

Tratamento fisioterápico da neurite hansênica

TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DAS NEURITES

Neurite em hanseníase é um processo inflamatório de um nervo, direta ou indiretamente, causado pelo Bacilo de Hansen. A resposta do tecido A invasão do *M. de leprae* pode ser mínima, sem alteração funcional do nervo ou pode ser extensiva, resultando em total destruição estrutural e completa perda de função do nervo.

Os nervos facial, radial, ulnar, mediano, fibular comum e tibial posterior são os mais frequentemente acometidos no homem (Fig. 13.1).

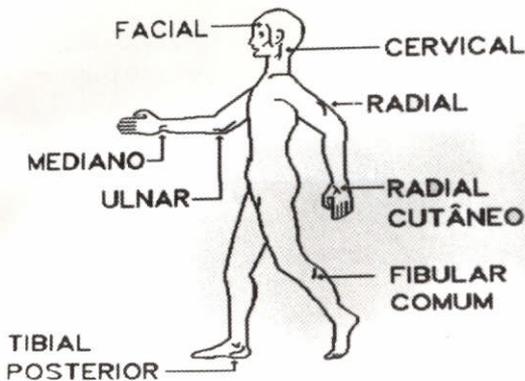


Fig. 13.1 As conseqüências das lesões destes troncos nervosos se refletem nas mãos, pés, face e olhos.

Dentre os sinais de comprometimentos liervosos destacamos o espessamento do nervo, presença de nódulos, os déficits motores e

sensitivos e as alterações de trofismo. E sintomas tais como dor e parestesias.

Em muitos casos a neurite se desenvolve sem causar dor ao paciente, correspondendo A neurite silenciosa ou surda. Por esta razão é muito importante examinar periodicamente todos os pacientes com hanseníase, para que se possam detectar com precocidade os sinais de comprometimento neural, como parestias e perdas de sensibilidade.

TRATAMENTO DAS NEURITES:

Fase aguda

Consiste de tratamento antiinflamatório, A critério do medico, imobilização com talas ou férulas gessadas nas posições e angulações adequadas.

O tratamento pode ser monitorizado através de testes de força muscular e sensibilidade a possibilidade desta estar alterado pela condição em que se encontra o paciente, como por exemplo a presença de dor.

Fase crônica

Nesta fase o paciente é orientado quanto aos exercícios, visando fortalecer e/ou manter o trofismo muscular.

Os testes de força muscular e sensibilidade são de grande importância no acompanhamento do paciente.

Férulas gessadas para os membros superiores

Quando a lesão do nervo ulnar for A nível do cotovelo, confecciona-se a férula da seguinte maneira: 60° de flexão do cotovelo, 10° de flexão do punho e dedos em posição intrínseca. Se a lesão for associada com o nervo mediano, acrescenta-se o polegar em abdução.

Na lesão do nervo radial o cotovelo é imobilizado a 80° de flexão, o antebraço na posição neutra, punho com 30° de extensão, os dedos em posição intrínseca, acrescentando-se o polegar em abdução (Fig. 13.2).

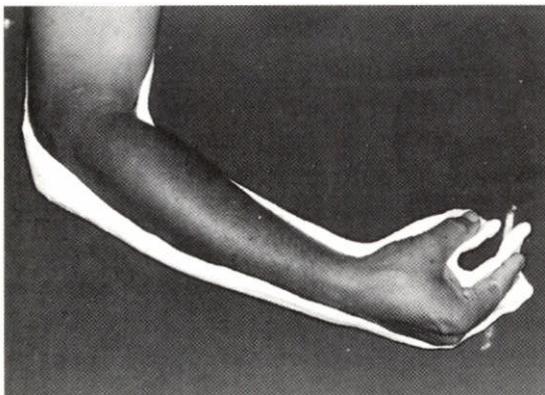


Fig. 13.2 Férula para neurite de nervo ulnar e mediano.

Férulas gessadas para os membros inferiores

Na neurite do ciático popliteo externo ou fibular comum, o joelho é imobilizado com 30° de flexão e o pé é mantido em máxima dorsiflexão (Fig. 13.3).

Para neurite do tibial posterior, é necessário manter o pé a 90°, com discreta inversão do mesmo (Fig. 13.4).



Fig. 13.3 Férula para neurite de nervo fibular comum.

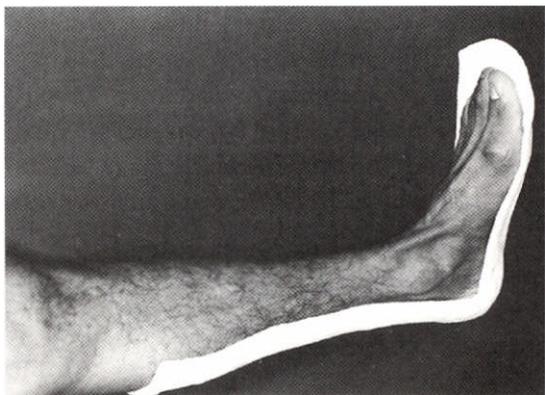


Fig. 13.4 Férula para neurite de nervo tibial posterior.

Fisioterapia no pré e pós-operatório de neurolise

Quando o tratamento conservador não surte efeito, poderá ser indicada a descompressão cirúrgica do nervo.

Fisioterapia no pré-operatório de neurolise

O tratamento pre-operatório de neurolise consiste na avaliação da força muscular e de sensibilidade, com o objetivo de estabelecer dados comparativos no seguimento do paciente.

Fisioterapia no pós-operatório de neurólise

Após duas semanas de imobilização com gesso, o paciente inicia a fisioterapia.

1ª Semana de fisioterapia pós-operatória

Membros superiores

Manter a tala em período integral, retirando-a somente para realizar exercícios com amplitude limitada de movimento, para as articulações do cotovelo, punho e dedos, conduta esta que deverá ser seguida tanto para neurólise de nervo ulnar, como mediano e radial.

Membros inferiores

Manter a tala em período integral, retirando-a somente para realizar os exercícios com amplitude limitada de movimento, para as articulações do joelho, tornozelo e artelhos. Esta conduta compreende os nervos fibular comum e tibial posterior.

2ª Semana de fisioterapia pós-operatória

Retirar a tala no período diurno e mantê-la no período noturno, realizando exercícios

com amplitude completa de movimento, mas sem resistência. Acrescenta-se ortostatismo e marcha com apoio (barra paralela), ou com muletas axilares ou canadenses, no caso de neurólises em membros inferiores.

3ª Semana de fisioterapia pós-operatória

A tala gessada é, então, retirada no período noturno. Este procedimento é aplicável tanto para os membros superiores, como para os inferiores.

São feitos os testes de força muscular, de sensibilidade e orientação para continuar os mesmos exercícios, adicionando-se os resistidos, quando necessário. Orienta-se a marcha livre e o paciente é preparado para a alta hospitalar.

Os testes de força muscular e de sensibilidade devem ser realizados com a seguinte frequência, após a alta do paciente: com 4 semanas, com 2 meses, com 3 meses, com 6 meses e a cada 6 meses.

Todos os procedimentos descritos podem sofrer alterações quanto à cronologia, face a intercorrências que possam surgir.

BIBLIOGRAFIA

- BORDAS, L.B. *Neurologia Fundamental*. Editora Toray, 3ª Edição Barcelona, Espanha, 1964.
- RENZO, S. & PANCIERA, C. Early surgery for hansen's neurites. *Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau*. Bologna, Italy, 1987.
- KELLY, E.D. *Fisioterapia na hanseniase para técnicos paramédicos*. CERPEA, Rio de Janeiro, 1978.
- PARDINI, A.G. Jr. *Lesões não traumáticas áa mão*. Editora MEDSI, Rio de Janeiro, 1990.
- KENDALL, H.O. *Músculos provas e funções*. Editora Manole, Sao Paulo, 1970.
- TESTUT-LATARJET. *Tratado de anatomia humana*. Editora Salvat S.A, Rio de Janeiro, 1951.