



5º Congresso de Pós-Graduação

EVOLUÇÃO FUNCIONAL DE UM PACIENTE PORTADOR DE PARESIA DO NERVO FIBULAR COMUM APÓS TÉCNICA MANIPULATIVA DE ALTA VELOCIDADE

Autor(es)

IURI FELIPPE DE FREITAS

Orientador(es)

Marcial Zanelli de Souza

1. Introdução

No campo da Fisioterapia, as lesões nervosas representam uma problemática específica, ainda que, muitas vezes, estejam associadas a lesões musculares e/ou articulares. A importância da identificação de lesões nervosas decorre da especificidade do tratamento que as mesmas demandam, tratamento que pode exigir procedimentos de manipulação muito localizados. As neuropatias resultantes de compressão mecânica causam desmielinização focal e degeneração axônica secundária. Dependendo da localização e gravidade da lesão, pode ocorrer degeneração do axônio ou mesmo a morte celular. O nervo fibular comum, assim como muitos nervos periféricos superficiais, estão sujeitos a síndromes compressivas, porém sua ocorrência é um fenômeno incomum (SUNDERLAND, S, 1951; GALI, MEIRELLES, 1999). Hammer (2003) relatou que, embora as lesões de compressão sejam incomuns, há áreas definidas onde estas lesões podem ocorrer e responder aos métodos manuais. As áreas de envolvimento ocorrem com frequência onde um nervo muda de direção ou sobre uma saliência óssea. Nesses casos, as queixas principais são dor, disestesias e possível fraqueza. Segundo Ricard e Salle (2002), as lesões de posterioridade da articulação tibiofibular são produzidas por uma força de abdução do tornozelo que força a fíbula para cima, para dentro e para trás, podendo gerar compressão mecânica sobre o nervo fibular comum. Greenman (1996) relata que a articulação tibiofibular proximal possui um deslizamento antero-posterior e é influenciado pela ação da inserção do músculo bíceps da coxa na cabeça da fíbula, essa articulação pode apresentar uma restrição tanto anterior quanto posteriormente portanto, a restauração do deslizamento antero-posterior e sua relação normal podem constituir metas do tratamento fisioterapêutico, favorecendo a restauração funcional do segmento abordado.

2. Objetivos

O objetivo deste estudo foi relatar o caso de um indivíduo que apresentou fraqueza súbita dos músculos dorsiflexores após um mecanismo traumático sobre o complexo articular tibio-fibular e sua concomitante evolução funcional após tratamento por métodos manuais.

3. Desenvolvimento

O caso estudado refere-se ao indivíduo (KC) do sexo masculino, com 51 anos, professor de educação física, praticante de atividade física e ausência de qualquer queixa relatada na região até o momento. O mesmo sofreu trauma por esforço após subir em uma árvore, onde ficou por um longo tempo com o pé direito apoiado em uma fúrcula, onde este se mantinha em eversão com apoio constante sobre o maléolo lateral. Nessa situação, o paciente sentiu leve dor no momento, mas com melhora subsequente. Após alguns dias observou que tinha dificuldades de manter o antepé em elevação durante exercícios de sua prática diária. Além disso, percebeu uma leve alteração na marcha durante a transição do choque do calcanhar com a acomodação, pois o antepé impactava ao chão com uma força maior do que o contralateral. O diagnóstico funcional foi estabelecido pela história clínica, exame físico, teste de mobilidade artrocinemática das articulações tibio-fibulares (GREENMAN, 1996), exame de marcha (MAGGE, 2002), provas de função muscular (DANIELS, 1996), Escala Analógica Visual (EVA) (MAGGE, 2002), testes especiais: Leasegue e Slump Test (BUTLER, 2003) e de sensibilidade: Tátil superficial e profundo (BUTLER, 2003). A partir do diagnóstico artrocinemático, passou-se à manipulação, onde foi usada uma técnica de manipulação articular em alta velocidade na articulação tibiofibular proximal, para lesão de posterioridade da cabeça da fíbula. O paciente foi colocado em decúbito lateral sobre o lado sã, com o lado patológico o joelho fletido a 90°, em ligeira rotação externa, repousando sobre a outra perna. Nessa situação, o fisioterapeuta coloca seu pisiforme da mão direita sobre a parte posterior da cabeça da fíbula e o pisiforme contralateral sobre a parte anterior da extremidade inferior da fíbula. O thrust consiste em realizar simultaneamente um cisalhamento em sentido oposto (GREENMAN, 1996). O paciente foi submetido a apenas um procedimento de manipulação. Após a técnica manipulativa, o paciente foi reavaliado pelos mesmos testes funcionais.

4. Resultados

Após o tratamento manipulativo, que resumiu-se em uma sessão, o paciente foi reavaliado em posição ortostática, solicitando apoio somente sobre os calcanhares. A melhora foi imediata, pois este conseguiu executar a manobra com perfeição. Foi realizada também prova de função muscular sendo constatado que o desempenho melhorou do grau 3 para grau 5 em todos os grupos musculares anteriormente avaliados. Quanto a análise da marcha, foi observado sincronia em todas as fases, principalmente após o contato do calcanhar, onde o choque do médio pé era maior devido a fraqueza dos dorsiflexores. O Paciente foi reavaliado em períodos intercalados, isto é, após uma semana, um mês e três meses não sendo verificado nenhum comprometimento funcional semelhante ao antes relatado. Traumas ligamentares laterais, tecido fibroso pós-traumático, bandas fibrosas, irritação mecânica na cabeça da fíbula e traumas com tração na fossa poplíteia são também causas comuns da lesão desse nervo (BROTTO, 1999). Stack et al e Clark referem que a recuperação da paralisia depende do tempo em que o nervo ficou comprometido. Assim como outros autores sugerem, o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais. Johnston e Howel (1999) relataram que, em seus oito casos de compressão do nervo fibular superficial, todas as medidas conservadoras foram utilizadas sem sucesso, antes da indicação cirúrgica. Na bibliografia especializada pesquisada não se encontrou descrição de casos específicos estabelecendo a relação das alterações artrocinemáticas da articulação tibiofibular com déficits funcionais do nervo fibular comum, tampouco foram encontrados relatos de tratamentos que abordassem o tratamento manipulativo nestes casos. No caso descrito, após a sessão do tratamento manipulativo, o paciente obteve normalização dos achados físicos anteriormente detectados, mantendo-se desta forma nos períodos de follow up avaliados.

5. Considerações Finais

Os resultados apresentados, no caso descrito, são sugestivos de que o uso do tratamento manipulativo para a restauração da mobilidade artrocinemática da cabeça da fíbula foi eficaz na normalização dos déficits motores referentes ao nervo fibular. Conclui-se também que pouca descrição existe na literatura sobre os aspectos pesquisados neste trabalho, indicando a necessidade da exploração do assunto em novas pesquisas com números maiores de casos.

Referências Bibliográficas

BROTTO, M.W.I.: Neuropatias focais ocupacionais e esportivas. **Revista de Medicina. Departamento científico do Centro Acadêmico Osvaldo Cruz – FMUSP**, São Paulo, p.163-167, 1999.

BUTLER, DS.: **Mobilização do Sistema Nervoso: Teste de Tensão – Membros Inferiores e tronco**. Barueri: Editora Manole, 2003. p.130-132.

CLARK, N.: Ganglion of the lateral popliteal nerve. **J Bone Joint Surg**, Edinburgh, Scotland, v.43, n.4, p.778-783, Nov1961.

DAGHINO, W.; PASQUALI, M.; FALETTI, C.: Superficial peroneal nerve entrapment in a young athlete: the diagnostic contribution of magnetic resonance imaging. **J Foot Ankle Surg**, Baltimore, v.36, n.3, p.170-172, Dec1997.

DANIELS.; WORTHINGHAM.: **Provas de Função Muscular: Técnicas de Exame Manual**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro. 1996, p.219-225.

GALLI, J.C.; MEIRELLES JR, J.S.: Compressão pós-traumática do nervo fibular superficial. **Rev Bras Ortop**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p. 401-404, Jun. 1999.

GREENMAN, PE.:**Princípios da Medicina Manual: Extremidade inferior**. Editora Manole, Barueri, 2001. p.430-431.

HAMMER IW.: **Exame Funcional dos Tecidos Moles e Tratamento por Métodos Manuais**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 544p.

JOHNSTON, E.C.; HOWELL, S.J.: Tension neuropathy of the superficial peroneal nerve: associated conditions and results of release. **Foot Ankle Int**, v.20, n.9, p.576-582, Sep. 1999.

LOWDOM, I.R.: Superficial peroneal nerve entrapment. A case report. **J Bone Joint Surg**, England, n.67, p.58-59, 1985.

MAGGE, DJ.: **Avaliação Musculoesquelética: Princípios e Conceitos**. Editora Manole, Barueri, 2002. p.5-6.

MAGGE, DJ.: **Avaliação Musculoesquelética: Coluna Lombar**. Editora Manole, Barueri, 2002. p. 403-405.

MAININE, S.et al: Compressão do nervo fibular comum por cisto sinovial –Relato de caso. **Rev Bras Ortop**, Rio de Janeiro, v.32, n.1, P. 79-81, Jan. 1997.

PARKERS, A.: Intranural ganglion of the lateral popliteal nerve. **J Bone Joint Surg**, Glasgow, Scotland, n. 43-B, v.4, p.784-790, Nov. 1961.

SATHLER, M.: Síndrome de compressão do nervo fibular superficial. Descrição de um caso bilateral. **Rev Bras Neurol**, v.28, p. 75-77, Dec. 1992.

SEVERO, A.; CALIERON, L.G.; KUHN, A.: Compressão do nervo fibular comum por osteocondroma: **Rev Bras Ortop**, Rio de Janeiro, v.36, n.9, p.356-358, Set. 2001.

SUNDERLAND S.: A classification of peripheral nerve injuries producing loss of function. **Brain**, v.74, p.491-516, 1951.

STACK, R.; BIANCO, A.; MACCARTY, C.: Compression of the common peroneal nerve by ganglion cysts. **J Bone Joint Surg**. v.47, n.4, p.773-778, Jun. 1965.

STYF, J.; MORBERG, P.: The superficial peroneal tunnel syndrome. Results of treatment by decompression. **J Bone Joint Surg**, Gothenburg, Sweden, v.79-B, n.5, p.801-803, Sep. 1997.