

Utilização de órteses na reabilitação de pacientes portadores de osteoporose vertebral

Marcelo Jesus Justino Ares*

A reabilitação na osteoporose tem como objetivos o alívio da dor, a preservação da integridade do esqueleto e a melhoria da mobilidade funcional.

Para atingir tais objetivos deve-se tomar medidas profiláticas (diminuição dos fatores de risco), promover melhoria do estado músculo esquelético e tratar as complicações decorrentes do avanço da patologia.

Em pacientes com osteoporose sintomática, a dor nas costas é geralmente a principal queixa, podendo ser aguda ou crônica.

Para o tratamento da dor aguda, geralmente causada por episódios recentes de fratura vertebral compressiva, é indicado inicialmente o repouso no leito, limitado no máximo a 1 ou 2 semanas, associado a um adequado posicionamento, promovendo relativa neutralidade na coluna e na pelve. Meios físicos também são muito úteis como o calor superficial, a massoterapia (para o espasmo muscular) e a estimulação elétrica transcutânea (TENS), além do arsenal farmacológico constituído por antiinflamatórios não-hormonais e analgésicos mais potentes, de curta duração, e pela calcitonina.

Se a dor persistir, apesar do repouso no leito e das medidas instituídas, está indicado o uso de órteses de suporte, permitindo que o paciente sente precocemente, prevenindo assim uma posterior atrofia por desuso, que ocorre com o repouso prolongado no leito.

Na osteoporose, as órteses vertebrais têm como principais objetivos: melhora postural, alívio da dor e estabilização das fraturas vertebrais compressivas. Sempre devem estar acompanhadas de um programa adequado e de intensidade crescente de exercícios constantes principalmente de alongamento muscular, exercícios isométricos em músculos abdominais e para-vertebrais executados com e sem aparelhos.

Em alguns casos, como em pacientes mais jovens, pode-se dar preferência a órteses totais ou bivalvadas rígidas em polipropileno promovendo maior eficácia no tratamento da dor. Porém, na grande maioria das vezes, são prescritas órteses lombo-sacras e órteses

* Médico Fisiatra - Divisão de Medicina de Reabilitação

Endereço para correspondência:

Rua Diderot, 43 - Vila Mariana - CEP - 04116-030 - São Paulo - SP, Brasil

TABELA 1
Utilização de órteses baseada no nível de fratura e no estágio funcional pré-mórbido

Nível de fratura	Função pré-mórbida	Órteses recomendadas
T1-T8	Alta	<ul style="list-style-type: none"> Rígidas: OCTLS, órtese de Taylor com faixas laterais, órtese de Knight-Taylor com extensor peitoral, órtese de Jewett com extensão cervical, OTLS com tiras e hastes rígidas. Semi-rígida: OTLS com tiras nos ombros.
T1-T8	Baixa	<ul style="list-style-type: none"> Rígidas: órtese de Jewett, CASH, TLS com hastes rígidas. Semi-rígidas: colete TLS com hastes flexíveis e tiras nos ombros.
T9-L3	Alta	<ul style="list-style-type: none"> Rígidas: colete moldado TLS, órtese de Taylor com hastes laterais, órtese de Jewett, Norton-Brown com suporte trocantérico, órteses com hastes rígidas. Semi-rígidas: órtese TLS com tiras nos ombros.
T9-L3	Baixa	<ul style="list-style-type: none"> Rígidas: Jewett, CASH, órtese TLS com hastes rígidas Semi-rígidas: órtese TLS com hastes flexíveis e tiras nos ombros; colete lombo-sacro
L4-S1	Alta	<ul style="list-style-type: none"> Rígidas: órtese TLS moldada com extensão para as coxas (com ou sem articulação em quadril), órtese TLS, órtese LS com flexão de quadril. Semi-rígida: órtese TLS com hastes flexíveis e tiras nos ombros, colete LS.
L4-S1	Baixa	<ul style="list-style-type: none"> Rígidas: colete TLS com hastes rígidas, colete total moldado ao corpo. Semi-rígidas: órtese TLS com hastes flexíveis, colete LS.

Alto: Independente na maioria das atividades de vida diária e independente na deambulação comunitária.

Baixo: Dependente na maioria das ANDS e pouca deambulação domiciliar.

OCTLS: Órtese cérvico-toraco-lombo-sacra

OTLS: Órtese toraco-lombo-sacra

OLS: Órtese lombo-sacra.

TABELA 2
Avaliação e Acompanhamento no Tratamento e Utilização de Órtese

1º Estágio:

- Tratamento da dor: Analgésicos, calcitonina, calor, massoterapia leve, repouso no leito.
- Posicionamento adequado no leito.
- Posição sentada com órtese ou colete.
- Exercícios para região torácica e lombar, com moderação na flexo-extensão.

2º Estágio:

- Tratamento medicamentoso visando aumentar atividades diárias.
- Posicionamento sentado com órteses, se necessário, adicionado de exercícios isométricos de extensão e abdominais na posição supina.
- Utilização de suporte dorsal se houver limitação significativa da mobilidade significativa pela dor.
- Radiografia de coluna toraco-lombar após 3-4 semanas (com e sem órtese); avaliar estabilidade, progressão e eficácia da órtese.

3º Estágio:

- Analgésicos leves.
- Aumentar atividade: manter exercícios em posição supina, acrescentando exercícios isométricos abdominais, extensores dorsais, alongamento de peitorais com amplitude de movimento limitada. Ênfase na orientação postural e fortalecimento de auxiliares.
- Utilização da órtese para aumentar períodos de atividade.
- Diminuir tempo total diário de utilização das órteses.

toraco-lombo-sacras leves ou até o suporte toraco-lombar com correias nos ombros. Outras órteses utilizadas são as órteses em hiperextensão anterior cruciforme (CASH) para fraturas toraco-lombares,

órtese de Jewett e Taylor (com melhor mobilidade, ambas toraco-lombo-sacras)

Em traumas torácicos altos, pouco frequentes e portanto alvos de poucos estudos, são

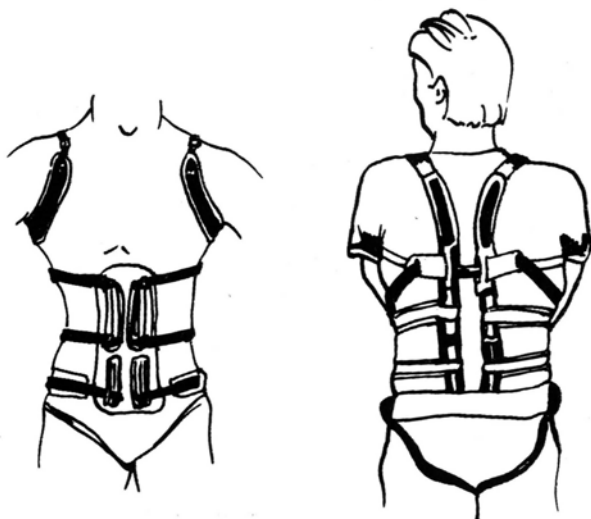


Figura 1
Suporte Dorsal de Taylor Alto

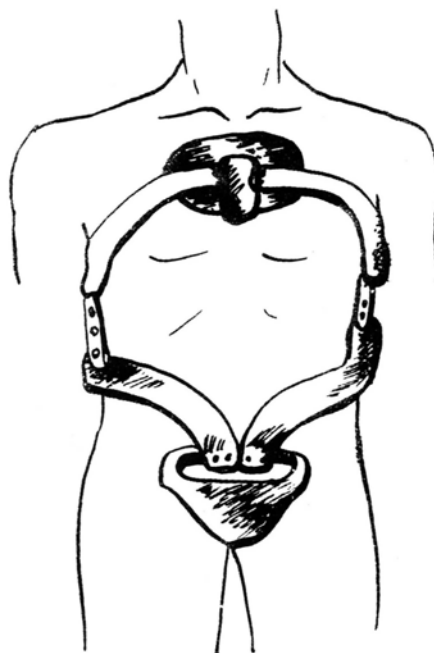


Figura 3
colete de Jewett



Figura 2
Suporte Dorsal de Taylor Baixo

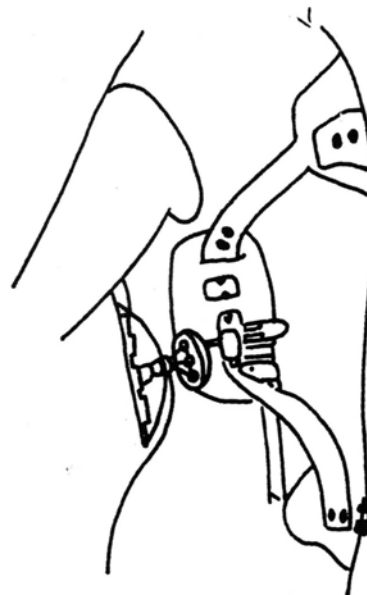


Figura 4
Colete de Jewett (Lateral)

indicadas órteses convencionais como as cérvico-toraco-lombo-sacras ou adaptadas, como a órtese de Jewett com extensão peitoral (ver Tabela 1).

Outra opção para casos mais livres e prevenção, objeto de recentes estudos, é a órtese anticifótica, constituída de faixas envolvendo a região peitoral e suportando um peso colocado na região dorsal, abaixo do ângulo inferior da escápula. Esse suporte exerce um contrabalanço

dorsal às forças compressivas anteriores da coluna e é também utilizado em conjunto com cinesioterapia para treino postural na osteoporose precoce (desencadeamento de mecanismos proprioceptivos).



Figura 5
Órtese Toraco-lombar Semirígida

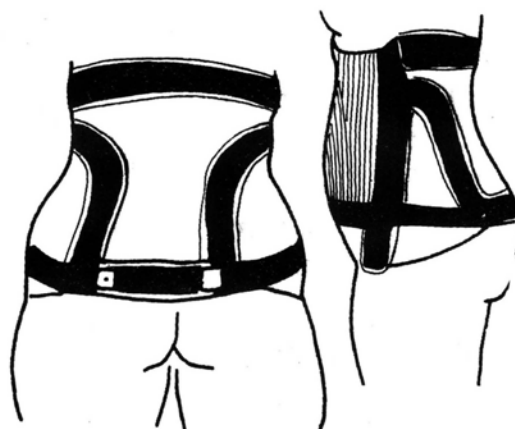


Figura 6
Órtese Lombar Rígida

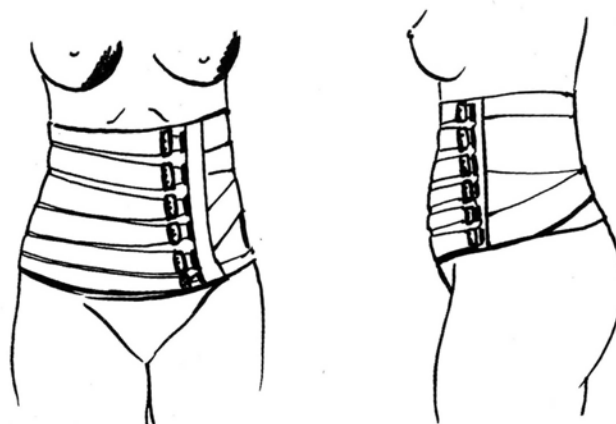


Figura 7
Suporte Lombo-sacro com
Faixa Ortopédica

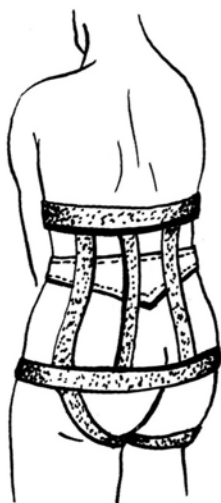


Figura 8
Suporte Toraco-Lombar Flexível

Tão importante como a utilização adequada da órtese são a sua indicação e prescrição. Para seleção apropriada da órtese, deve-se levar em conta o local de fratura vertebral e o nível funcional do paciente anterior à patologia, principalmente no que diz respeito às atividades de vida diária e à deambulação. Assim, sempre deve-se dar ênfase às órteses que corrijam, mesmo que parcialmente, a deformidade com alívio da dor e preservação da função.

Quanto à correção postural, ela pode ocorrer pela utilização da órtese mediante os seguintes mecanismos: evitando que o paciente adote

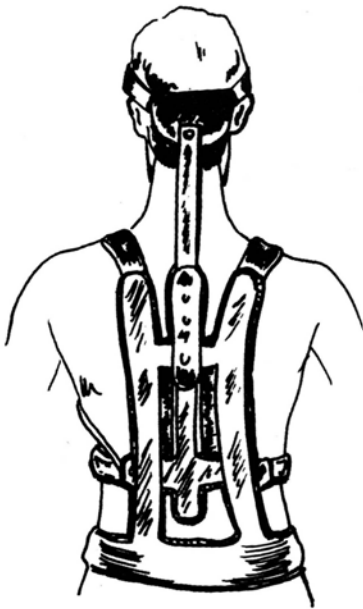


Figura 9
Órtese Cérvido-toraco-lombar

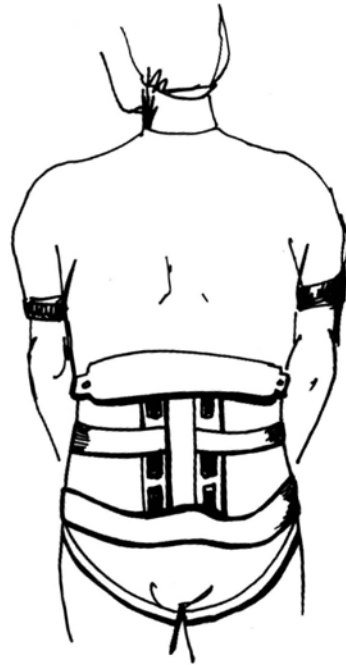


Figura 11
Órtese Knight Modificada

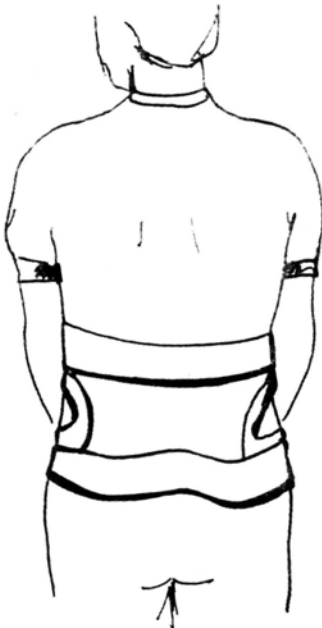


Figura 10
Órtese de Knight Lombo-sacra

posturas ou faça movimentos inadequados nas atividades diárias; prevenindo a postura cifótica; melhorando o quadro doloroso nos casos agudos e diminuindo o papel da fraqueza abdominal na postura cifótica.

Importante também, além da prescrição, são o manuseio, a evolução e o momento certo da retirada da órtese arsenal terapêutica, visto os efeitos deletérios da sua utilização prolongada no trofismo ósteo-muscular e no esquema corporal (ver Tabela 2).

Referências Bibliográficas

1. CIFUENTS, M.L. - Ortesis para la columna vertebral. In: Manual de Ortesis y Prótesis - 1986 pp 166-179.
2. SINAKI, M. - Musculoskeletal Rehabilitation.
3. TANNER, R.; MUELLER, M.; OSTERMANN, H. - Spinal Orthosis - Selective use in rehabilitation of vertebral osteoporosis. In: J. BACK Musculoskel Rehabilitation, 3(3), 44-56, 1993.