

FISIOTERAPIA AQUÁTICA: UTILIZAÇÃO DO MÉTODO BAD RAGAZ E DO WATER PILATES EM ESPONDILITE ANQUILOSANTE: UM ESTUDO DE CASO

Bruno Gil Aldenucci¹

RESUMO

A hidroterapia é um recurso fisioterapêutico que é muito utilizado no tratamento de espondilite anquilosante. Existem diversos recursos e métodos aquáticos para desenvolver um tratamento para este tipo de patologia, e este estudo vem com o intuito de mostrar a eficácia de dois métodos.

O presente estudo foi realizado com um portador de Espondilite Anquilosante, utilizando goniometria e escala de dor como parâmetros de evolução. Foram realizados um total de 17 atendimentos utilizando os métodos bad ragaz e water pilates, onde o paciente mostrou significativa melhora da dor, três pontos na escala de dor, e ganho de movimento segundo tabela apresentada com os resultados da goniometria.

Palavras-Chave: Fisioterapia Aquática; Espondilite Anquilosante; Bad Ragaz; Water Pilates.

HYDROTHERAPY: USE OF THE METHOD BAD RAGAZ AND WATER PILATES IN ANKILOSING SPONDYLITIS: A CASE OF STUDY

ABSTRACT

Hydrotherapy is a very therapeutic resource used on the treatment of ankylosing spondylitis. There are many aquatic resources to develop a treatment for this disease and the purpose of this study is to show the efficacy of two rehabilitation methods.

This study made with Ankylosing Spondylitis porter, using movement amplitude and pain scale for evaluation. After 17 sessions using the bad ragaz and water pilates methods, the patient demonstrated significant improves, 3 point on pain scale and gain movement amplitude as presented table.

Keywords: Hydrotherapy; Ankylosing Spondylitis; Bad Ragaz; Water Pilates.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná. E-mail: brunoaldenucci@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A espondilite anquilosante também conhecida como doença de Bechterew era considerada como uma variante da artrite reumatóide até 1963. É definida como uma doença inflamatória crônica que acomete as articulações sacroilíacas em graus variáveis a coluna vertebral e, em menor extensão, as articulações periféricas¹. É predominante no sexo masculino de 3:1; nas mulheres o acometimento é mais periférico do que axial e é mais branda. A espondilite inicia-se entre a puberdade e os 35 anos, com pico em torno da segunda década².

Há uma predisposição genética, e está ligada direta ou indiretamente ao gene HLA B27³. Cerca de 90% dos portadores de espondilite anquilosante são HLA B27 positivos.

Os sintomas da doença são notados primeiramente no final da adolescência ou no início da idade adulta. O início após os quarenta anos de idade é raro⁴. Geralmente os pacientes se queixam de dor surda, de início insidioso, sentida em coluna lombar baixa e na parte inferior das nádegas, não bem localizada, acompanhada caracteristicamente de rigidez após o repouso e melhora com o exercício⁵.

Os locais mais acometidos pela patologia são junções costoverbrais, processos espinhosos, cristas ilíacas, grandes trocanteres, tuberosidades isquiáticas, tubérculos tibiais e calcânhares. Devido ao envolvimento da coluna dorsal e das articulações da caixa torácica uma dor torácica tipo pleurítica pode ser uma queixa principal⁶.

O portador de espondilite anquilosante pode estar suscetível a fraturas com pequenos traumas na coluna que se torna uma *peça única* e frágil, devido à osteoporose e a pouca elasticidade. A ossificação ligamentar torna a coluna instável e suscetível a fraturas com pequenos traumas⁷.

Sabe-se que 20% dos casos têm envolvimento articular periférico em algum tempo de sua doença, manifestando-se por dor, edema e aumento de temperatura⁴. O envolvimento é tipicamente assimétrico e com predominância em articulações proximais³.

No exame físico percebe-se diminuição da mobilidade espinhal, com limitação de flexão anterior e lateral, extensão da coluna e diminuição da expansibilidade torácica. Esse processo de limitação reflete espasmo secundário a dor e a inflamação. Os pacientes com capacidade vital abaixo de um litro podem ser tratados na piscina, mas deve-se ter um acompanhamento mais cuidadoso^{8,9}.

A postura do portador de espondilite sofre alterações características, existe perda da lordose lombar com atrofia muscular dos glúteos; a cifose torácica se acentua e ainda pode ocorrer um deslocamento anterior do pescoço. Se houver contratura dos quadris os joelhos se fletem para compensar. Essa postura típica é comumente chamada de postura espondilítica ou posição de esquiador. A rigidez da coluna dificulta a manutenção e o alinhamento do ortostatismo⁷.

A espondilite anquilosante apresenta como sintomas gerais febre, fadiga e perda de peso. Ainda pode apresentar manifestações oculares como uveíte e conjuntivite; manifestações pulmonares que podem simular uma tuberculose devido à fibrose em ápices pulmonares com o paciente apresentando tosse expectoração, dispnéia e hemoptise, nos casos de espondilites avançadas². Sabe-se que 10% dos pacientes com espondilite severa podem apresentar cardiomegalia e insuficiência aórtica. Manifestações renais também tem sido observadas nessa patologia, níveis séricos de IgA tem sido detectados em pacientes com espondilite, ainda tem sido descritos em pacientes com espondiloartropatia soronegativa nefropatias por IgA. Como manifestação neurológica a doença apresenta em um estágio avançado a síndrome da cauda equina; e como manifestação gastrointestinal tem-se encontrado sinais de envolvimento inflamatório do aparelho gastrointestinal⁴.

A dor ao nível das articulações sacroilíacas e da coluna lombar é a manifestação mais comum. No início, o paciente pode apresentar fases de melhora e de piora do quadro algico, podendo ficar livre dos sintomas por dias e até meses, mas com a completa instalação da doença a dor se torna diária. Os sintomas melhoram com o calor e a mobilização articular, piorando com

o repouso¹. Sendo assim a fisioterapia aquática é uma grande aliada à terapia do portador de espondilite anquilosante.

O diagnóstico da patologia se baseia em achados laboratoriais e radiológicos. O diagnóstico por imagem radiológica baseia-se no achado de alterações no esqueleto axial, tais como sacroilíte³. O teste para detecção do aloantígeno HLA B27 apresenta uma sensibilidade e uma especificidade de 92% para pacientes espondilíticos da raça branca³.

Fisioterapia aquática e Espondilite Anquilosante

A água pode ser usada de forma terapêutica em todas as suas formas¹⁰: sólida, líquida ou gasosa. A água aquecida à temperatura entre 30°C e 34°C, proporciona uma melhora de tensões e dores musculares, redução de espasmos que na espondilite anquilosante geram encurtamentos que levam a postura característica, e ainda promovendo um ambiente confortável para a prática de exercícios terapêuticos¹¹.

A compressão dos princípios físicos da água torna mais racional a aplicação do processo clínico, uma vez que as atividades aquáticas têm lugar em um ambiente aquático dinâmico⁶. A flutuação ou Princípio de Arquimedes, reduz a gravidade e ajuda no ganho de amplitudes, redução de atrofia muscular e melhora da função, o que pode acelerar o retorno ao trabalho e uma melhor qualidade de vida ao portador de espondilite anquilosante¹¹.

Existem ainda outros benefícios ligados à fisioterapia aquática que podem levar ao portador de espondilite anquilosante a uma melhor qualidade de vida, são eles: condicionamento muscular, o condicionamento cardiovascular e seus efeitos na imersão, sendo os mais importantes a bradicardia e a vasoconstrição periférica¹⁰.

As metas do tratamento aquático quando se têm a patologia em fase aguda é alívio da dor e do espasmo muscular; aumento da expansão pulmonar; manutenção das mobilidades articulares e estabelecimento de consciência do corpo e dos hábitos posturais¹². Na fase crônica deve-se seguir as mesmas metas do tratamento agudo, porém prestando atenção ao aumento de força muscular¹².

MÉTODOS

Este estudo foi realizado com paciente R. G. de 47 anos com diagnóstico clínico de espondilite anquilosante e diagnóstico fisioterapêutico de algia em região cervical e lombar, encurtamento muscular, diminuição de força e ADM.

Para desenvolver um programa de intervenção aquática, foram utilizados como referência os estudos de Israel¹³ que traz uma proposta de intervenção dividida em cinco fases. Ambientação compreende as habilidades aquáticas em que o paciente deve ter para seguir para a próxima fase. A fase domínio do meio líquido aprende-se as rotações; a fase relaxamento é conseguida através de flutuação e deslizamentos corporais; a fase de exercícios terapêuticos especializados, onde é utilizada a hidrocinesioterapia; e a fase de condicionamento orgânico global que compreende nados e outras atividades globais que podem indicar uma fase final do tratamento¹³. O Método Bad Ragaz e o Water Pilates foram utilizados na fase de exercícios terapêuticos especializados.

Na avaliação do paciente foi identificada goniometria de flexão anterior, flexão lateral e extensão de coluna lombar; flexão anterior, flexão lateral, extensão e rotação de coluna cervical e a dor antes e depois das sessões em uma escala de 0 a 10. Foram realizadas um total de 17 atendimentos de 30 minutos cada utilizando padrões do Método Bad Ragaz e exercícios do Water Pilates.

RESULTADOS

O paciente apresentou melhoras significativas na ADM dos movimentos de flexão de quadril, extensão de quadril, abdução de quadril, flexão de tronco, flexão cervical e extensão cervical, como pode ser observado na tabela 1.

Em relação à dor, no início dos atendimentos era de grau 5 em uma escala de 0 a 10 e no último atendimento esta foi reduzida para grau 2.

DISCUSSÃO

A espondilite anquilosante desencadeia certa limitação quanto às atividades do paciente devido à dor e a diminuição dos movimentos³. Cabe ao fisioterapeuta melhorar as condições deste, e retardar/evitar ao máximo as complicações, possibilitando a este paciente na suas atividades diárias, o máximo de funcionalidade.

Quando se tratando de espondilite anquilosante, qualquer ganho de ADM é de grande valia para o paciente, pois este além de possibilitar ao portador uma melhor condição mostra que esta patologia não está progredindo quanto às limitações, o que deve ser sempre um objetivo fisioterapêutico no tratamento neste tipo de espondiloatropatia¹⁴. Skinner e Thomson⁹ trazem como objetivo de tratamento a manutenção da mobilidade articular.

A espondilite anquilosante segue com um curso crônico por toda sua evolução, o que significa que o paciente em questão poderá chegar à terceira idade com severos graus de incapacidade¹¹. Com a utilização do Método Bad Ragaz e do Water Pilates podemos perceber, neste caso, além da manutenção da mobilidade articular, um ganho de amplitude. Utilizando goniometria percebe-se um ganho, significativo em alguns movimentos como flexão de cervical, extensão de cervical, flexão de tronco, flexão de quadril, extensão de quadril, abdução de quadril e adução de quadril.

A utilização da Fisioterapia Aquática demonstrou também um alívio significativo da dor percebemos uma queda de três pontos na escala da dor.

Percebeu-se ainda diminuição da dor com os relatos do paciente, este demonstrando satisfação em relação ao tratamento e relatando que suas dores diminuíram, melhorando o sono. Quanto à melhora dos movimentos, citou uma melhora ao nadar, conseguindo se movimentar mais livremente.

CONCLUSÃO

O tratamento fisioterapêutico têm trazido grande contribuição quanto à melhora dos portadores de espondiloatropatias. A fisioterapia aquática mostrou grande eficácia no tratamento destes, sendo na maioria dos casos uma indicação incontestável.

O Método Bad Ragaz e o Water Pilates mostraram resultados satisfatórios em pouco tempo.

Ainda há questões a serem estudadas sobre o tratamento com a fisioterapia aquática. Um estudo com mais pacientes, comparando métodos e formas de tratamento podem demonstrar qual é mais eficaz no alívio da dor e no ganho de ADM, sendo assim cada vez mais os tratamentos surtirão mais efeito.

REFERÊNCIAS

1. Moreira C, Carvalho MAP. Noções práticas de reumatologia. Belo horizonte: health, 1996.
2. Hassouni NH, Vargas RB. Ankylosing spondylitis and reactive arthritis in the developing world. Best practice & research clinical rheumatology, 22(4), 709–723, 2008.
3. Meirelles ES, Marcolino FM. Espondilite anquilosante. Revista brasileira médica, 48, 06-10, dez, 1991.
4. Skare TC. Reumatologia: princípios e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
5. Uhrin Z, Kuzis S, Ward MM. Exercise and changes in health status in patients with ankylosing spondylitis. Arch Inter Med. 160, 2969-75, 2000.
6. Sampaio-Barros PD, Rezende SM, Neto JFM, Muhib AS. Função pulmonar na espondilite anquilosante. Revista Brasileira de Reumatologia. 39(2), 87-90, mar.-abr, 1999.
7. Koopman WJ. Arthritis and allied conditions: a textbook of rheumatology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.
8. Oliveira APR, Freitas AM. Efeitos da intervenção fisioterapêutica nas habilidades funcionais e no equilíbrio de uma paciente com ataxia espinocerebelar: estudo de caso. Revista do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 13(3), 53-59, 2006.
9. Skinner AT, Thomson AM. Duffield: exercícios na água. São Paulo: Manole, 1985.
10. Ruoti G, Morris DM, Cole AJ. Reabilitação aquática. São Paulo: Manole, 2000.
11. Sass ML, Israel VL. Hidroterapia em espondilite anquilosante: um estudo de caso. Trabalho de conclusão de curso de fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2001.
12. Champion MR. Hidroterapia: princípios e prática. São Paulo: Manole, 2000.
13. Israel VL. Hidroterapia: tratamento do lesado medular em piscina terapêutica. Fisioterapia em movimento, Curitiba, 2(2), 39-43, 1995.
14. Hidding A, Van der Linden S and De Witte L. Therapeutic effects of individual physical therapy in ankylosing spondylitis related to duration of disease. Clinical Rheumatology, 12(3), 334-340, 1993.

Recebido em Novembro de 2009

Aceito em Janeiro de 2010

Publicado em Julho de 2010
