método Busquet

AO de quadril e Método Busquet

Como o Método Busquet aborda a coxartrose?

Por Kamilla Gaudereto

Osteoartrite ou osteoartrose é uma doença articular degenerativa caracterizada por dor insidiosa, que piora à movimentação (protocinética) e aos esforços e, em estágios mais avançados, pode ocorrer também em repouso. Pode ser acompanhada de rigidez articular matinal, que tipicamente ocorre por menos de 30 minutos.

É uma das causas mais frequentes de dor do sistema musculoesquelético e de incapacidade para o trabalho no Brasil e no mundo.

Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia sua importância pode ser demonstrada através dos dados da previdência social no Brasil, pois é responsável por 7,5% de todos os afastamentos do trabalho.

Nos quadris, a dor localiza-se na região inguinal ou nas nádegas, podendo irradiar-se pela face medial das coxas até os joelhos, e é agravada pela marcha ou para sentar-se e levantar-se de superfícies mais baixas. Com a progressão da doença, a dor pode ocorrer ao deambular e, posteriormente com qualquer movimento. A doença é vista como avançada quando há limitação do movimento articular e instabilidade ligamentar. Se houver presença de corpo livre no líquido sinovial, podem ocorrer crises de bloqueio articular.

De modo geral, a OA pode ser classificada em primária (degeneração não associada a uma outra doença articular prévia) ou secundária (resultado de um processo degenerativo e/ou articular pré-existente). A OA secundária pode ser posterior a artrite, trauma e osteonecrose, por exemplo.

A Liga Europeia contra o Reumatismo (EULAR) reuniu um grupo de especialistas para produzir recomendações baseadas em evidências para o manejo não farmacológico de pessoas com OA de quadril ou joelho, sendo que, o exercício físico é um dos pilares.

A terapia manual também é uma ferramenta para auxiliar no tratamento da AO.

Pela ótica do Método Busquet quando se analisa a relação contentor X conteúdo é uma das possíveis maneiras de compreender o desenvolvimento de dor e alterações na coxofemoral. Sabendo da íntima relação do plano visceral com o muscular, uma alteração que tivermos no plano visceral pode parasitar o funcionamento dos músculos.

Por exemplo, nas mulheres, os órgãos da pelve menor são recobertos pelo peritônio parietal pélvico graças à continuidade dos ligamentos largos, o peritônio parietal pélvico adere lateralmente as paredes pélvicas que constituem as aponeuroses dos obturadores e dos elevadores. Anteriormente essa continuidade tissular fixa-se: nos lábios do pudendo, na face posterior do púbis e posteriormente, ela atinge a face anterior de S2, S3 e S4.

Dessa maneira todas as partes dos órgãos da pelve menor são fixadas à estrutura musculoesquelética. Podemos ver que a organização estática dos órgãos da pelve menor reproduz um modelo de rede presente nos órgão abdominais. De fato, assim como estes últimos, os órgãos pélvicos devem poder aliar variações de volume, mobilidade e estabilidade.

Por outro lado, estes órgãos necessitam de uma proteção que os preservem de tensões que poderiam ocasionar variações intempestivas de pressões devida a ação do diafragma, em particular quando a bexiga e a ampola do reto estão cheias.

A lordose lombar, a pressão anteroinferior do diafragma da parede infra umbilical, a arquitetura das asas ilíacas, do orifício superior da pelve e dos forames obturadores são então componentes indispensável que

fornecem um “comporta de descompressão” na cavidade pélvica. Assim, o estudo anatômico do peritônio da pelve menor mostra novamente as relações bem estreitas entre as estruturas viscerais e musculoesqueléticas. As tensões da esfera uroginecológica vão se transmitir aos músculos lombo pélvicos e coxofemorais em consequência podendo gerar a coxartrose.

Outro fator a ser considerado, é que a inervação do peritônio parietal é feita por fibras nervosas somática dos nervos espinais (frênico, intercostais, subcostais e plexo lombar). As informações nociceptivas oriundas do peritônio desencadeiam a contratura reflexas dos músculos que possuem os mesmos retransmissores metaméricos.

As tensões, as distensões (por exemplo, ligadas a uma ptose) e as inflamações desencadeiam contraturas musculares através de ramos comunicantes (assim como uma sensibilidade cutânea) no nível paravertebral e abdominal em função dos miótomos envolvidos. Frequentemente cíclicas no início, essas tensões acabam se tornando cada vez mais frequentes e prolongadas. As consequências das contraturas, isto é, de um trabalho muscular excessivo e estático são então matematicamente previsíveis: aumento na compressão, estases vasculares, fibrose, coccigodínea e possível indução as artroses coxofemorais.

Podemos deduzir essa influência dos músculos sobre os órgãos que, ao contrário da fonte visceral, vai modular a tonicidade dos músculos. As cadeias fisiológicas e a cadeia visceral devem, portanto, ser consideradas em conjunto.

A cadeia neuromeníngea, nos permitirá ainda auxiliar o diagnóstico pois de fato ela se ramifica na cadeia visceral e além de poder apresentar algum “encarceramento” devido ao aumento de tensão muscular irritando o nervo e gerando sintomas.

E, por último, temos a relação da ação dos obturadores em sinergia com o psoas. A fisiologia desses músculos atuam de forma complementar favorecendo a centragem anteroposterior da cabeça femoral, a centragem frontal e a complementação na flexão facilitando a congruência articular. Assim, um aumento de tonicidade mantida de algum desses músculos pode ocasionar um desequilíbrio dessa harmonia articular limitando a mobilidade do fêmur. Se houver um desequilíbrio constante entre os dois, pode gerar artrose no quadril, sendo elas caracterizadas como: polar superior (psoas); polar inferior (obturares), penetrante (os dois) e expulsiva.

É aí que reside a originalidade do tratamento das cadeias: considerando a inter-relação entre as mesmas de modo a determinar mais rigorosamente uma das possíveis origem do problema e a estratégia a ser utilizada pelo tratamento.

REFERÊNCIAS BIBILIOGRÁFICAS

1- Welch V, Brosseau L, Peterson], Shea B, Tugwell P, W ells G. Therapeutic llltrasollnd for osteoarthritis of the knee. Cochrane Oatabase Syst R ev 3:C0003132, 2001.

2- World Health Organization. Chronic diseases and health promotion. Chronic rheumatic conditions. Disponível em: http://www.who.int/chp/topics/rheumatic/en/.

3- Maetzel A, Li LC, Pencharz J, et al. The economic burden associated with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and hypertension: a comparative study. Ann Rheum Dis. 2004;63(4):395-401

4- Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Arthritis Rheum. 2000;43(9):1905-15

5- Belo JN, Berger MY, Reijman M, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies. Arthritis Rheum. 2007;57(1):13-26.

6- As cadeias fisiológicas – A cadeia visceral:abdome/pelve. Vol.VI. Michèle Busquet-Vanderheyden. 2ªed. Barueri: Manole,2009