

A Quiropraxia no tratamento de lombalgia – Revisão Literária.

ANE CAROLINE CHEE A TOW BARBOSA¹

carolcatb@hotmail.com

FLAVIANO GONÇALVES LOPES DE SOUZA²

Pós-graduação em Ortopedia e Traumatologia com ênfase em Terapia Manual – Faserra

Resumo

Introdução: A Lombalgia são manifestações dolorosas localizadas na região lombar, provocando alterações musculoesqueléticas. A Quiropraxia lida com o tratamento e prevenções de desordens neuromusculoesquelética, onde por meio de manobras rápidas e precisas promove-se o ajustamento articular, possibilitando a homeostase corporal. **Objetivo:** Verificar por meio de revisão literária se a Quiropraxia é eficaz no tratamento de indivíduos acometidos pela lombalgia. **Método:** Realizou-se pesquisa em livros referente à coluna lombar e de artigos científicos nacionais (2000 à 2016) por meio de sites da Scielo, Imed, Lilacs, revistas periódicas e Google acadêmico, para informatização sobre a lombalgia e Quiropraxia. **Resultado:** Realizado estudo literário comparativo em indivíduos acometidos por lombalgia do tipo mecânica, com idade entre 18 a 65 anos, em situações ocupacionais diversificadas. Os indivíduos foram submetidos à técnica manipulativa, sendo avaliados por métodos específicos durante o processo de tratamento. **Conclusão:** Unanimemente, comprovou-se que a Quiropraxia proporcionou diminuição do quadro álgico num curto período de tempo, independente de gênero, ocupações e idade.

Palavras-chave: Coluna Vertebral, Lombalgia, Quiropraxia.

1. Introdução

A Síndrome dolorosa denominada Lombalgia se refere a processos doloroso localizados na região lombar, entre o último arco costal e a prega glútea, respectivamente entre L4 e L5, com ou sem irradiação da dor nos membros inferiores.^{1,2}

¹ Pós-graduando em Ortopedia e Traumatologia com ênfase em Terapia Manual.

² Orientador: Especialização em Fisioterapia Cardiopulmonar.

O quadro sintomatológico da lombalgia são dores localizadas ou irradiadas, espasmos musculares, fraqueza motora específica, alterações em dermatômos, diminuição da amplitude de movimento do segmento vertebral afetado e, em casos mais agravantes, geram impossibilidade de movimento, parestesias, hipotrofias, atrofia musculares e dor.³

A Quiropraxia surgiu nos Estados Unidos da América, especificamente na cidade de Davenport, Iowa, no ano de 1895, por meio do canadense Daniel David Palmer, onde por conceitos, princípios e filosofias próprios, explicou que existe uma relação entre a coluna vertebral, sistema musculoesquelético e sistema nervoso. Dessa forma, a técnica lida com o diagnóstico, tratamento e prevenção das desordens do sistema neuromusculoesquelético, sendo descartado o uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos.^{4,5,6}

Por se tratar de uma das causas mais frequentes de incapacidade decorrente da algia lombar, estima-se que 70% a 80% da população sofrerá um episódio de dor lombar durante a vida, tornando-se assim uma das condições dolorosas mais encontradas na prática fisioterapêutica.¹

A fisioterapia é uma profissão com possibilidades variadas de técnicas para tratamento da lombalgia, no entanto, por meio de pesquisas, este artigo tem por objetivo de caráter exploratório, conseguir comprovar que a técnica de terapia manual conhecida como Quiropraxia é um método que tem trazido resultados satisfatórios no tratamento de distúrbios musculoesqueléticos na região lombar. Com base nas informações supracitadas, justifica-se o questionamento proposto.

2. Fundamentação Teórica

Anatomia da Coluna Vertebral

Conhecida como um segmento complexo, a coluna vertebral funciona como eixo principal do corpo humano, proporcionando um elo mecânico entre as extremidades superiores e inferiores. Os movimentos da coluna ocorrem como resultado de movimentos combinados de vértebras individuais, são capazes de produzir movimento do tronco nos três planos, além de funcionar como protetor ósseo da medula espinhal, servir de fixador para vários músculos, oferecer flexibilidade para os movimentos do tronco, e, por fim, realizar absorção e transmissão de choques.^{7,8}

Os movimentos que o tronco é capaz de realizar são considerados triaxial, onde a flexão, extensão e hiperextensão ocorrem em um plano sagital, em torno do eixo frontal. A flexão lateral ou inclinação lateral ocorrem em torno do plano frontal e do eixo sagital, podendo ser para a esquerda ou para a direita. As rotações ocorrem no plano transversal,

em um eixo longitudinal, e são designadas para a direita e para a esquerda. (MOREIRA E RUSSO, 2005, PG. 125).

A coluna vertebral consiste numa pilha de 33 vértebras divididas estruturalmente em cinco regiões. De cima para baixo, a região cervical é composta por 7 vértebras cervicais, a região torácica, composta por 12 vértebras torácicas que se articulam com as costelas, formando o arcabouço na região anterior, que oferece proteção a órgãos vitais, como o coração e o pulmão; a região lombar, composta por 5 vértebras lombares e a vértebra S2 abriga o centro da gravidade e por fim, a região sacrococcígeo, composta por 5 vértebras sacral e 4 vértebras coccígeas fundidas, onde seu formato peculiar lembra a cauda de um cavalo, motivo pelo qual é chamada de cauda equina. ^{7,8}

Vista do plano sagital, observam-se quatro curvaturas fisiológicas que facilitam o seu suporte e oferecem uma resposta à carga semelhante a uma amola. A coluna cervical e lombar estão em posição de lordose, que é o aumento na concavidade posterior da coluna, quanto à coluna torácica e sacrococcígea, a posição em que se encontra é a de cifose, que é o aumento da convexidade posterior da coluna. ⁹

As vértebras encontram-se superpostas umas sobre as outras, sendo que de C2 à S1 são separadas por um disco intervertebral. O disco intervertebral é formado por um núcleo pulposo, composto por 80% de água e o restante de colágeno, e pelo anel fibroso, responsável por delimitar o núcleo pulposo, situando-o na porção central dos discos cervicais e torácicos, e levemente posterior nos discos lombares. ⁷

O disco intervertebral tem como funções principais resistir a forças compressivas e a contrações musculares; resistir as cargas externas que venham a atingir a coluna vertebral; suportar forças de torções e de curvamento aplicadas sobre a coluna; e restringir o excesso de movimento que ocorre no segmento vertebral. (MOREIRA E RUSSO, 2005, PG.127).

Músculos da Coluna Vertebral

A coluna vertebral é controlada e mantida ereta por um grupo de músculos profundos e superficiais do dorso, que se estendem da pelve à cabeça. A musculatura posterior de camada profunda da coluna são os músculos paravertebrais (semi-espinhais, multífidos, rotadores, interespinhais e intertransversários), atuam de forma estática e têm como função principal manter o tronco ereto durante a posição ortostática e de sedestação. Os músculos eretores (iliocostais, longuíssimos do tórax e espinhais) são músculos de camadas superficiais, atuam de forma dinâmica, tendo como função principal manter a coluna durante os movimentos. ^{10,4}

“A fisiologia descreve dois tipos de fibras musculares: a estática, de contração lenta e permanente, destinada ao controle postural, e a dinâmica, de contração rápida e intermitente, destinada aos movimentos propriamente dito”. (BIENFAIT, 2000, PG.11).

Os músculos abdominais (reto abdominal, oblíquo superior/inferior e transversos do abdome) atuam na cadeia anterior do tronco, são considerados os músculos unicamente dinâmicos do tronco, responsáveis pelo movimento e estabilidade da região anterior do tronco, sendo importante mantê-los fortalecidos e resistentes, pois possuem influência na coluna vertebral. ⁴ Além desses, existem os músculos adicionais, a saber, músculos iliopsoas, formado por dois músculos, ilíaco e psoas maior, responsável por realizar a flexão e rotação externa de quadril e o músculo quadrado lombar, que tem a função de realizar a flexão lateral do tronco, a depressão da 12ª costela, bem como por manter a posição pélvica durante a fase de balanceio na deambulação. ⁹

Biomecânica da Coluna

Enquanto a região torácica prioriza o movimento de lateralização, os movimentos predominantes na região lombar são os de flexão e o de extensão, devido as disposições das facetas articulares. ⁷

Estima-se que 80 a 90% do movimento de flexão e extensão na coluna lombar ocorrem em dois níveis vertebrais, L4 – L5 e L5 – S1. No entanto, essa região também é considerada a de maior incidência de hérnias discais. Isso ocorre por uma questão anatômica, no qual o ligamento longitudinal posterior por não recobrir a superfície pósterolateral do disco, torna o local propenso a protusões discais. ⁹

Lombalgia

O termo lombalgia se refere a processos algícos localizada na região lombar, mais especificamente situada na parte inferior do dorso, entre o último arco costal e a prega glútea, com ou sem irradiação da dor nos membros inferiores, ocorrendo normalmente na linha média, na região correspondente à quarta e quinta vértebra lombar, a saber, L4 e L5. ^{1,2}

A Organização Mundial da Saúde estima que 80% dos sujeitos têm ou terão, um dia, lombalgia, e em 40% dos casos a dor inicial tende a se tornar crônica, trazendo como consequência, prejuízos econômicos e psicossociais. Tais estimativas demonstram que a lombalgia se tornou um problema de caráter epidemiológico na população em geral. ¹²

No Brasil é estimado que mais de 10 milhões de pessoas sofram com a incapacidade decorrente de algia lombar. Estima-se também que 70% a 80% da população sofrerá um episódio de dor lombar na vida, tornando-se uma das condições dolorosas mais encontradas na prática fisioterapêutica.¹

As dores lombares são divididas em lombalgia aguda ou crônica, no qual a aguda causa dores de início súbito, por um período de até quatro semanas, onde o tratamento se limita a repouso e uso de medicamentos anti-inflamatórios e analgésicos. Já a dor crônica pode perdurar por mais de dozes meses e seu tratamento, onde além da utilização de fármacos, emprega-se condutas fisioterapêuticas, e em casos extremos, é requerido intervenção cirúrgica.¹³

A lombalgia pode ser classificada como primária ou secundária, com ou sem comprometimento neurológico, mecânico-degenerativa, não mecânica; inflamatória, infecciosa, metabólica, neoplásica ou secundária à repercussão de doenças sistêmicas e também o grupo das lombalgias não orgânicas, que se aplica àquelas de origem psicossomáticas.¹⁴

Uma das principais causas de dores lombares são do tipo mecânica, que se caracteriza quando a articulação entre dois ossos é levada a uma posição que estira em excesso os ligamentos circundantes, bem como outros tecidos moles.¹⁴

Ratificando o estudo acima, pesquisas confirmam que 97% das queixas de dores lombares são de origem mecânica e, pode ser definida com dor secundária, provocada por postura inadequada relacionada a uso excessivo de uma estrutura anatômica normal, traumas ou deformidades estruturais, onde articulações facetarias, bem como estruturas moles, como músculos, ligamentos, nervos e meninges, são frequentemente afetadas.⁶

Entre os fatores de riscos, encontra-se a falta de condicionamento físico, a fraqueza da musculatura da cadeia anterior (músculos abdominais) e cadeia posterior (músculos espinhais) da coluna, obesidade, a altura, má postura, e as de caráter ocupacionais, com o de deslocar objetos pesados, a sedestação prolongada, exposição a estímulos vibratórios por um longo período de tempo, e, cada vez mais frequente, o sedentarismo.¹⁵

O quadro sintomatológico da lombalgia são dores localizadas ou irradiadas, espasmos musculares, fraqueza motora específica, alterações em dermatômos, diminuição da amplitude de movimento do segmento vertebral afetado e, em casos mais agravantes, geram impossibilidade de movimento, parestesias, hipotrofias, atrofia musculares e dor.³

Quiropraxia

A Quiropraxia surgiu nos Estados Unidos da América, especificamente na cidade de Davenport, Iowa, no ano de 1895. A descoberta da técnica deu-se de forma surpreendente, no qual o doutor canadense Daniel David Palmer, ao realizar uma manobra de manipulação articular em um paciente com deficiência auditiva, obteve, na ocasião, um resultado positivo. Por esta razão, foi nessa mesma cidade que ocorreu a inauguração da primeira escola voltada para ensinamentos da Quiropraxia. ⁴

O vocábulo Quiropraxia é oriundo de duas raízes gregas que significam “feitos com as mãos”, motivo pelo qual a profissão se insere nas esferas de técnicas de terapias manuais. Possuidora de seus próprios conceitos, princípios e filosofias, onde existe uma relação entre a coluna vertebral, sistema músculo esquelético, aliados à função do sistema nervoso, a técnica se distinguiu dentre as demais profissões da área da saúde devido sua eficiência e singularidade. ⁵

A técnica se desenvolve a partir do diagnóstico, o tratamento, a prevenção das desordens do sistema neuromusculoesquelético, bem como o efeito dessas desordens de forma geral no corpo. Na realidade, pode-se afirmar que o exercício da Quiropraxia enfatiza o tratamento conservador do sistema musculoesquelético, sendo descartado o uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos. ⁶

O corpo humano é uma estrutura dinâmica, capacitado para manter o equilíbrio entre seus sistemas, no entanto, devido sua exposição a situações de traumas ou microtraumas repetitivos, sucede o que chamamos de subluxação articular, ou seja, ocorre uma disfunção entre as áreas articulares, gerando restrição no movimento, podendo ou não resultar num mau posicionamento na área articular. Essas disfunções provocam sequelas funcionais ou patológicas, o que geram distúrbios biomecânicos e/neurofisiológicos das estruturas envolvidas, afetando direta ou indiretamente outros sistemas corporais. ⁵

O tratamento propriamente dito consiste em técnica manual visando o ajustamento articular, onde o terapeuta executará manobras rápidas e precisas, geralmente acompanhadas de estalidos, no qual restaurará a função da articulação, permitindo com que o corpo viabilize o processo de auto cura, reestabeleça a harmonia neuromusculoesquelética e, por fim, reduza os riscos de desenvolver lesões. ⁴

A Quiropraxia baseia-se em técnica de ajustes biomecânicos, os quais devolvem os movimentos artrocinemáticos (micromovimentos) normais à coluna vertebral, reduzindo a compressão neural responsável pela sintomatologia dolorosa daquele determinado dermatomo. (SILVA, 2012, PG. 106).

3. Metodologia

Foi realizada análise literária do tipo analítica, ordenada a partir de uma revisão de literatura, realizada através livros, artigos científicos nacionais, base de dados Scielo, Imed, Lilacs, revistas periódicas e Google acadêmico. As palavras chaves utilizadas foram Coluna Vertebral, Lombalgia e Quiropraxia. Fez-se a pesquisa no período de maio a novembro de 2017, onde foram selecionados artigos que fizessem alusão à Síndrome dolorosa em região lombar e a Quiropraxia. Foram selecionados também artigos cuja a metodologia era do tipo Ensaio Clínico Controlado Randomizado, objetivando um estudo literário comparativo em indivíduos acometidos pela lombalgia e que foram submetidos ao tratamento manipulativo articular. Os dados do estudo foram pesquisados em um notebook com sistema operacional Microsoft Windows 7 e digitalizados no editor de texto Microsoft Word 2003.

4. Resultados e Discussão

4.1 Resultados

Neste artigo foram analisados três estudos de ensaio clínico controlado randomizado, no qual o primeiro estudo foram avaliados 9 artigos de ensaios clínicos randomizados, em pacientes institucionalizados, com idade entre 18 a 65 anos. Realizaram um estudo comparativo, onde concluíram que as manobras de Quiropraxia proporcionavam efeito satisfatório na diminuição do quadro álgico da região lombar.³ No segundo estudo, foram realizadas pesquisas com 19 cirurgiões – dentistas, de ambos os gêneros, 12 homens e 7 mulheres, com idade entre 28 e 60 anos. Os autores observaram diferenças estatísticas significantes após o tratamento com a Quiropraxia, onde houve diminuição nos valores de EVN (média inicial 3,21 e média final 0,63, $p < 0,0001$) e decréscimo na pontuação do QLO (média inicial 22% e média final 7,5 %, $p < 0,0001$).⁶ Por fim, no terceiro estudo, analisaram-se 16 indivíduos do sexo masculino, com idade entre 23 e 61 anos, sendo que 9 atuavam em áreas comerciais e 7 no restaurante.¹⁶ Os autores concluíram que os ajustes quiropráticos na articulação occipital-atlas foram satisfatórios para o tratamento da lombalgia mecânica, resultando no aumento da ADM na região lombar e sacral, bem como, diminuição do quadro álgico em região lombar. O critério exigido aos participantes de todos os estudos era que apresentassem queixas de lombalgia do tipo mecânica.

4.2 Discussão

Silva, et al, 2012 realizaram seus estudos por meio de revisão literária, no qual os autores selecionaram sites da saúde, como PUMED, MEDLINE e Pedro, e escolheram 11 artigos de ensaios clínicos controlado randomizado, do qual apenas 9 artigos atenderem aos critérios

almeçados no estudo, que era o de avaliar os efeitos da técnica de Quiropraxia no tratamento da dor lombar em pacientes institucionais, com idade entre 18 a 65 anos. O método de avaliação utilizada, pela maioria dos estudiosos para a avaliação da dor, bem como no efeito do tratamento feito pela técnica, foram feitas por meio de questionários específicos, tais como: Escala Visual Analógica, Índice Funcional de Oswestry, Questionário de Roland Morris, dentre outros.

A pesquisa realizada foi do tipo comparativa, onde os pacientes aptos a receberem o tratamento de manipulação articular, geralmente eram comparados a outro grupo que ao mesmo tempo recebiam tratamentos diferentes, tais como: fisioterapia convencional, massoterapia e placebo. Foi concluído pelos autores que as manobras de Quiropraxia proporcionavam efeito positivo, eficiente e mais rápida no quadro algico da região lombar quando comparada aos demais métodos. No entanto, admitiram a carência de estudos que mostrasse os efeitos da técnica manipulativa no tratamento de lombalgia, propondo, inclusive, a realização de um maior número de ensaios clínicos, com métodos de avaliação mais fidedignos, com o intuito de verificar seus efeitos. ³

Tsuchida, et al, 2010 realizaram suas pesquisas com 19 cirurgiões – dentistas, de ambos os gêneros, 12 homens e 7 mulheres, com idade entre 28 e 60 anos. O critério exigido aos participantes era que apresentassem queixas de lombalgia do tipo mecânica, sendo posteriormente, submetidos a avaliação quiroprática da região lombar, preenchimento do questionário de lombalgia de Oswestry (QLO) e quantificação da intensidade da dor por meio da Escala Visual Numérica (EVN). Foram aplicados 4 sessões em dias alternados, onde os participantes receberam o TMA (técnica diversificada) como procedimento quiroprático.

Os autores observaram diferenças estatísticas significantes após o tratamento, onde houve diminuição nos valores de EVN (média inicial 3,21 e média final 0,63, $p < 0,0001$) e decréscimo na pontuação do QLO (média inicial 22% e média final 7,5 %, $p < 0,0001$). Sendo assim, os estudiosos concluíram que a técnica quiroprática na lombalgia mecânica dos cirurgiões-dentistas, levando em consideração o curto espaço de tempo, bem como as poucas intervenções, proporcionou bons resultados na redução do quadro sintomatológico nessa classe profissional. ⁶

Motta, et al, 2010 analisaram neste estudo 16 indivíduos do sexo masculino, com idade entre 23 e 61 anos, sendo que 9 atuavam em áreas comerciais e 7 no restaurante. O critério de inclusão para a pesquisa era de que os indivíduos apresentassem quadro de lombalgia do tipo mecânica ou crônica e restrições em C0-C1. Estudos afirmam que a subluxação da região alta da cervical altera a biomecânica da região lombar causando dor, limitação de movimento e torção do disco intervertebral na região de L5-S1. ¹⁶

O objetivo do estudo foi o de verificar o efeito da manipulação articular no segmento occipital-atlas, bem como na lombalgia mecânica nos trabalhadores elegidos para a pesquisa. Aplicou-se um questionário de Avaliação Funcional de Oswestry, ficha de anamnese, medição da amplitude de movimento (ADM) em flexão da região lombar por meio do inclinômetro e análise da Escala Visual de dor. Os autores concluíram que os ajustes quiropráticos na articulação occipital-atlas foram satisfatórios para o tratamento da lombalgia mecânica, resultando no aumento da ADM na região lombar e sacral, bem como, diminuição do quando álgico dessa região.¹⁶

5. Conclusão:

A partir dos resultados encontrados neste estudo, conclui-se que a técnica de terapia manual denominada Quiropraxia foi eficaz no tratamento da lombalgia do tipo mecânica, onde pode-se constatar uma diminuição satisfatória do quadro sintomatológicos. Observou-se também que independente do gênero, idade e situações ocupacionais do grupo de participantes escolhidos e enquadrados nos estudos, o efeito da técnica manipulativa manteve-se inalterável no que se refere a eficiência e nos bons resultados da redução dos sintomas álgicos.

6. Referências

- 1 MACHADO, G.F.; BIGOLIN, S.E.; **Estudo comparativo de casos entre a mobilização neural e um programa de alongamento muscular em lombálgicos crônicos**, 2010, acesso em maio de 2017;
- 2 LIZIER, Daniele Tatiane; PEREZ, Marcelo Vaz; SAKATA, Rioko Kimiko; **Exercícios para tratamento de Lombalgia Inespecífica**, Revista Bras Anestesiol, 2012, acesso em maio de 2017;
- 3 SILVA, Rodrigo Marcel Valentim da; LIMA, Márcio Souza de; COSTA, Fernando Henrique; SILVA, Ana Carolina da; **Efeitos da Quiropraxia em pacientes com lombalgia: uma revisão sistemática**, 2012, acesso junho em 2017;
- 4 CAVALCANTE, Cleiva Alba de Moraes, **Efeito do tratamento Quiroprático na lombalgia crônica de idoso**, 2014, acesso em junho de 2017;
- 5 SOUZA, Flávia de Costa; TURK, Naemen Omar El; PAIVA, Mara Célia de; DUENHAS, Daniel; FAGUNDES, Djalma; **Elaboração de um Guia prático dos testes ortopédicos para coluna vertebral**, Revista Brasileira de Quiropraxia, 2010, acesso em junho de 2017;
- 6 TSUCHIDA, Julia M.F.; WATANABE, Rúbens M.; LOPES, Evergisto L.M.; VALVERDE, Pablo B.; **Eficácia da terapia de manipulação articular quiroprática em odontólogos portadores de lombalgia mecânica**, Revista Brasileira de Quiropraxia, 2010, acesso em julho de 2017;

- 7 LIPPERT, Lynn S.; **Cinesiologia Clínica para Fisioterapeutas**, edição 3, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003;
- 8 HALL, Susan J.; **Biomecânica Básica**, edição 4, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005;
- 9 MOREIRA, Demóstenes; RUSSO, André Faria; **Cinesiologia Clínica e Funcional**, edição 1, Rio de Janeiro: Atheneu, 2005;
- 10 JACOB, Stanley W.; FRANCONI, Clarice Ashworth; LOSSOW, Walter J.; **Anatomia e fisiologia humana**, edição 5, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011;
- 11 BIENFAIT, Marcel; **As Bases da Fisiologia da Terapia Manual**, edição revista e atualizada, São Paulo: Summus Editorial, 2000;
- 12 FERREIRA, Mariana Simões; NAVEGA, Marcello Tavela; **Efeito de um programa de orientação para adultos com lombalgia**, 2010, acesso em agosto de 2017;
- 13 ARAÚJO, Alisson Guimbala dos Santos; OLIVEIRA, Lusiane de; LIBERATORI, Mariela Fioriti; **Protocolo Fisioterapêutico no Tratamento da Lombalgia**, 2012, acesso em agosto de 2017;
- 14 BARROS, Glauber Diniz; **Terapias Manuais na Lombalgia: Revisão da Literatura**, 2014, acesso em agosto de 2017;
- 15 SILVA, Lucélia Oliveira, **Lombalgia: Terapia Conservadora**, 2014, acesso em setembro de 2017;
- 16 MOTTA, Fábio L.C.; GERÔNIMO, Cintia L.; CABRAL, Dayane M.C.; LOPES, Evergisto S.M.; CAMPELO, Joubert; **Ajuste articular do complexo de subluxação do segmento occipital-atlas, em indivíduos com lombalgia mecânica**, Revista Brasileira de Quiropraxia, 2010, acesso em outubro de 2017.