

APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE TERAPIA MANUAL ASSOCIADA A FISIOTERAPIA CLÁSSICA NO TRATAMENTO DE BURSITE TROCANTÉRICA UNILATERAL CRÔNICA: RELATO DE CASO

Diana Silva Colares¹, Daniel Salgado Xavier²

RESUMO:

Bursite trocantérica é um termo utilizado para caracterizar uma inflamação nas bursas localizadas no trocânter maior do fêmur, resultando em dor crônica na lateral do quadril. Na prática clínica utiliza-se frequentemente a fisioterapia clássica (F.C.) que inclui a eletroterapia, sonoterapia, termo e fototerapia, e cinesioterapia. Este trabalho propõe associar a Terapia Manual (THRUST, ROLO LOMBAR, TRAÇÃO MIOFASCIAL, BODY DROP, TECNICA ENERGIA MUSCULAR, TERAPIA DOS PONTOS GATILHOS - TPG) a fisioterapia clássica. Objetivos: Demonstrar ou não a eficiência das técnicas manuais citadas associadas a (F.C.) Material: O caso de K.C.P.N., sexo feminino, idade 26 anos, com histórico de duas quedas sobre o quadril, com diagnóstico médico de bursite trocantérica unilateral à esquerda, que realizou 5 meses de fisioterapia clássica, não relatando melhora algica, mantendo postura antálgica para dormir. Método: Em Março de 2013, após 5 meses de tratamento fisioterapêutico, paciente aceitou participar da pesquisa para receber 2 sessões de Terapia Manual associadas a F.C., que correspondia ao uso do TENS e I.V. ou TENS e U.S em dias alternados, mais alongamentos e cinesioterapia, durante um período de trinta dias corridos. Resultados: Cliente relatava um pequeno desconforto e não mais se queixava de dor, abandonando postura antálgica, e a partir da ultrassonografia e do exame de sangue constatou-se redução da inflamação. Conclusão: Os resultados demonstrando a importância da terapia manual associada a Fisioterapia clássica na prática clínica, a fim de acelerar a recuperação. Em vista das evidências, sugere-se maior número de estudo na área com uma amostra mais significativa.

Palavras-chave: Bursite, trocantérica, fisioterapia, terapia manual.

Application of Musculoskeletal Manipulations Techniques associated with classical Physical Therapy in the treatment of chronic unilateral Trochanteric Bursitis: Case report

Summary: trochanteric bursitis is a term used to describe an inflammation of the bursa located in the greater trochanter, resulting in chronic pain in the hip. In clinical practice is frequently used classical physiotherapy (FC) which includes electrotherapy, sleep therapy, and phototherapy term, and kinesiotherapy. This paper proposes to link the Manual Therapy (THRUST, ROLL LUMBAR, TRACTION MYOFASCIAL, BODY DROP, MUSCLE ENERGY TECHNIQUE, and TRIGGER POINT THERAPY - TPG) classical physiotherapy. Objectives: To show or not the efficiency of the aforementioned manual techniques associated with (FC) Material: The case of KCPN, female, age 26 years, with a history of two falls on the hip, with a diagnosis of trochanteric bursitis unilateral left, which conducted five months of physiotherapy classic, not reporting pain improvement, keeping antalgic posture for sleeping.

Method: In March 2013, after five months of physical therapy, the patient agreed to participate in the study to receive two sessions of manual therapy associated with FC, which corresponded to the use of TENS and TENS and US IV or on alternate days, more stretching and kinesiotherapy during a period of thirty calendar days. Results: Client reported little discomfort and no longer complained of pain, abandoning antalgic posture, and from the ultrasound and the blood test, a reduction of inflammation. Conclusion: The results demonstrate the importance of therapy associated with classical manual physiotherapy in clinical practice in order to speed recovery. In view of the evidence, it is suggested that more study in the area with a more representative sample.

Keywords: bursitis, trochanteric, physical therapy, Musculoskeletal Manipulations.

INTRODUÇÃO:

A Bursite Trocantérica é um termo utilizado para caracterizar uma inflamação nas bursas, que se localizam no trocânter maior do fêmur, resultando em dor crônica na lateral do quadril e pode descer pela coxa lateral até o joelho quando o trato iliotibial faz atrito com o trocânter. Gerando desconforto após ficar em pé assimetricamente por longos períodos, deambulação e a subida de escadas agravam a condição.^{1,2}

Quando ocorre uma bursite, as paredes da bursa atingida tornam-se mais espessas e passam a produzir mais líquido. Isso resulta em inchaço local, rigidez, irritação da pele, compressão das estruturas adjacentes e dores, sentidas principalmente ao movimentar-se a região afetada. Neste contexto, a fisioterapia atua na modulação da inflamação, analgesia, promovendo o retorno das atividades funcionais.³

A presente pesquisa visa demonstrar a eficiência, ou não, das técnicas de terapia manuais (THRUST, ROLO LOMBAR, TRAÇÃO MIOFASCIAL, BODY DROP, TECNICA ENERGIA MUSCULAR, TERAPIA DOS PONTOS GATILHOS - TPG) associadas à fisioterapia clássica, e contribuir para aumentar o número de publicações na área.

MÉTODOS:

Estudo de caso de caráter intrínseco e revisão de literatura com uso de acervo bibliográfico pessoal e bibliotecas digitais, para consulta nas bases de dados foram utilizados os descritores Bursite trocantérica, fisioterapia, terapia manual.

Foi proposto a cliente, por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, uma avaliação física e a realização de 2 (duas) sessões de Terapia Manual (Técnicas citadas anteriormente), associada a F.C., com intervalo de 10 dias entre as duas sessões num prazo de 30 dias corridos. A F.C. será representada pelo uso, nesse caso clínico, da termoterapia

com Infravermelho (I.V.), tipo pedestal com uma lâmpada de 150W (Philips® – vermelha) por 15 minutos numa distância de 60 centímetros da pele, aplicação com toalha úmida, perpendicular a região lombar baixa, e sacra-ílica esquerda, formando um ângulo de 90 graus. Em seguida, fará uso do equipamento de Eletroestimulação Transcutânea – TENS (Quark®), utilizando o modo BURST com os parâmetros de Largura de pulso 180µs e Frequência de 2Hz modulada por 100Hz, Intensidade de acordo com tolerância da paciente, aplicado por 20 minutos. O tratamento convencional deverá ser intercalado com o uso do TENS mais Ultrassom Terapêutico (IBRAMED®) aplicado na região do Trocânter maior, frequência de 1MHz, modo contínuo, meio de acoplamento por gel não medicamentoso, intensidade 1,0 W/cm², foi utilizado a formula do Tempo de aplicação= Área/Era, resultando em 25cm² /4cm=5 minutos. Ao final da eletroterapia e da termoterapia/ou sonoterapia a cliente realizará alongamentos e cinesioterapia ativa para membros inferiores.

A Escala Visual Analógica da Dor será usada com a finalidade de avaliar a evolução clínica da cliente. Os resultados dos exames da cliente, de sangue (marcador de inflamação - VHS) e de imagem (ultrassonográficos), solicitados pelo médico ortopedista de confiança da cliente, de antes da associação da terapia manual á terapia clássica e após a associação serão adicionados visando comparação posteriormente.

CASO CLINICO:

DATA	FATO OCORRIDO	AÇÃO RELATIVA AO FATO
Fevereiro 2012	Caiu da rede em casa	Não declarou
Setembro 2012	Caiu durante o trabalho	Procurou médico ortopedista (5 dias de anti-inflamatório e fisioterapia analgésica)
Meados de Setembro de 2012	Dor (intensidade variável não mensurada)	Realizou fisioterapia
Outubro de 2012	Dor (intensidade variável não mensurada)	Realizou fisioterapia
Novembro de 2012	Dor (intensidade variável não mensurada)	Realizou fisioterapia
Dezembro de 2012	Dor (intensidade variável não mensurada)	Realizou fisioterapia
Janeiro de 2013	Retornou ao médico ortopedista	Realizou exames de Sangue-VHS e uma Ultrassonografia. Recebeu diagnóstico médico de Bursite trocântérica
Fevereiro de 2013	Dor	Retornou a fisioterapia

Tabela 1: Espaço cronológico e atividades relevantes ao caso ocorridas neste período

Fonte: Entrevista da cliente (2013)

Paciente K.C.P.N., foi convidada a participar da presente pesquisa para produção de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC, acordando sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, conforme resolução 196/96 CNS.

No dia 01 de Março de 2013, paciente K.C.P.N., sexo feminino, idade 26 anos, 57 kg, medindo 1,62m, foi entrevistada, queixava-se principalmente de dor na região glútea esquerda e lateral esquerda da coxa (região do trocânter maior).

Durante entrevista relatou seu histórico progresso (Tabela 1) desde Fevereiro de 2012 quando caiu da rede em casa, e noutra ocasião, em Setembro de 2012 quando sofreu outra queda durante o trabalho, resultando em dor aguda e progressiva, cliente relatou que mantém postura antálgica para dormir.

Iniciou tratamento fisioterapêutico com outra equipe de profissionais em Outubro de 2012 á Dezembro de 2012. Em Janeiro de 2013, sem grandes avanços sobre o quadro de dor e inflamação, cliente retornou com seu Médico Ortopedista que solicitou um exame de sangue, para verificar os índices de Hemossedimentação – VHS (Figura – 1), marcador que indica se há uma inflamação no corpo, também, foi realizada uma ultrassonografia (Figura - 2), que constatou a Inflamação na bursa Trocântérica do quadril esquerdo. Retornando ao tratamento fisioterapêutico em Fevereiro de 2013.

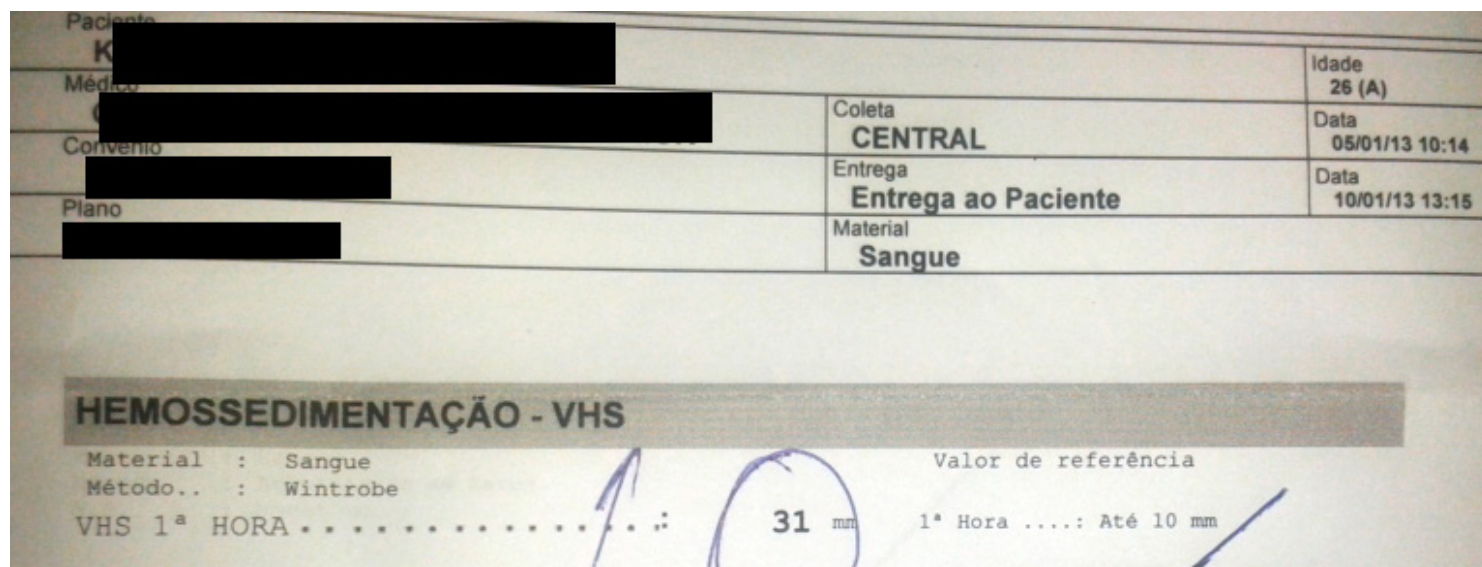


Figura 1: Fotografia da página do exame, que apresenta o valor para Hemossedimentação –VHS – 31mm, alterado dos parâmetros normais informados na pagina do exame, indicando inflamação

Fonte: Cliente (2013)



Figura 2: Ultrassonografia do quadril esquerdo, imagem mostra espessamento da Bursa Trocanterica
 Fonte: Cliente (2013)

A imagem da Ultrassonografia realizada dia 15 de Janeiro de 2013 (Figura - 2), mostra claramente a bursite trocanterica no quadril esquerdo. Agora, diagnosticada pelo médico ortopedista de confiança da cliente, recebendo recomendação de retornar a fisioterapia no mês de Fevereiro.

Já com os dados da história pregressa recolhida a paciente foi submetida a um protocolo de avaliação física em 04 de Março de 2013, na postura em pé, solicitou-se uma flexão de tronco, foi observada uma gibosidade à esquerda, diminuição da amplitude de movimento da flexão do tronco, inclinação anterior da pelve em vista frontal, em decúbito ventral discreta diminuição do membro inferior esquerdo comparado ao contralateral.

Cliente na postura sentada verificou-se o teste de liberdade para a coluna em flexão, extensão, flexão lateral direita e esquerda e rotação, notou-se em sentido ascendente fixação de L2, L3, L4, L5, vértebras em rotação à esquerda e fletidas. Fixação (diminuição da amplitude de movimento) de T8-T10 acompanhada de posterioridade das costelas a direita correspondente às vértebras torácicas mencionadas.

A palpação em decúbito dorsal constatou-se fixação à palpação em crista ilíaca ântero- superior direita notou-se subluxação sacro-ilíaca à esquerda.

A musculatura a palpação apresentava faixa tensa palpável, nodularidade, padrão de dor referida e espasmos no glúteo médio, máximo, mínimo, piriforme e tensor da fáscia lata.

Após a avaliação, deu-se início a Terapia manual com paciente em decúbito ventral foi realizado alívio da tensão dos ligamentos dos tornozelos esquerdo e direito em dorsiflexão, flexão plantar, inversão e eversão. Foi realizado, com uma mão passivamente, uma flexão do joelho esquerdo, com a outra mão do examinador no Trocânter Maior, onde foi realizado o thrust, eliminando a báscula

para corrigir o encurtamento aparente da perna esquerda. A tração miofascial foi realizada bilateralmente nos membros inferiores realizada com a paciente na posição supina em direção caudal, utilizando uma abordagem balística que possibilitou alongar e mobilizar simultaneamente várias estruturas miofasciais. Foi realizada a pressão de alívio sacral, ilíaco, lombar e tração em torácica dorsal inespecífica. Cliente em decúbito dorsal foi realizada a Tração dos dedos dos pés direito e esquerdo; Lasegue mais estímulo através do tendão calcâneo; Rolo lombar mais Thrust em direção direita e esquerda; Thrust cervical inclinação media.

As fixações de L2, L3, L4, L5, vértebras em rotação à esquerda e fletidas observadas no exame físico foram corrigidas com paciente em decúbito lateral direito, ou seja, fixação para cima, utilizando posicionamento específico em Rolo lombar, joelho e perna direita flexionado, pisiforme do fisioterapeuta no arco posterior da vertebra a ser tratada, foi aplicado impulso e queda de corpo "Body drop".

As fixações de T8, T9, T10 acompanhadas de posterioridade das costelas a direita foram tratadas primeiro, com paciente em decúbito ventral, pisiforme no arco posterior, foi realizado um reforço com a outra mão de apoio e aplicado a queda de corpo o "Body drop". Após a correção das fixações vertebrais torácicas, seguiu o tratamento das costelas com paciente ainda em decúbito ventral, fisioterapeuta com o piriforme na articulação costeotransversa desejada (no caso relatado C8, C9, C10) mão de apoio cruzada foi realizado um impulso na direção da fixação.

Finalizada a terapia manual, deu-se início a termoterapia com Infravermelho e depois foi usado o equipamento de Eletroestimulação Transcutânea – TENS. Terminando assim a primeira sessão.

No dia seguinte, 05/03/2013 até o dia 15/03/2013, cliente continuou o tratamento convencional mantendo os parâmetros adotados com o TENS e o Infravermelho e intercalando o uso do TENS mais Ultrassom Terapêutico, a cliente realizava alongamentos e cinesioterapia ativa para membros inferiores, realizando 10 sessões de fisioterapia.

Na terceira semana de Março de 2013, 18/03/2013 cliente foi reavaliada pela fisioterapia, e questionada sobre a sensação de dor naquele momento utilizado a Escala Visual Analógica (Figura - 3), relatou valor 4.

Então, foram realizadas as técnicas de Terapia manual com a paciente, mantidas a mesma sequencia de tratamento realizado na primeira sessão. Todavia, no decorrer do atendimento, fora acrescentada a técnica de Músculo energia para os músculos piriforme e tensor da fáscia lata para corrigir diminuição da ADM em rotação externa em comparação ao contralateral e a Terapia de Pontos Gatilho em glúteo máximo, médio, piriforme e tensor da fáscia lata, palpando os músculos da região glútea e lateral da perna esquerda ao achar nodulações que referiam dor sem ser pontual, mantinha uma pressão digital por 45 segundos, por 3 vezes se necessário até a nodulação se desfazer e pedia um alongamento do músculo tratado.

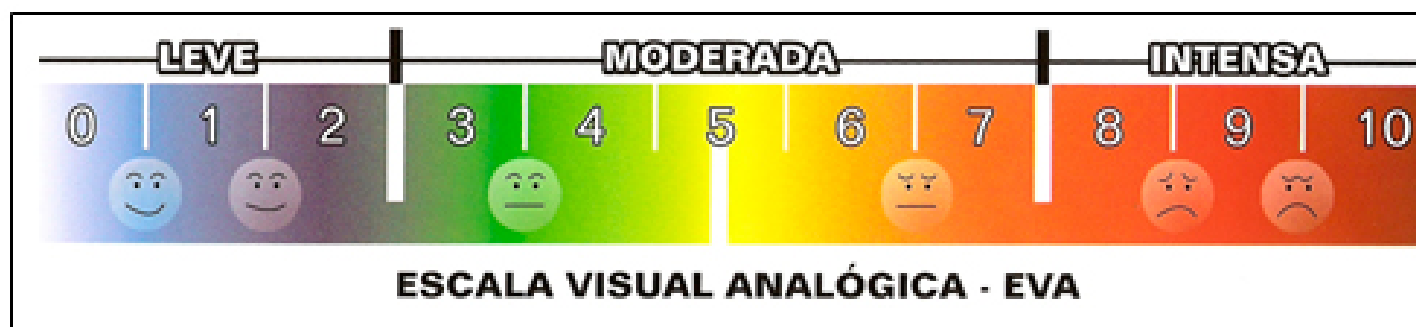
ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA

Figura 3: A Escala Visual Analógica – EVA consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, é um instrumento para verificar evolução do paciente durante o tratamento e mesmo a cada atendimento.

Fonte: O’SULLIVAN, SCHMITZ (2004)

Finalizada a terapia manual, paciente realizou a termoterapia com Infravermelho e depois foi usado o equipamento de Eletroestimulação Transcutânea – TENS.

Durante o período do dia 19 ao dia 22 de Março de 2013 (quatro dias) cliente continuou o tratamento convencional (TENS, Infravermelho intercalado com Ultrassom contínuo, alongamentos e cinesioterapia ativa para membros inferiores), realizando, somente 2 sessões de fisioterapia neste período.

Na quarta semana Março, 25/03/2013 cliente continuo com o tratamento fisioterapêutico clássico, foi questionada, sobre a dor e para mensurá-la utilizando a EVA (Figura - 3), neste dia, relatou que não sentia mais dor, só um leve desconforto valor 0, e que já dormia por cima da Bursa trocantérica do lado esquerdo sem referir dor, sua principal queixa.

Cliente realizava alongamentos para glúteo médio, máximo, mínimo, piriforme, tensor da fáscia lata, quadrado lombar, e alongamentos globais para musculatura posterior do corpo.

Ressaltando que cliente não fez uso de medicação no período da pesquisa. A Tabela -2 abaixo descreve os atendimentos fisioterapêuticos realizados no mês de Março de 2012, período da pesquisa, visando melhor entendimento do caso clínico ao leitor.

Descrição do atendimento realizado no mês de Março de 2013

DIA	TÉCNICA	OBJETIVO
01	TCLE e Entrevista	Acatar a lei da CNS 196/96; Colher os dados da história pregressa da paciente.
02, 03	Fim de semana	Não houve atendimento
04	Exame físico e primeiro atendimento de terapia manual (Pressão de Alívio; Tração miofascial; Thrust, Rolo lombar, Body drop) associada com F.C.	Identificar as fixações e as desordens posturais. A terapia manual inicialmente tinha como propósito corrigir as fixações encontradas e a F.C. promover analgesia das regiões dolorosas (TENS; IV)
05,06,07,08	F.C. (TENS, IV) ou (TENS, US)	Analgesia e modulação da inflamação
09,10	Fim de semana	Não houve atendimento
11,12,13,14,15	F.C. (TENS, IV) ou (TENS, US) e Alongamentos	Analgesia e modulação da inflamação; Alongar musculatura encurtada visando o equilíbrio muscular global, diminuindo as retrações, aumentando a elasticidade e a mobilidade.
16,17	Fim de semana	Não houve atendimento
18	Reavaliação física; EVA valor 4; Terapia manual (Pressão de Alívio; Tração miofascial; Thrust, Rolo lombar, Body drop) Músculo Energia (músculos piriforme e tensor da fáscia lata) Terapia de Pontos Gatilho-TPG (glúteo médio, piriforme e tensor da fáscia lata). F.C. (TENS, IV)	Avaliar a dor sentida pela paciente utilizado a EVA; Terapia manual para correção de fixações; Músculo energia para corrigir a diminuição da amplitude de movimento em rotação externa em comparação ao contralateral. TPG foi utilizada pois no ao exame físico foi encontrada nodulações que referiam dor sem ser pontual. Promover analgesia das regiões dolorosas.
19, 20, 21, 22	F.C. (TENS, IV) ou (TENS, US) e Alongamentos. Realizando fisioterapia nos dias 20 e 22 somente.	Analgesia e modulação da inflamação; Alongar musculatura encurtada visando o equilíbrio muscular global, diminuindo as retrações, aumentando a elasticidade e a mobilidade.
23, 24	Fim de semana	Não houve atendimento
25	EVA valor 0 – (sem dor, desconforto) F.C. (TENS, IV) ou (TENS, US) e Alongamentos.	Avaliar a dor sentida pela paciente utilizado a EVA; Analgesia e modulação da inflamação; Alongar musculatura encurtada visando o equilíbrio muscular global, diminuindo as retrações, aumentando a elasticidade e a mobilidade.
26,27,28,29	F.C. (TENS, IV) ou (TENS, US) e Alongamentos.	Diminuir o desconforto relatado pela paciente.
30, 31	Fim de semana	Não houve atendimento

Tabela 3: Espaço cronológico e atividades relevantes ao caso ocorridas neste período

Fonte: Atendimento fisioterapêutico realizado na cliente K.C.P.N. (2013)

Em Abril de 2013, cliente fez uma pausa no tratamento fisioterapêutico para retornar com o Médico Ortopedista que acompanhava seu tratamento para realizar o exame de sangue (Figura - 6) e ultrassonográfico (Figura -7).

Paciente K [REDACTED]	
Médico [REDACTED]	Coleta CENTRAL
Convenio [REDACTED]	Entrega Entrega ao Paciente
Plano [REDACTED]	Material Sangue

HEMOSEDIMENTAÇÃO - VHS	
Material : Sangue	Valor de referência
Método.. : Wintrobe	
VHS 1ª HORA	15 mm
	1ª Hora: Até 10 mm

Figura 4: Fotografia da página do exame, que apresenta o valor para Hemossedimentação –VHS – 15 mm, indicando redução da inflamação, tendo como parâmetro normal o valor 10mm.

Fonte: Cliente



Figura 5: Fotografia da página do exame de Ultrassonografia do quadril esquerdo, imagem mostra redução do espessamento da Bursa trocantérica. Observar o alinhamento das estruturas ao redor.

Fonte: Cliente

Cliente teve alta da fisioterapia com indicação de manter os alongamentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

As duas quedas, sobre o quadril, sofrida pela paciente acedem com a literatura que afirma que o risco aumenta para indivíduos com histórico de trauma direto na lateral do quadril. No entanto, a paciente não se encaixava nas outras características de risco, como ser: praticante de esportes que causam fricção repetitiva dos tecidos moles que cobrem a bursa quadril; ser obesas; ou ter passado por cirurgia de quadril. ^{4,5} Contudo o sedentarismo pode ter contribuído como fator da piora da sintomatologia dolorosa, pois resultaria em múscu-

los menos preparados para adequar-se a demanda, apresentando uma maior propensão à dor. ⁶

Durante o exame físico da cliente, observaram-se os desequilíbrios de flexibilidade muscular e a má postura. Na postura em pé, durante flexão de tronco, gibosidade à esquerda, diminuição da amplitude de movimento da flexão do tronco, inclinação anterior da pelve em vista frontal, em decúbito ventral discreta diminuição do membro inferior esquerdo comparado ao contralateral concordando com a literatura. ^{1,2,5}

Ao optar pelo uso da terapia manual, nesse caso associada a F.C. foi considerado o histórico apresentado pela cliente mediante entrevista (Tabela-1) e as evidências na literatura com relação ao emprego da terapia manual associada a uma terapêutica clássica e a melhora da dor, não necessariamente aplicada a bursite trocantérica. ^{7,8,9}

Há na literatura estudos que afirmam que os sintomas dolorosos na parte lateral do quadril, que se estendem para a superfície ântero-lateral da coxa, postura antálgica para dormir são causados por disfunção miofascial do Tensor da Fáscia Lata (TFL) e são diagnosticados, erroneamente como sendo bursite trocantérica. Ocorrendo uma hipertonicidade compensatória do TFL é observada com frequência na presença de fraqueza do Glúteo Médio. Para tratamento orienta o uso de técnica miofascial direta do TFL, Alongamento do músculo Piriforme, TFL, Reto femoral, Iliopsoas, Isquiostibiais, Adutores do quadril, Rotadores do quadril, Tração Miofascial da perna. ¹⁰

A cliente apresentava uma disfunção miofascial que foi tratada com a TPG nos músculos glúteo máximo, médio, piriforme e tensor da fáscia lata. Todavia, nesse caso, não se tratava de um falso diagnóstico de bursite trocantérica, afinal, o exame de imagem (Figura-2) confirma o diagnóstico médico, apresentando espessamento da bursa trocantérica esquerda, fato que não exclui a hipersensibilidade causada por disfunção miofascial do Trato Iliotibial (TI). Os dias subsequentes após utilização da TPG, paciente relatou melhora álgica, utilizando

EVA, relatando somente desconforto.

A tensão da banda iliotibial que comprimia as estruturas, dificultava a circulação sanguínea, a correta contração dos músculos afetados, tensionados, encurtados, promovendo um círculo de dor e inflação retardando a cicatrização da Bursa trocantérica, pois o corpo pode funcionar melhor, na defesa ou na reparação, quando está na plenitude da sua mobilidade e flexibilidade estrutural.¹¹

Segundo a literatura e a história clínica de duas quedas sobre o quadril esquerdo, indicam que o trauma direto foi o que acarretou na inflamação da Bursa, no entanto, a má postura já adotada pela cliente, o encurtamento muscular pré-existente, podem servir de evidência para justificar dificuldade de cicatrização encontrada. Pois a paciente realizou 5 (cinco) meses de Fisioterapia Clássica, aqui não abordarei os parâmetros usados, pois não tive autorização para divulgá-los.^{2,5,10,11}

As técnicas de terapia manual têm grande comprovação científica e vem sendo cada vez mais utilizadas nas mais diversas patologias devidas o grande número de benefícios em um menor tempo e pelo baixo custo. Apoiando a adição da terapia manual, pois neste caso clínico reduziu a dor avaliada pela EVA para o nível de desconforto, e solucionou a queixa principal da cliente que já podia dormir por cima do lado afetado, foi um ganho, em qualidade de vida reduzindo o tempo de tratamento fisioterapêutico.¹²

Para melhor eficácia, foi usado o TENS BURST, Infravermelho visando relaxamento muscular e analgesia, e o Ultrassom Terapêutico modo contínuo a fim de acelerar a cicatrização da Bursa após as sessões de terapia manual, não foi encontrado trabalhos publicados que colaborem com a metodologia utilizada neste caso clínico.

As imagens de Ultrassonografia (Figura - 2) e (Figura -5) contribuíram como evidência clínica de que a terapia manual é importante para a recuperação de bursite trocantérica unilateral crônica, pois na Figura -2 observam-se: o espessamento (edema) da Bursa trocantérica; o espasmo da musculatura; e a compressão da fáscia. Na Figura - 5 observam-se: discreto espessamento da Bursa trocantérica; e musculatura sem espasmo muscular. Colaborando com a afirmativa os resultados dos exames de sangue (Figura - 1) e (Figura - 4) que constataram redução da inflamação para quase o parâmetro de normalidade.

Assim, o terapeuta ao se confrontar com um paciente portador desta síndrome, deve avaliá-lo de forma completa e não apenas localmente. O que ele usa do seu aparato musculoesquelético e a forma como acontece à compensação deve ser considerado para que se possam determinar quais são os fatores realmente relevantes na determinação desta doença e do quadro sintomatológico para traçar o melhor tratamento de reabilitação física. (6),(11)

CONCLUSÃO:

Conclui-se que a correção dos desalinhamentos articulares e das fixações associadas à Fisioterapia clássica não resolveu a dor advinda da bursite trocantérica, uma vez que a paciente relatou melhora algica significativa, medida através da EVA, (Figura -3) para um nível desconforto, somente após a 2ª (segunda) sessão de terapia manual associada à Fisioterapia clássica. Momento no qual foram empregadas as técnicas T.P.G. e a Técnica Músculo Energia nas estruturas miofas-

ciais do quadril e lateral da perna esquerda. Os resultados demonstram a importância da terapia manual na prática clínica, a fim de promover ou propiciar a recuperação da área lesada. Pode-se afirmar também, que o tratamento de Fisioterapia clássica associada à terapia manual, teve melhores resultados em comparação ao tratamento fisioterapêutico clássico empregado anteriormente a paciente K.C.P.N, pois os resultados obtidos (redução da dor; desuso da postura antálgica para dormir; diminuição da inflamação) em 30 dias corridos em confrontação a 5 meses de Fisioterapia clássica (Tabela - 1), foram mais benéficos a paciente. Todavia, a eficiência da F.C. não pode ser evidenciada, pois não houve autorização para divulgação dos prontuários de atendimentos fisioterapêuticos realizados no período de Setembro de 2012 a Fevereiro de 2013, não permitindo, assim, a comparação das técnicas e os parâmetros adotados. Todavia, não deve ser descartado seu emprego, porque depois das sessões de terapia manual não causou queixas de piora do quadro algico, suscitando pesquisas futuras.

Em vista das evidências, sugerem-se mais estudos de Fisioterapia clássica associada à Terapia Manual para o tratamento de Bursite Trocantérica unilateral, com o intuito de orientar a tomada de decisão clínica do fisioterapeuta e reduzir o tempo de tratamento do paciente.

Referências:

1. THOMSON, A.; SKINNER, A.; PIERCY, J. Fisioterapia de Tidy. 12.ed. São Paulo: Santos, 1994.
2. PALUSKA, S. An overview of hip injuries in running. Sports Med v.35, n.11, 2005;
3. MORAES, T. Bursite. World Gate Brasil, 2008 Ltda. Disponível: http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaudefisioterapia/reumatobursite_lais.htm Data do acesso: 11 de Outubro de 2013.
4. FREDERICSON, M; CHEW, K. "Chapter 54: Trochanteric Bursitis." Frontera: Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation. Eds. Walter R. Frontera, et al. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008. MD Consult. Elsevier, Inc. 20 Nov. 2009
5. FOYE, M. "Trochanteric Bursitis." eMedicine. Eds. Rajesh R. Yadav, et al. 1 Oct. 2009. Medscape. 18 Nov. 2009
6. ASSAD, C. O efeito do nível de atividade física e do alinhamento articular sobre a sintomatologia de voluntários com bursite trocantérica. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
7. MACEDO, C.S.G.; BRIGANÓ, J.U. Terapia manual e cinesioterapia na dor, incapacidade e qualidade de vida de indivíduos com lombalgia. Revista Espaço para a Saúde, v.10, n.2, p. 1-6, Londrina, jun. 2009. http://www.cinesiologiaholistica.com.br/admin/arquivos/cinesioterapia_alivio_de_dor_lombar.pdf acesso em: 20 de setembro de 2013
8. MARCONDES, F; LODOVICH, S.CERA, M. Terapia manipulativa ortopédica na dor vertebral crônica: uma revisão sistemática. Acta Fisiatra.v 17, n4,2010;
9. GREENMAN, P. Principios e pratica de la medicina manual. 3 ed. Madrid. Ed. Medica Panamericana, 2005.
10. MAKOFSKY, H. Coluna vertebral, Terapia manual. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
11. TRIANCE, E. Osteopatia. Ed. 1º. Lisboa: Editora Estampa, 1996.
12. ARAÚJO, F. Técnicas de terapia manual: definições, conceitos e princípios básicos. Uma revisão bibliográfica. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade Ávila, 2013.

1. Pós-graduada em Fisioterapia em Traumatologia Ortopédica Funcional, Instituto Amazonense de Aprimoramento e Ensino em Saúde; endereço eletrônico para contato: dianapsam@gmail.com
2. Professor Doutor Orientador da Pós-graduação em Fisioterapia em Traumatologia Ortopédica Funcional, Instituto Amazonense de Aprimoramento e Ensino em Saúde; Manaus (AM); endereço eletrônico para contato: xavierdaniel@hotmail.com