

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA LESÃO DE LABRUM ACETABULAR: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

¹Luiz Lima de Camargo Junior, ¹Felipe Nunes Dionísio

¹Universidade Ibirapuera – UNIB
AV. Interlagos 1329 – chácara flora, São Paulo SP
luizlimacj@hotmail.com

Resumo

O objetivo desse estudo é realizar uma revisão sobre as estratégias fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da lesão de LLA - labrum acetabular, relacionada à traumas da articulação do quadril, degeneração, displasia acetabular, deformidades ósseas e atividades esportivas a partir de artigos no período de 2006 até 2016.

Palavras-chaves: Fisioterapia, quadril, impacto femoroacetabular.

Abstract

The aim of this study is to conduct a review of the physical therapeutic strategies used in the treatment of ALL of injury - acetabular labrum , related to the trauma of the hip joint , degeneration, acetabular dysplasia , bone deformities and sports activities from articles from 2006 to 2016.

Keywords: Physiotherapy, hip, acetabular labral tear.

1. INTRODUÇÃO

O acetábulo é uma superfície côncava, formada pelo ísquio, ílio e púbis que recebe a cabeça do fêmur que lhe permite uma articulação de amplos movimentos, em todos os planos. Esta articulação é do tipo esferoide, que possui um revestimento fibrocartilaginoso interno, chamado de labrum acetabular ou lábio do acetábulo, que está relacionado à estabilidade e propriocepção do quadril, envolvendo a periferia articular de maneira que a deixa mais segura pela pressão negativa. (Coradin et al., 2012).

Algumas anormalidades anatômicas podem comprometer o lábrum acetabular. Os três tipos de anormalidades ósseas que comprometem o labrum são: tipo cam, tipo pincer e misto. Tipo cam consiste no espessamento ósseo na região do colo cirúrgico. O Tipo pincer resulta na cobertura excessiva da cabeça femoral tornando-a mais côncava que o normal, ou seja, a fossa acetabular é mais profunda. A combinação de ambos é vista na prática clínica, sendo chamada de misto. O Contato anormal entre a cabeça femoral e o acetábulo resulta em estresse suprafisiológica que rasga o labrum acetabular, esse insulto mecânico repetitivo para os tecidos articulares, conduz à degeneração e desenvolvimento de osteoartrose de quadril. (Stephanie et al., 2015).

A lesão de labrum acetabular LLA está relacionada a traumas da articulação do quadril, degeneração, displasia acetabular e deformidades ósseas. Atividades esportivas com muitas repetições aumentam o impacto local, devido ao contato entre o fêmur proximal e a borda do acetábulo, o que pode impactar o lábio do acetábulo. Ela ocorre com mais frequência na porção anterior do quadril com movimentos de flexão ou rotação de quadril. Este acontecimento também pode ser chamado de choque ou impacto femoro-acetabular que é definido como: o encosto entre o fêmur proximal e a borda acetabular, os sintomas limita potencialmente a capacidade dos acometidos

em exercer as atividades diárias por causa da dor. Algumas pessoas estão predispostas a esse choque por deformidades ósseas, que podem ser congênicas ou de desenvolvimento, sendo uma causa comum de LLA e tem sido identificada como causa precoce de osteoartrite de quadril. (Kuhlman; Domb, 2009 e Banerjee; MCLEAN, 2011).

Seus sinais e sintomas são de início insidioso em jovens e adultos de meia idade com dor na virilha associada com a atividade, crepitações e estalidos. O quadro evolui com incapacidade para realizar atividades que exige mais do quadril. O teste que pode ser aplicado para uma possível LLA é o de provocação (FABER), Com o quadril em flexão, abdução e rotação externa, O teste é positivo se o indivíduo relatar dor. (Kuhlman; Domb., 2009).

Dor no quadril ou virilha é o principal sintoma na LLA, porém para se diagnosticar, é necessário investigar por meio de exames clínicos, exames de imagem radiológica, artrografia por ressonância magnética e tomografia computadorizada a fim de se identificar possível mecanismo de lesão, que os servem para o complemento da avaliação fisioterapêutica (Hunt et al., 2012). Segundo Garrison et al., 2007 em uma população com queixa de dor na região da virilha, 22% foram encontrados com LLA.

Devido ao alto índice de acometimentos de LLA, e pela dificuldade em encontrar protocolos fisioterapêuticos nesta abordagem, observou-se a necessidade de buscar por meio de uma revisão da literatura, mais conhecimento sobre o protocolo de tratamento de fisioterapia, reunir essas informações e traduzir para nossa língua portuguesa para que possa ser útil por profissionais que almejam este tipo de estudo.

Portanto, esse estudo tem como objetivo realizar, com base na literatura científica, uma revisão sobre as estratégias fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da lesão de LLA.

2. METODOLOGIA

Foram pesquisados artigos nas bases de dados: Lilacs, scielo, medline de pubmed, com as palavras-chave nos idiomas português e inglês: fisioterapia, quadril, impacto femoroacetabular, hip, physiotherapy, femoroacetabular impingement. Foram incluídos artigos no período de 2006 até 2016, tanto de tratamento conservador quanto em reabilitação em pós-operatório. Foram excluídos artigos com outras patologias de quadril.

3. RESULTADOS/DISCUSSÃO

Foram encontrados 52 artigos a partir das palavras-chave utilizadas, dos quais 15 foram selecionados para compor essa revisão e apenas três protocolos de reabilitação de LLA foram encontrados e resumidos na Tabela 1.

Com a hiperflexão de quadril, o contato femoral aumenta contra o acetábulo, podendo ocorrer, no entanto, alterações de suas estruturas e comprometer a articulação e conduzir o fluido sinovial no interior para o exterior, podendo contribuir para o processo chamado de consolidação articular, que resultaria em um estado vulnerável à degeneração e osteoartrite (Grant et al., 2012).

Outras alterações no quadril que comprometem o lábio acetabular, é a displasia onde ocorre a hipertrofia do lábio, cisalhamento e falta de cobertura acetabular, alterando sua mecânica. Lesões degenerativas podem dar consequência na LLA. Atividades esportivas com movimentos repetitivos que, somado a cada movimento, acarretam em pequenas lesões, quedas sobre o quadril, entre outros. (Polesello et al., 2014).

Um artigo de Beck, 2009 destaca que no caso de cirurgia no quadril, aderências pode ser observado na capsula articular devido ao processo de cicatriza-

ção, cicatriz que pode ser fina ou mais espessa de um grau muito variável, que pode interferir no movimento e colidir contra a borda do acetábulo na flexão e rotação interna, isso pode conduzir para uma ruptura do labrum.

Em atletas de alto nível Zhang et al., 2015 verificaram que tiveram maior prevalência de impacto femoroacetabular, com atletas armadores e não atletas. Embora as pessoas com morfologia óssea normal dos quadris também possam adquirir danos no labrum, por acumular o desgaste em um ritmo mais rápido. Vários fatores de risco foram identificados que incluem atividades que envolvam movimento repetitivo de quadril. É uma causa importante de dor e pode ser uma importante causa de osteoartrite na população adulta.

Também Sansone et al., 2015 reforça essa ideia que impacto femoroacetabular é uma causa comum de dor no quadril e disfunção entre os atletas. A atividade física em alta tem sido apontada, como um fator causal de esportes que incluem movimentos muitos repetitivos de flexores de quadril, como hóquei no gelo e o futebol pode causar lesão, com sintomas na região do quadril e virilha.

Esportes aéreos também podem colocar atletas em risco de lesão de quadril segundo Klingenstein et al., 2012, estudos de mecânica de arremesso demonstram que a força exercida em membros superiores exige requisitos posicionais e está fortemente ligado à rotação pélvica, que faz com que, o labrum acetabular fique suscetível à lesão, onde no tratamento é usado o Harris Hip Score que é um instrumento de avaliação específica, desenvolvido originalmente para avaliar os resultados da artroplastia total de quadril que também está sendo usado para LLA.

A universidade de Washington realizou um estudo com 52 voluntários e 18 deles com impacto femoroacetabular em adultos com idades entre 18 e

50 anos, em que quarenta e quatro por cento estavam satisfeitos com resultados do tratamento conservador e não foram para cirurgia, este achado é um complemento importante para a literatura, porque antes deste estudo, muitos especialistas do quadril havia concluído que não existe papel para o tratamento conservador. (Hunt et al., 2012).

Segundo Garrinson et al., 2007 os principais objetivos após a reparação é minimizar a dor e inflamação, proteger o tecido reparado cirurgicamente, e iniciar exercícios de movimento precoce e atentar se a descarga de peso parcial ou total no início do tratamento, seu protocolo é baseado na experiência do fisioterapeuta dividido em 4 fases, que se utiliza de alguns critérios para avançar de fase: para o progresso da Fase I a Fase II requerem amplitude de movimento maior ou igual a 75%, na fase 2 com exercícios intermediários 5-7 semanas para avançar para a Fase III, um padrão normal de marcha sem nenhum sinal de Trendelenburg. Além disso, o paciente deve ter medidas de amplitude de movimento simétricas e passiva com queixas mínimas de dor. Na fase III exercícios avançados 8-12 semanas e na Fase IV, retorno ao esporte com mais de 12 semanas. Os protocolos atuais são baseados em ciência básica e experiência clínica, enquanto estudos futuros deverão incluir medidas objetivas de resultados para determinar a progressão pós-operatória mais adequada. Disposto na Tabela 1.

Em outro estudo com quatro pacientes com sinais clínicos e confirmação de ressonância magnética de lesão de LLA, foram submetidos a um protocolo de tratamento composto em três fases. Ao longo de um período de 12 semanas, os quatro pacientes que participaram neste programa, observou diminuição da dor, aumento da força, e melhora da função.

Três pacientes tiveram alívio completo da dor, medida com uma escala visual analógica, e todos os pacientes apresentaram melhora da força muscular dos flexores de quadril (1% -39%), abdutores (18%

-56%) e extensores (68% -139%). Protocolo disposto Tabela 1. (Yazbek et al., 2011).

Tabela 1 - Protocolos de Reabilitação em Fisioterapia para Lesão do Labrum acetabular

Autor	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4
GARRISON, et al., 2007	Limitação de flexão de quadril em 90°, 25° de abdução e 10° de extensão de 10 dias a 2 semanas. Terapia aquática. Mobilizações articulares do quadril. Alongamento para rotação interna e externa. Distração do eixo longo. Tens e crio terapia. Alongamento suave dos grupos musculares do quadril.	Ênfase no fortalecimento. A terapia manual deve continuar com a mobilização se tornando mais agressiva conforme o caso. Exercícios de flexibilidade que envolve o piriforme, adutor, psoas e reto femoral semi-ajoelhado. Rotação interna resistido com faixa elástica em sedestação.	Flexibilidade e intervenções de ADM passiva deve tornar-se um pouco mais agressivo. Alongamento se torna aceitável com dor moderada. Rotação externa do quadril resistido em ortostatismo. Plíometria na água. Propriocepção. Caminhada para frente para trás e de lado.	Flexibilidade e exercícios de ADM, pode ser continuado conforme apropriado pelo fisioterapeuta. Corrida. Agilidades laterais. Atividades funcionais dinâmicos com a resistência de um sportcord. Agachamento sobre uma única perna por 3 minutos. Pular lateral por 80 segundos.

<p>Bicicleta esta- cionária inicia com ne- nhuma resistên- cia e progride gradual- mente. Isome- tria para os adu- tores de quadril, abdu- tores, exten- sores, abdomi- nais e trans- verso. Eleva- ção da perna retifica- da, para abdução, adução e exten- são. Flexão do quadril sentado usando um braço de alavanca curta.</p>	<p>Agacha- mento com bola suíça apoiada na parede e faixa elástica no joel- hos. Ponte sobre duas pernas pro- gredindo para uma perna. Estilo livre da natação na 5º semana, se os sintomas permitir. Rotação interna resis- tido com faixa elástica sentado Agacha- mento na parede com faixa elástica nos ab- dutores para a resistên- cia.</p>	<p>Pro- grama de ex- ercícios com a bola. In- strução sobre a im- portân- cia da absor- ção de choque e controle excên- trico durante o trein- amento funcio- nal. Prepara- ção para corrida e exercí- cios de agi- lidade para a próxima fase.</p>	<p>Movi- mentar- se para frente e para trás por 2 minutos Ativi- dades que simulem ativi- dades atléticas.</p>		<p>YABEK et et al.,2011</p>	<p>Enfa- tizado o con- trole da dor, na educa- ção, na estabili- zação do tronco e correção de movi- mento articular normal e in- strução para corrigir o valgo exces- sivo. Com o disposi- tivo aux- iliar para aqueles com aumento de dor ao desloca- mento, mobi- lização manual de Mai- tland (graus 1 e 2), FES, laser, fortalec- imento abdomi- nal, tran- verso</p>	<p>Mobi- lização manual de Mai- tland (grau 3 e 4) e movi- mentos combi- nados, mano- bra de rotação pélvica, dist- ração sacroí- liaca, exercí- cios de estabi- lização pélvica, adi- cionou exer- cícios, como a ponte lateral e mini- agacha- mento, flexão e extensão em orto- statismo 3x10 com carga progres- siva, ab- dução e abdução com faixa elástica 3x10,</p>	<p>Equilí- brio e proprio- cepção, força mus- cular e ampli- tude de movi- mento normal, exercí- cios de estabi- lização lombo- pélvicas adicio- nado a exer- cícios de bola Suíça e trein- amento sen- sório- motor, manuten- ção da força mus- cular (carga progres- siva) e abordar qualquer dese- quilíbrio muscu- lar per- sistente e mesmo equipa- mento</p>	
--	---	---	--	--	-------------------------------------	--	--	--	--

	e multí-firos, exercícios leves ponte, e agachamento em mãos no joelho.	lunge 3x10, flexão e extensão na cadeira 3x10, evitando a marcha com um elástico 2x1 minuto e controle valgo dinâmico com agachamento unipodal 3x1 minuto.	utilizado na fase 2 combinado com movimentos desportivos.	
EMARA et al., 2011	tratamento envolvido anulação da atividade física excessiva e uso de anti-inflamatória (diclofenaco de 50 mg, duas vezes por dia) durante 2-4 semanas.	Fisioterapia de 2 a 3 semanas com alongamento, exercícios (20 a 30 minutos por dia) para melhorar rotação externa de quadril e abdução em extensão e evitar o sentar em 'W'.	Avaliação dos envolvidos depois da dor aguda ter diminuído os pacientes eram instruídos para adaptar-se seguramente o alcance do movimento, evitar rotação	Os pacientes estavam ensinados para correr em uma esteira ou trilhas que sejam retas Bicicleta era para ser evitado, quando o ciclismo era inevitável, os pacientes eram orientados elevar o banco da

				bicicleta para evitar muita flexão de quadril. Resumindo a orientação era focada em diminuir a flexão de quadril nos esportes.
--	--	--	--	--

No trabalho realizado por Emara et al., 2011 todos pacientes foram submetidos a 4 fases de tratamento conservador, Dos 37 pacientes, somente 4 foram submetidos a cirurgia, o restante, 33 pacientes, a média Harris hip score melhorou significamente de 72 para 91. O objetivo do tratamento conservador, é para reduzir a dor e evitar mais danos na cartilagem do labrum por modificações das atividades físicas, de pessoas com impacto femoroacetabular. Disposto no na Tabela 1.

Alguns autores separam o protocolo em 3 fases e outros em 4 fases, portanto na fase I da reabilitação todos os autores focam na dor e diminuição das atividades, e inicia com alguns exercícios mas Emara et al., 2011 é a única que fez o uso de anti inflamatório em seu protocolo e só na fase II inicia com exercícios onde os demais autores dão continuidade nos exercícios com mais ênfase, já na fase III e última para Yazbek et al., 2011 com atividades e exercícios mais elaborados enquanto Emara et al., 2011 nesta fase, avalia e orienta, e segue para a próxima fase e última junto com Garrison et al., 2007 sendo que ambos são as fases finais do tratamento que simulam a prática esportiva.

Encontramos poucos artigos que abordassem o tratamento não cirúrgico, de acordo com wall et al., 2013 ressalta mais pesquisa de alta qualidade, como ensaios clínicos randomizados de preferência, para avaliar o tratamento conservador versus cirurgia, é necessário para embasar a literatura baseada em evidência.

4. CONCLUSÃO

Os protocolos fisioterapêuticos para lesão labrum acetabular busca uma completa recuperação, e retorno da atividade esportiva inclusive, por volta de 12 semanas de tratamento. Porém ainda há uma escassez na literatura sobre a atuação da fisioterapia na lesão de labrum acetabular.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANERJEE, P.; MCLEAN, C. R. Femoroacetabular impingement: a review of diagnosis and management. *Current reviews in musculoskeletal medicine*, v. 4, n. 1, p. 23–32, 2011.
- BECK, M. Groin pain after Open FAI surgery: The role of intraarticular adhesions. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, v. 467, p. 769–774, 2009.
- CORADIN, F. et al. Influência do protocolo acelerado no trabalho da fisioterapia pós operatória de lesão de labrum acetabular. p. 9–16, 2012.
- EMARA, K. et al. Conservative treatment for mild femoroacetabular impingement. *Journal of orthopaedic surgery (Hong Kong)*, v. 19, n. 1, p. 41–5, 2011.
- GARRISON, J. C.; OSLER, M. T.; SINGLETON, S. B. Rehabilitation after arthroscopy of an acetabular labral tear. *North American journal of sports physical therapy : NAJSPT*, v. 2, n. 4, p. 241–250, 2007.
- GRANT, A. D.; SALA, D. A.; DAVIDOVITCH, R. I. The labrum: structure, function, and injury with femoro-acetabular impingement. *Journal of Children's Orthopaedics*, v. 6, n. 5, p. 357–372, 2012.
- HUNT, D. et al. Clinical outcomes analysis of conservative and surgical treatment of patients with clinical indications of prearthritic, intra-articular hip disorders. *Pm R*, v. 4, n. 7, p. 479–487, 2012.
- KUHLMAN, G. S.; DOMB, B. G. Hip impingement: identifying and treating a common cause of hip pain. *American Family Physician*, v. 80, n. 12, p. 1429–1434, 2009.
- KLINGENSTEIN, G. G. et al. Hip injuries in the overhead athlete. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, v. 470, n. 6, p. 1579–1585, 2012.
- POLESELLO, G. C. et al. Possibilidades atuais da artroscopia do quadril. *Revista Brasileira de Ortopedia*, v. 49, n. 2, p. 103–110, 2014.
- SANSONE, M. et al. Good Results After Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement in Top-Level Athletes. *Orthopaedic journal of sports medicine*, v. 3, n. 2, p. 2325967115569691, 2015.
- STEPHANIE PUN, MD1, DEEPAK KUMAR, PT, PHD2, AND NANCY E. LANE, M. Femoroacetabular Impingement. *Arthritis Rheumatol*. 2015 January, v. 67, n. 1, p. 17–27, jan. 2015.

WALL, P. D. H. et al. Nonoperative treatment for femoroacetabular impingement: a systematic review of the literature. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, v. 5, n. 5, p. 418–26, 2013.

YAZBEK, P. M. et al. Nonsurgical treatment of acetabular labrum tears: a case series. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, v. 41, n. 5, p. 346–353, 2011.

ZHANG, C. et al. Femoroacetabular impingement and osteoarthritis of the hip. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, v. 61, n. 12, p. 1055–60, 2015.