

ESPONDILOLISTESE



01. Definição:

Espondilólise=> “lesão de origem indeterminada, que se acredita ser causada por fratura por estresse na pars interarticularis (pedículo), que é particularmente vulnerável a forças repetitivas de flexão, extensão e rotação”, segundo **Standaert e Hering** - *Expert opinion and controversies in sports and musculoskeletal medicine: the diagnosis and treatment of spondylolysis in adolescent athletes* (Opinião Experiente e Controvérsias sobre esportes e medicina musculoesquelética no diagnóstico e tratamento da espondilólise em atletas adolescentes.). Em outras palavras, é a lesão causada pela fratura na vértebra ou mais frequentemente no pedículo vertebral.

“Geralmente o que acontece é que há um pequeno defeito congênito, uma soldadura incompleta, que com a prática esportiva, acaba rompendo-se, causando uma espondilolistese (espôndilo = vértebra, Lise = ruptura, listese = escorregamento). O importante é que mesmo nesses casos de grau [máximo] autores chamam atenção que se deve evitar operar os adolescentes com esse problema, devido ao crescimento posterior.” (www.herniadedisco.com.br).

Estudos experimentais nos mostram que, na presença de espondilólise, ocorre uma maior sobrecarga discal em resposta a todos os movimentos do segmento acometido. No nível L5/S1, especialmente no movimento rotacional, observa-se aumento de até 238% das forças. A **Figura 01.1** nos mostra o que ocorre na espondilólise.

Figura 01.1 – Espondilólise na coluna lombar.

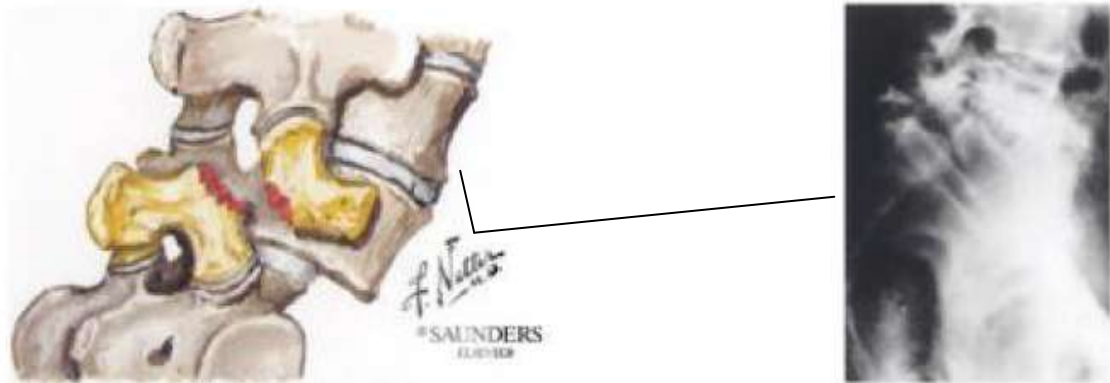


- **Sintomas**: os sintomas podem variar desde não sentir dor alguma até uma lombalgia crônica. Apesar desta dor não *impedir* a atividade física, *atrapalha*. Entretanto, certos casos da doença tornam-na incapacitante, inclusive alterando a qualidade de vida do atleta. A vértebra mais freqüentemente acometida é a L5. Aproximadamente 50% dos atletas da equipe olímpica de 1996, de ginástica olímpica dos EUA, tiveram esse diagnóstico.
- **Diagnóstico e Exame***:
 - Radiografias simples;
 - Tomografias que visualizem o pedículo vertebral;

Espondilolistese=> “deslizamento de um corpo vertebral no sentido anterior, posterior ou lateral em relação à vértebra de baixo” (segundo site ITC Vertebral). Sintomas: dor na região lombar que se irradia por todo nervo ciático, causando dor nas pernas ao caminhar e formigamento. Pode levar a um

encurtamento dos músculos posteriores do MI, perda de força e coordenação dos movimentos e até incapacidade de andar. A **Figura 01.2** nos mostra o que ocorre na espondilolistese.

Figura 01.2 – espondilolistese da coluna lombar:



- **Classificação**: classificação de Wiltse e Bradford – **01. Displástica**: Anomalia da porção superior do sacro ou do arco de L5; **02. Ístímicca**: Lesão do istmo vertebral por fratura de fadiga; **03. Degenerativa**: Secundária a processo degenerativo do disco ou articulação intervertebral posterior; **04. Traumática**: Fratura aguda do arco posterior da vértebra; e **05. Patológica**: Enfermidade óssea que acomete o arco posterior (tumor ósseo, etc);
- **Sintomas**:
 - Dor Lombar;
 - Dor irradiada (dor Ciática);
 - Dor nas pernas ao caminhar;
 - Formigamento;

- Encurtamento dos músculos posteriores das pernas (Cadeia Posterior);
- Perda de força e coordenação dos movimentos;
- Incapacidade de andar;

* Quando o grau de espondilolistese é máximo (L5 encontra-se completamente à frente do sacro) pode ser chamada de **espondiloptose**.

02. Diagnóstico e Tratamento

Espondilólise=> Como já foi comentado, o diagnóstico pode ser feito por radiografias simples e tomografias que visualizam esse pedículo, o qual parece fraturado. Já o tratamento pode é feito, em primeira instância, com fisioterapia, podendo-se utilizar de *fisioterapia convencional, técnicas de terapia manual, exercícios de estabilização vertebral, Hidroterapia, RPG e Pilates*.

O tratamento fisioterápico se orienta pelo defeito do pedículo. Se existir uma distância inferior a 3mm deve ser tratado com colete, durante 3 a 4 meses, associado ao afastamento das atividades físicas. Se, entretanto, o defeito for superior a 3mm, a probabilidade de fusão com colete é menor e deve ser considerada a fusão cirúrgica. O importante é que mesmo nos casos de máximo grau (espondiloptose), muitos adolescentes e atletas não têm sintomas, mas, geralmente são atletas de baixa qualidade. Os autores chamam atenção que se deve evitar operar os adolescentes com esse problema, devido ao crescimento posterior. Os atletas que precisam ser operados, pois sentem muitas dores na sua prática esportiva devem ser alertados que deixarão de ser competitivos, pois a cirurgia é feita com enxerto ósseo, placas ou amarras com fios, que deixam esse

segmento da coluna lombar sem dor, mas, imobilizado. S. J. Lipson, ortopedista, da famosa Harvard Medical School, de Boston, argumenta que talvez fosse melhor praticar os esportes com menor intensidade, usando uma cinta protetora do que frustrar as expectativas futuras com a realização de uma cirurgia local com todos os riscos.

Espondilolistese=> O diagnóstico pode ser feito através de Raios X e Ressonância Magnética. O tratamento segue os mesmos padrões da espondilólise, associando-se medicações (Antiinflamatórios, relaxantes musculares, analgésicos, etc), acupuntura e reabilitação muscular. Caso haja ineficácia de todos estes, o tratamento cirúrgico se faz obrigatório. Um exame físico completo revela muito sobre a saúde e condições físicas do paciente. O fisioterapeuta desejará saber quando foi notada pela primeira vez, a progressão no passado e outros sintomas relativos observados pelo paciente. O exame proporciona uma base a partir da qual o fisioterapeuta pode medir a evolução do paciente durante o tratamento. O exame físico pode incluir: **01. Palpação**, para determinar anormalidades na coluna pelo toque; **02. alcance** do movimento, para medir o grau de extensão que o paciente consegue alcançar com relação a movimentos de flexão, extensão, curvatura lateral e rotação da coluna. A assimetria também é observada. A avaliação neurológica também se faz importante. Inclui uma análise dos seguintes sintomas: dor, adormecimento, parestesia, sensação nas extremidades e função motora, espasmo muscular, fraqueza e alterações nos intestinos/bexiga.

Espondiloartrose (Osteoartrose da coluna)=> “processo degenerativo que atinge as articulações diartrodiais. Incide predominantemente no sexo feminino, na idade adulta entre 4ª e 5ª décadas e no período da menopausa. Do ponto de vista histológico caracteriza-se por alterações da cartilagem articular que perde a viscoelasticidade natural, dando origem a focos "amolecimento" na

superfície cartilaginosa que se deprime tomando-se descontínua pelo aparecimento de "zonas de fibrilação" que provocam reação do osso subcondral que se condensa nas áreas de pressão (esclerose) e prolifera junto às bordas da articulação (osteofitose). A etiologia da osteoartrose primária permanece desconhecida. Nos estágios finais, a cartilagem desaparece quase completamente da superfície articular e o osso permanece em contato direto com a superfície articular da junta adjacente com conseqüente perda da sua conformação natural e grave limitação. O "stress" contínuo sobre a cartilagem comprometida tende a perpetuar o processo. No entanto, o mecanismo exato como essa extensa degradação ocorre não é ainda completamente conhecido nem compreendido. Suas manifestações clínicas são: 01. Dor articular, 02. Rigidez, 03. Sensação parestésica de MMSS e MMII, 04. Limitação e deformidades. Dor é o principal sintoma da osteoartrose. Geralmente é acompanhada de "intumescimento" e rigidez articular." (site FisioWeb WGate).

- **Osteoartrose na Coluna**

- **Diagnóstico**

O diagnóstico da AO baseia-se em achados clínicos e radiológicos. Os exames de laboratório raramente apresentam alterações de importância; a velocidade de hemossedimentação pode estar discretamente elevada.

- **Radiologia**

Permite o reconhecimento dos achados macroscópicos. Kellgren estabeleceu critérios radiológicos para o diagnóstico da AO:

- Presença de osteófitos;
- Diminuição do espaço articular;
- Esclerose subcondral;

➤ **Deformidades**

É necessário ter presente que a identificação de alguma das alterações radiológicas citadas não significa necessariamente que o paciente apresente quadro clínico, uma vez que existe dissociação clínico-radiológica em aproximadamente 40% dos casos.

➤ **Articulação Normal**

- 1) Osso subcondral;
- 2) Espaço Articular;
- 3) Bordo ósseo;

➤ **Osteoartrose**

- 1) Esclerose subcondral;
- 2) Redução de espaço;
- 3) Osteófito;

➤ **Tratamento**

É basicamente sintomático dirigido principalmente para o alívio da dor e da inflamação secundária. Todo o tratamento deve ser individualizado dentro dos seguintes parâmetros: Educação e apoio

que visa esclarecer o paciente a respeito de: 01. Controle do peso, 02. Adequação de hábitos desportivos e atividades profissionais e atividades do dia a dia e 03. Controle do excessivo estresse articular. **Terapêutica não medicamentosa** - pela aplicação de fisioterapia, (cinesioterapia e hidroterapia, calor etc). **Terapêutica medicamentosa** - pela prescrição e indicação de antiinflamatórios não hormonais. **Tratamento cirúrgico** - indicado nos casos de graves deformidades articulares incapacitantes, onde o tratamento fisioterápico não resolve. A **Figura 02.1** mostrará o que ocorre na Espondiloartrose:

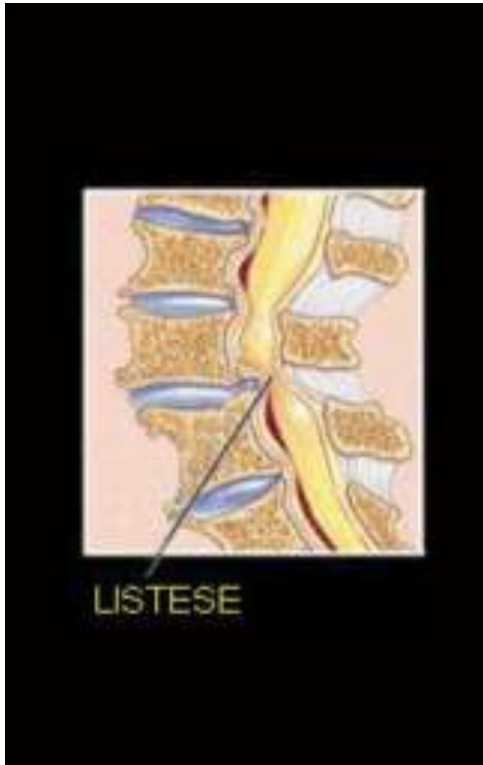
Figura 02.1 – Espondiloartrose (Osteoartrose) na coluna vertebral:



A. Coluna cervical.



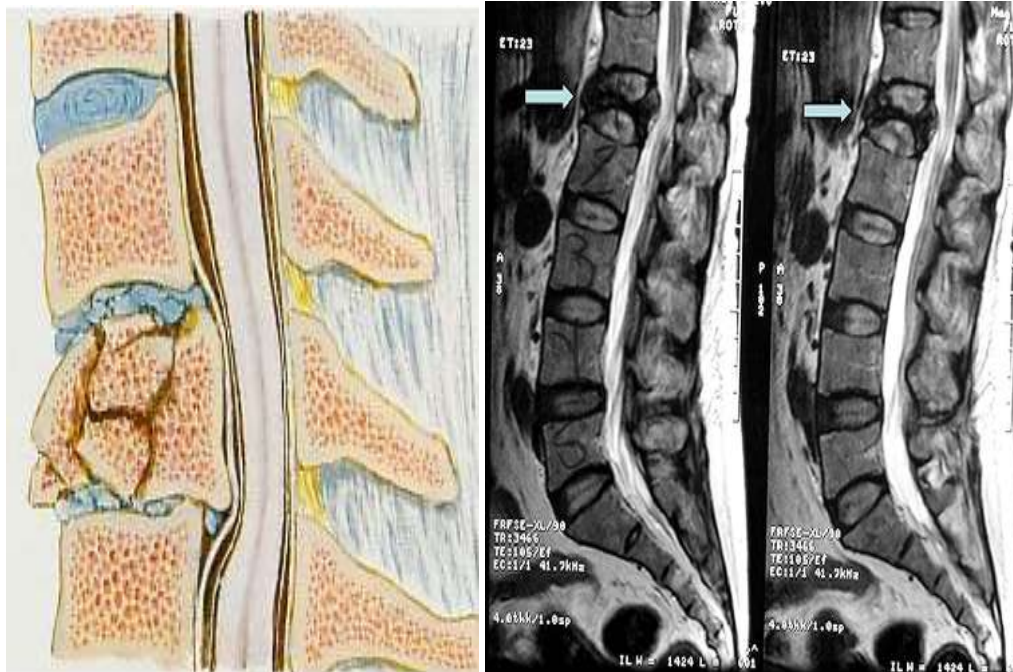
B. Coluna Lombar (Ressonância).











Referências:

- **Publicações:**

1. **STANDAERT-HERING** - Expert opinion and controversies in sports and musculoskeletal medicine: the diagnosis and treatment of spondylolysis in adolescent athletes (Opinião Experiente e Controvérsias sobre esportes e medicina musculoesquelética no diagnóstico e tratamento da espondilólise em atletas adolescentes.), Arch Phys Med Rehabil. 2007;88(4):537-40;
2. **NETTER, Frank** – Ortopedia, Masson AS, 200, Barcelona, Espanha;
3. **FONTES, Bruno Pinto Coelho, et al** – Tratamento da espondilólise sintomática com reparo direto pela técnica de Buck modificada; Coluna/Columna 2009,8(1): 32-37;

- **Sites:**

1. www.herniadedisco.com.br
2. www.wgate.com.br/fisioweb