

A Escoliose e suas Formas de Tratamento

? *Lucia Alves Vital Sampol

? ** Antonio Vital Sampol

*1–Fisioterapeuta formada UNIGRANRIO

** Professor Unifoa e Celso Lisboa na Disciplina de Órteses e Próteses

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo Informar o que é Escoliose, suas causas, classificação e formas de tratamento. A metodologia utilizada foi a revisão da literatura em livros. A conclusão do trabalho é que a fisioterapia tem evoluído através de suas técnicas manuais e associado ao uso do colete Milwalkee permitem um bom controle da curva escoliótica.

PALAVAS-CHAVE: Escoliose, Idiopática, Milwalkee.

INTRODUÇÃO

A escoliose é uma deformidade vertebral muito comum e de grande importância social. A escoliose afeta principalmente as adolescentes do sexo feminino, é uma idade em que origina verdadeiros problemas psicológicos, pois pode desenvolver-se previamente sadias, sem que até a presente data conheça-se a causa da maioria dos casos.

Sabe-se pelas pinturas cupestes da idade da pedra, que existe escoliose desde os tempos mais remotos. Hipócrates foi o primeiro em utilizar o termo escoliose, embora que com este nome englobara todas as curvas raquidianas. Durante o século XVI, Pare descobriu as escolioses como são conhecidas hoje e já então utilizou couraças de ferro que aplicava nas costas dos doentes de deter a deformidade vertebral.

Nos anos seguintes o progresso ficou detido, até o final do século XIX, quando resurgiu grande vontade de conhecer a patogenia da lesão, coincidindo com o desenvolvimento da ciências morfológicas que deram como resultado descrições muito preciosas da anatomia patológica das curvas.

Em 1946, Blount e Schmidt, desenharam o colete de Milwaukee, o qual continua sendo a base do tratamento não cirúrgico da escoliose (Pericé e col, 1989).

O que é Escoliose?

É um desvio da coluna no plano frontal acompanhado de uma rotação e de uma gibosidade. (Dimeglio, 1990)

A escoliose é uma deformidade vertebral de diversas origens. Apesar de que seu aspecto físico pode ser parecido. As escolioses de um ou outro grupo etiológico podem ter prognósticos muito diferentes, pela distinta progressividade e gravidade de suas curvas (Pericé e col, 1989)

Para melhor entender a definição de uma escoliose é preciso opô-la à atitude escoliotica:

- a) sem gibosidade
- b) sem rotação vertebral

A atitude escoliótica deve-se, em 8 entre 10 casos, a uma desigualdade de comprimento dos membros e desaparece com o paciente na posição horizontal (Dimeglio, 1990)

Quando pensar na possibilidade de escoliose?

- 1) na puberdade
 - a) Exame sistemático das costas de toda criança
- 2) Diante de antecedente familiar
- 3) Diante de qualquer:
 - a) assimetria dos ombros
 - b) obliquidade da bacia
 - c) Impressão de membros muito curtos
 - d) Assimetria dos flancos (Dimeglio, 1990)
- 4) Diante de uma cifose, de uma deformidade torácica
- 5) Diante da criança que se equilibra mal (Dimeglio, 1990)

Quais são as causas?

1) **Idiopática:** 75% dos casos. Existem diversos tipos de escoliose. Felizmente, a maioria é rara. O tipo habitual é a " Escoliose Idiopática", assim chamada porque se desconhece sua causa.

- a) Um caso em quatro é de origem familiar
- b) Apesar de sua frequência, este diagnóstico não deve ser o primeiro a ser admitido. Devese considerar a escoliose, quando associada a outro sinal clínico, qualquer que seja, como podendo não ser uma escoliose idiopática. (Dimeglio, 1990)

2) Congênita: 10% dos casos

- a) secundariamente por uma má formação raquidiana presente ao nascimento . Diante de toda escoliose congênita é preciso procurar outras más formações: rins(urografia escretora sistemática, 20% de más formações urinárias). Coração, surdez. (Dimeglio, 1990)

3) Paralítica:

- a) A poliomielite diferencia as escoliose torácicas, que diminuem a capacidade respiratória das escolioses lombares, que criam condições para uma bacia oblíqua e ameaçam o quadril.
- b) A enfermidade motora cerebral principalmente em crianças de cama, principalmente em crianças quadriplégicas.
- c) Miopatia: o risco de escoliose aumenta quando a criança fica de cama
- d) A espinha bífida
- e) A artroglipose(Dimeglio, 1990)

4) Outras causas:

- a) Doença neurológica: Charcot Mari, Recklinghausen, Friedreich
- b) Doença cromossômica: Trissomia 21
- c) Síndromes raras: Ehlers Danlos, willi prader

d) Toxogenica: depois de uma intervenção na caixa torácica(Dimeglio, 1990)

CURVATURA DA COLUNA VERTEBRAL

Posteriormente a coluna vertebral é vertical, mantendo o alinhamento quando o indivíduo flete o tronco. De perfil a coluna apresenta curvas fisiológicas anteriores e posteriores.

As curvas fisiológicas permitem que a coluna aumente a sua flexibilidade e a capacidade de absorver os choques, enquanto mantém a tensão e estabilidade adequada das articulações intervertebrais.

Quando aumentamos ou eliminamos as curvaturas fisiológicas da nossa coluna, estamos nos pré dispondo aos riscos de dor nas costas, podendo haver uma contratura muscular (HALL, 2000).

Classificação:

1) Escoliose não estruturadas:

- a) Escolioses posturais: freqüentes em adolescentes, as curvas são leves e desaparecem por completo com a flexão da coluna vertebral ou bem com o decúbito.
- b) Escolioses secundárias e dismetria: a diferente longitude dos membros inferiores levam a uma obliquidade pélvica e secundariamente a uma curva vertebral. A curva desaparece quando o paciente sentase ou ao compensar a dismetria com a alça do sapato correspondente.

2) Escoliose estruturada transitoriamente:

- a) Escoliose ciática: secundária a uma hérnia discal, pela irritação das raízes nervosas. Com a cura da lesão desaparece a curva
- b) Escoliose histérica: requer tratamento psiquiátrico
- c) Escoliose inflamatória: em casos de apendicite e bem abscessos perinefrítico

3) Escoliose estruturada:

- a) Escoliose idiopática: hereditária na maioria dos casos. Provavelmente se trata de uma herança multifatorial. É o grupo mais freqüente das escolioses. Segundo a idade de aparição há três tipos:

^a1) infantil – antes dos três anos de idade (Pericé, e col, 1989)

- e) Geramente são muito graves, pois ao final do crescimento podem vir a apresentar uma angulação superior a 100 graus(Dimeglio, 1990).

a,2) Juvenil desde os três até os 10 anos(Pericé, e col, 1989)

Escoliose juvenil I entre 3 a 7 anos, escoliose juvenil II, entre 7 e 11 anos, escoliose juvenil III, entre 11 e a primeira menstruação(Dimeglio, 1990).

^a3) do adolescente: desde os 10 anos até a maturidade(Pericé, e col, 1989)

Após a primeira menstruação e ao final da puberdade antes da maturidade óssea completa(Dimeglio, 1990).

- b) Escoliose congênita: provavelmente não é hereditária, se não o resultado de uma alteração ocorrida no período embrionário – tipos: (Pericé, e col, 1989)

b.1) Defeito de forma vertebral

b.2) vértebra em cunha

b.3) Hemivertébra

b.4) Defeito de segmento vertebral

b.5) Unilateral (barra)

b.6) Bilateral (bloco vertebral)

b.7) Funções costais congênitas

c) b.8) Complexas (Pericé, e col, 1989)

Tratamento Conservador:

A escoliose é uma das lesões de mais difícil tratamento. A variação no desenvolvimento e progressão de cada curva vertebral em cada idade faz desta afecção um tema complexo, que exige do cirurgião especializado conhecimentos muito específicos a fim de poder oferecer a cada paciente o tratamento mais eficaz no momento ideal (Pericé, e col, 1989)

O objetivo da escoliose estruturada consiste principalmente em prevenir o avanço da deformidade.

Não há que se esquecer que a escoliose estruturada é sempre progressiva durante os anos de desenvolvimento ósseo, especialmente durante o crescimento repentino da préadolescência.

O melhor tratamento da escoliose consiste na sua determinação precoce. Tratando as curvas precocemente, sem esperar que se volte rígidas e acelere-se sua progressão, poder-se-á, em muitos casos, evitar a cirurgia.

Durante muito tempo tem-se acreditado que a escoliose era o resultado de um desequilíbrio muscular que poderia corrigir-se por meio de uma fisioterapia, em forma de exercícios de reforço da musculatura do tronco.

d) Um programa de exercícios específicos em combinação com um colete dá muita flexibilidade às curvas e facilita sua correção (Pericé, e col, 1989).

Indicação do Colete Milwaukee

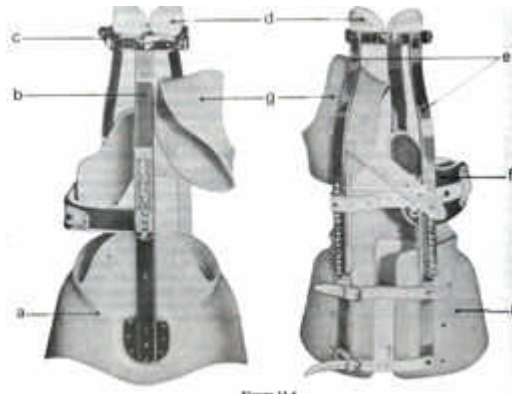
Idealizado em 1957 por Blount, permite, através de uma força corretiva, uma atuação constante de distração, sem impedir as atividades e os exercícios do usuário.

As indicações mais claras do colete de Milwaukee são as curvas flexíveis e de mediana intensidade (20° a 40°) do adolescente. A partir dos

40° duvida-se da efetividade do colete. A partir dos 60° as curvas devem sempre ser operadas(Pericé, e col, 1989).

O colete deve ser usado 23 horas por dia; há uma hora para a realização de exercícios e higiene. O tempo de uso, em anos, depende da regressão da curvatura. A retirada definitiva do colete deve ser gradativa, até que o emprego da órtese seja somente no período noturno, até o amadurecimento do esqueleto.

Este aparelho permite, através de almofadas, corrigir as deformidades das escápulas, costelas e ombros. Seus apoios são na espinha ilíaca, no queixo e occiput, nas escolioses torácicas



Colete Milwaukee utilizado para correção da escoliose entre 20 a 30 graus

CONCLUSÃO

A Escoliose é um problema comum, que geralmente requer somente observação com exames regulares durante os anos de crescimento do indivíduo. A detecção da Escoliose logo em seu estágio inicial é muito importante para assegurar a não progressão da curva. É relativamente pequeno o número de casos que necessitam de intervenção médica, pois os avanços em técnicas modernas de ortopedia tem tornado a Escoliose uma condição altamente controlável.

A fisioterapia com suas variadas técnicas manuais tem permitido uma excelente evolução dos pacientes que apresentam o quadro de escoliose e que quando sua angulação alcança parâmetros acima de 20 graus, se faz necessário o uso de colete milwalkee que facilitará o controle da curva e melhor evolução do tratamento fisioterapêutico

BIBLIOGRAFIA

1. Dimeglio, A. Ortopedia Pediátrica, São Paulo, Editora Santos, 1990
2. Hall, J.S., Biomecânica Básica, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2000
3. Pericé, R.V., Rimbau, O. C, Paloma, S.C., Órtese e prótese do aparelho locomotor coluna vertebral, Editora Santos, 1989



Tel: 0xx021 Cel 9688-1168
Email vitalsam@bol.com.br