

GONARTROSE AVANÇADA

ADVANCED GONARTHROSIS

Patrick Golinelli de Oliveira Barros¹

Arthur Rodrigues Neto²

RESUMO: A osteoartrite (OA) do joelho é uma doença inflamatória e degenerativa que ocasiona a destruição da cartilagem articular e leva à perda de funções. Sua prevalência vem crescendo consideravelmente devido ao aumento da expectativa de vida e da obesidade, e o diagnóstico pode ser feito por meio de avaliação e exames médicos, e é confirmado em imagens radiográficas complementares. Uma condição multifatorial, a OA do joelho pode ser influenciada por diversos aspectos locais, sistêmicos e externos; além disso, a sua evolução e as respostas aos tratamentos dependem muito das características de cada indivíduo. Inicialmente, recomenda-se proceder a um tratamento medicamentoso e a terapias alternativas que melhorem a qualidade de vida do paciente; mas, a partir do momento em que se verifica que tais terapias não estão proporcionando resultados satisfatórios, um tratamento cirúrgico deve ser considerado. Entre os tratamentos cirúrgicos, as artroscopias, as osteotomias e as artroplastias parciais e totais são destacadas; os métodos não cirúrgicos incluem o uso de medicamentos e de terapias alternativas, como infiltrações, acupuntura e prática de exercícios físicos. Vale ressaltar ainda que a utilização de biomarcadores pode ser uma importante estratégia para detectar precocemente a doença, avaliar sua atividade, prever um prognóstico e monitorar uma melhor resposta à terapia; porém, esse tema ainda deve ser foco de mais estudos para que os seus resultados sejam comprovados.

2110

Palavras-chave: Artroscopia. Biomarcadores. Cartilagem articular. Exercício físico. Joelho. Infiltrações intra-articulares. Osteoartrite.

ABSTRACT: Knee osteoarthritis (OA) is an inflammatory and degenerative condition resulting in articular cartilage destruction and functional loss. Its prevalence has grown considerably due to increased life expectancy and obesity, and its diagnosis relies on evaluation, medical examination, and confirmation by supplementary radiographic images. Knee OA is multifactorial and influenced by several local, systemic, and external aspects. In addition, its progress and therapeutic responses highly depend on the characteristics of each subject. The initial recommendation is drug treatment and alternative therapies to improve quality of life. However, if these treatments are unsuccessful, one must consider surgical treatment. Surgical options include arthroscopies, osteotomies, and partial and total arthroplasties, while non-surgical treatments include medications and alternative therapies such as infiltrations, acupuncture, and physical exercise. It is worth highlighting that biomarkers can be a significant strategy for early disease detection, assessment of disease activity, prediction of prognosis, and monitoring a better response to therapy. Nevertheless, this topic must be the focus of further research to confirm its findings.

Keywords: Arthroscopy. Biomarkers. Articular cartilage. Physical exercise. Knee. Intra-articular injections. Osteoarthritis.

¹ 9º Período de Fisioterapia na UNIG.

² Orientador. Discente na faculdade UNIG Especialista em fisioterapia pneumofuncional na UNIABEU. Universidade Iguazu – UNIG.

I – INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) é uma doença responsável pela degradação da cartilagem, remodelação óssea, formação de osteófitos e inflamação sinovial; causa dores, características de rigidez, edema e perda da funcional articular, e é uma das principais causas de incapacidade entre as faixas etárias adulta e idosa.^{1,2} Em decorrência do envelhecimento da população e a progressiva prevalência da obesidade, esta doença vem apresentando maior incidência nos dias atuais.² A OA é considerada a doença mais comum do joelho que, quando instalada, pode ocasionar derrame articular de repetição e limitação funcional.³ Nas últimas décadas, verificou-se lentidão e constância na compreensão da fisiopatologia da OA do joelho; contudo, lacunas referentes à sua patogênese causam impactos negativos no desenvolvimento e na inovação de medicamentos. Devido à falta de novos medicamentos e drogas modificadoras para tratar OA do joelho, torna-se evidente a necessidade de alteração de estilo de vida, o que pode retardar a necessidade de intervenção cirúrgica.⁴ Além disso, a atividade física de baixo impacto recebe destaque pelas sociedades médicas, ao passo que as intervenções cirúrgicas podem mostrar resultados conflitantes.⁵⁻⁷ Adicionalmente, as terapias biológicas vêm sendo cada vez mais procuradas como alternativas para o tratamento da OA, com destaque para as infiltrações intra-articulares (IAs). O ácido hialurônico (AH) é amplamente utilizado como tratamento conservador seguro para OA no joelho e outras articulações,⁸ com o objetivo de proporcionar alívio da dor, estimular a produção de líquido sinovial e fornecer amortecimento e lubrificação às superfícies articulares.⁹ Há uma crescente vertente científica que apoia uso das IAs com AH para OA de joelho em detrimento de placebo e de outros tipos de terapias. Acharya et al.,¹⁰ ao analisarem a eficácia da IA com AH em termos de dor, capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes com OA do joelho precoce e primária, relataram efeitos benéficos de curto prazo (até um ano), e observaram uma tendência decrescente na intensidade da dor e uma progressiva melhora do funcionamento físico e da qualidade de vida relacionada à saúde do paciente, após uma única aplicação. Uma condição multifatorial, a OA do joelho pode ser influenciada por diversos aspectos locais, sistêmicos e externos; além disso, a sua evolução e as respostas aos tratamentos dependem muito das características de cada indivíduo. Visando um melhor entendimento sobre essa patologia, o objetivo deste estudo foi reunir informações sobre a fisiopatologia e o diagnóstico clínico, bem como trazer atualizações sobre o seu tratamento.

II – MATERIAIS e METODOS

Trata-se de um estudo de caso, de um idoso de 72 anos, com o objetivo de analisar a atuação da fisioterapia nos pacientes com Gonartrose (osteoartrose) no joelho, com intervenções fisioterapêuticas, presente na literatura científica.

O presente estudo de caso foi desenvolvido na clínica de ensino em fisioterapia do Campus I da Universidade Iguaçu, Avenida Abílio Augusto Távora ,2134- Nova Iguaçu, RJ, Cep: 26275580.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi elaborado com consentimento do paciente e sua responsável legal, que assinou o TERMO DE ASSENTIMENTO, e assim viabilizando a preparação do estudo partindo dos dados coletados.

MATERIAIS PARA AVALIAÇÃO

Estetoscópio (Premium); Esfigmomanômetro (Premium); Oxímetro digital de dedo LED (G-tech); Fita métrica (p.a.med); Goniômetro em PVC (casa médica) e Maca.

2112

MÉTODOS PARA A AVALIAÇÃO

A avaliação fisioterapêutica foi efetuada partindo da coleta dos seguintes dados: Diagnóstico médico (DM); Queixa Principal; História da Gestação, Parto e Nascimento (HGPN); História da Patologia Pgressa (HPP); História da Doença Atual (HDA); História Alimentar Nutricional; História Medicamentosa; História de Imunização; História do Crescimento e Desenvolvimento; História Familiar; História Socioambiental; Exame Físico- clínico; Exames complementares; Testes específicos; Escala: MACS; Diagnóstico cinético funcional; Objetivos; Prognóstico e plano terapêutico.

MÉTODOS DO TRATAMENTO

Ultrassom, no modo contínuo, em 0.8 watts por 5min no terço distal da coxa na parte anterior com intensão de relaxamento muscular.

Eletroterapia (Tens) no joelho esquerdo, com frequência de 120 hz, por 30 minutos, para alívio do quadro álgico.

Cinesioterapia Passiva de flexão de joelho esquerdo e direito, para aumentar a ADM.

Alongamento de posteriores de coxa de forma passiva.

Alongamento de quadríceps femoral esquerdo e direito de forma passiva.

Mobilização de patela: latero-lateral e crânio-caudal.

Treino de marcha.

III – APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente idoso, sexo masculino, 72 anos de idade, com diagnóstico médico de Gonartrose Esquerda Avançada, a queixa principal é “ não consigo dobrar o joelho”, no História da doença atual, o paciente relata que no final de 2023 apresentou quadro de edema no joelho esquerdo e dificuldade para flexionar a articulação. Relata também quadro algico EVA 7 na articulação do joelho esquerdo ao iniciar flexão. Ao chegar no final de 2024 não conseguia se locomover por conta do quadro algico intenso. Em dezembro, o paciente relata que procurou o médico e o mesmo prescreveu medicamentos para abolir o edema. No início de janeiro notou-se uma diminuição do edema, permitindo o paciente deambular em marcha claudicante. Na História da Doença Pgressa tem hipertensão e diabetes. No histórico familiar não relatou. No histórico medicamentoso faz uso de Glifage (2x dia), Gliclazida (1xdia), Pressat (1xdia), Magnésio Dimalato (1xdia) e Colageno tipo 2 (2xdia). No histórico social realiza atividades cotidianas com limitações.

2113

Exame Físico-Clínico: Avaliação foi realizada dia 10/02/2025.

Inspeção:

Edema no membro inferior esquerdo na articulação do joelho.

Tabela dos Sinais Vitais:

P.A: 140x90 mmHg	Hipertenso
F.C: 71 BPM	Normocárdico
F.R: 16 IRPM	Eupneico
TAX: 35.8°C	Hipotérmico
Sato2: 98%	Normosaturando

Palpação:

Rigidez muscular e patela aderida.

Goniometria:

(E):

(D):

Flexão: 43°	Flexão: 50°
Extensão: 180°	Extensão: 180°

Teste de Força Muscular:

Impossibilitado de realizar devido a limitação de flexo-extensão no joelho esquerdo.

Teste de sensibilidade:

Sensibilidade preservada no membro inferior esquerdo (joelho)

Testes específicos:

Em decorrência do bloqueio articular, fica momentaneamente inviável a realização dos testes específicos.

Exames Complementares:

Radiografia do joelho esquerdo (AP e Perfil de carga)

Diagnóstico Cinético-funcional:

Déficit de amplitude de movimento (ADM) para flexão do joelho esquerdo, quadro álgico e marcha claudicante.

Prognóstico:

Reservado.

2114

Objetivos fisioterapêuticos:

Curto prazo: Aliviar o quadro álgico e abolir o edema do joelho esquerdo.

Médio prazo: Ganhar ADM para flexo-extensão do joelho esquerdo.

Longo prazo: Reabilitação da marcha e ganho de força muscular no membro inferior.

Conduta fisioterapêutica:

Ultrassom, no modo contínuo, em 0.8 watts por 5 min no terço distal da coxa na parte anterior com intensão de relaxamento muscular.

Eletroterapia (TENS) no joelho esquerdo, com frequência de 120 hz, por 30 minutos para alívio do quadro álgico.

Cinesioterapia passiva de flexão de joelho esquerdo e direito para aumento da ADM.

Alongamento de posteriores de coxa de forma passiva

Alongamento de quadríceps femoral esquerdo e direito de forma passiva.

Mobilização de patela: latero-lateral e crânio-caudal.

Treino de marcha.

V - RESULTADOS

A avaliação foi realizada no dia 10/02/2025. A seguir, somente melhoras e resultados que se mantiveram, fazendo com que não houvesse uma piora do quadro do paciente.

Tabela do quadro algico:

	Avaliação
Quadro algico	EVA 7

Eva = Escala

Durante a avaliação, o paciente relatou um quadro algico EVA 7, era uma queixa frequente, durante o tratamento e o paciente relata que o quadro algico diminuiu consideravelmente, e que o edema também diminuiu. Nas últimas semanas de tratamento o paciente relatava quadro EVA 5, apenas ao iniciar o movimento de flexo-extensão no joelho esquerdo.

CONCLUSÃO

Observamos que no presente estudo a Gonartrose avançada tem um prognóstico reservado quando se trata somente da fisioterapia. Porém, por mais que o quadro de Gonartrose não tenha sido revertido, podemos observar que com os alongamentos e exercícios propostos obtivemos melhora no quadro algico, hipotonia, coordenação e amplitude de movimento e fizeram com que as deformidades não evoluíssem. Por se tratar de uma doença crônica, não houve tempo hábil para alterar os parâmetros (arco de movimento, coordenação, etc). Portanto, podemos concluir que a fisioterapia é indispensável no tratamento da Gonartrose, fazendo com que o paciente, dentro de suas limitações, tenha uma boa qualidade de vida.

2115

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brandt KD, Dieppe P, Radin E. Etiopathogenesis of osteoarthritis. Med Clin North Am 2009;93(1):1-24.
2. Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra MA, Arden NK, Bresnihan, et al. EULAR evidencebased recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. Ann Rheum Dis 2010;69(3):483-9.
3. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. Osteoarthr Cartil 2008;16(2):137-62.
4. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III:

Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis Cartilage* 2010;18(4):476-99.

5. Jacox AK, Carr DB, Chapman CRea. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma clinical practice guideline. Rockville (MD)7 US: Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Policy and Research 1992:92-0032.
6. 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.
7. Pendleton A, Arden N, Dougados M, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2000;59(12):936-44.
8. Lipsky PE. Algorithms for the diagnosis and management of musculoskeletal complaints. Introduction. *Am J Med* 1997;103(Suppl 6A):1S-2S.
9. Lee JA. Adult degenerative joint disease of the knee. Maximizing function and promoting joint health. Institute for Clinical Systems Integration. *Postgrad Med* 1999;105(7):183-6, 189-90, 94 passim.
10. DAMASCENO, Flávio Marques. CUNHA, Francisca Maria Aleudinelia. Eficácia das técnicas de terapia manual na gonartrose: uma revisão. *Fisioterapia Ser • vol. 11 - nº 2 • 2016* pág 54 a 61.
11. CRUZ, Tatiana Moraes. MEJIA, Dayana . Efeito das bandagens funcionais como recurso no tratamento da gonartrose: revisão bibliográfica. Faculdade Ávila. s.d.
12. BENTES, Rafael do Nascimento. BOSSINI, Erielson dos Santos Bossini. Efeitos da mobilização com movimento em associação ao tratamento fisioterapêutico sobre a qualidade de vida e dor na osteoartrose de joelho. *Fisioter Bras* 2018;19(3);272-81