisioterápica, um dos procedimentos clássicos no tratamento das hérnias discais tem sido a tração. Tesio,⁸ avaliando a aplicação da técnica de auto-tração *versus* a tração passiva no tratamento da dor, observou uma superioridade na eficácia terapêutica da primeira, com um índice de respostas favoráveis de 75% e 22% respectivamente, nos questionários aplicados para avaliar esse dado.

Heijden,² revendo a eficácia dos diferentes tipos de tração aplicados a pacientes com lombalgia e cervicalgia, conclui que não existem estudos suficientemente

controlados que permitam avaliar a superioridade de uma técnica sobre a outra, apontando para a necessidade da realização de estudos nesta área.

Apesar disso, ele chega à conclusão de que esses estudos não apontam a tração como uma terapia ineficaz.

O valor terapêutico da tração provavelmente está relacionado a dois mecanismos: primeiro, a diminuição da lordose lombar, alargando a face posterior da coluna, aumentando a abertura do foramen intervertebral e minimizando a pressão sobre as raízes nervosas (Onel),⁴ segundo, o relaxamento da musculatura diminuindo o espasmo muscular (Murphy).³

Durante o acompanhamento deste paciente, pôde-se observar a ocorrência destes dois mecanismos na fase aguda, quer na diminuição acentuada da dor, quer no relaxamento da musculatura lombar, após a realização da primeira e da segunda sessões de fisioterapia.

Na terceira sessão, quando o paciente chegou ereto e deambulando com movimentos de dissociação de cinturas, inferiu-se que a dor e o mecanismo de espasmo protetor já haviam diminuído.

Além da eficácia terapêutica, esta técnica apresenta uma vantagem adicional: o seu baixo custo. Num país que vive contradições sociais tão alarmantes, é importante desenvolver formas alternativas de realizar fisioterapia de baixo custo. Esta forma de tratar pode desenvolver esse papel.

Casarotto, R. A. Hérnia de disco lombar tratada com tração manual, calor profundo e alongamento muscular. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo*, 2 (1) :45-8, jan. / jul., 1995.

Casarotto, R. A. Lumbar intervertebral disk displacement treated by shortwave diathermy therapy and muscular stretching. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo*, v. 2, n. 1, p.45-8, jan. / jul., 1995.

ABSTRACT : We are discussing in their article a case of lumbar intervertebral disk displacement, treated by shortwave diathermy, stretching muscular and manipulative procedures. We could get an important reduce of the pain right after the second session of therapy and after 12th therapy the patient was without any pain.

KEY WORDS : Intervertebral disk displacement, rehabilitation. Shortwave diathermy, methods. Physical therapy, case report.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cailliet, R. *Lombalgia*. São Paulo : Manole, 1979.
2. Van derHeijden, G. J. M. G. , Beurskens, A. J. H. M. , Koes, B. W., Assendelft, W. J. J, de Vet, H.C.W. , Bouter, L. M. The efficacy of traction for back and neck pain: A systematic, blinded review of randomized clinical trial methods. *Phys.Ther.*, v.75, n.2, p. 93-104, 1995.
3. Murphy, M. J. Effects of cervical traction on muscle activity. *J.Orthop.Sports.Phys.Ther.*, v. 13, n. 5, p.220-5,1991
4. Onel, D., Tuzlaci, M.; Sari, H.; Demir, K. Computed tomographic investigation of the effect of traction on lumbar disc herniations. *Spine*, v.14, n. 1, p.82-90, 1989.
5. Saal, J. A.; Saal, J. S. The nonoperative treatment of herniated nucleus pulposus with radiculopathy : an outcome study. *Spine*, v. 14, n. 4, p. 431-7, 1989.
6. Saal, J. A., Saal, J. S., Herzog, G, R. J. The natural history of lumbar intervertebral disc extrusions treated nonoperatively. *Spine*, v. 15, n. 7, p.683-6, 1990.
7. Souchard, P. E. As cadeias musculares e suas posturas. *Reed. Post. Glob.*, n. 10, p.32-4, 1985.
8. Tesio, L. , Merlo, A. Autotraction versus passive traction : An open controlled study in lumbar disc herniation. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, v. 74, n. 8, p. 871- 6,1993.
9. Weber. H. Lumbar disc herniation : a controlled, prospective study with ten years of observation. *Spine*, v. 8, n. 2, p.131-40, 1983.
10. Weinstein, J. N., Wiesel, S. W. *The lumbar spine*. Philadelphia : W.B. Saunders, 1990. p.399-421. (Surgical indications and techniques)

Recebido para publicação : 12/05/95

Aceito para publicação : 20/06/95