

ABORDAGEM FISIOTERAPÉUTICA NA MIELOPATIA ESPONDILÓTICA CERVICAL

Juliana Santana Silva¹
Manuella Ferreira Silva²
José Gabriel Euzébio Werneck³

RESUMO: A Mielopatia espondilotica cervical, caracterizada por alterações degenerativas em discos intervertebrais, corpos vertebrais, articulações facetárias e ligamentos, provocando compressão medular e déficits motores, sensitivos e posturais. O presente estudo teve como objetivo analisar a evolução fisioterapêutica de um paciente do sexo masculino, 78 anos, com diagnóstico de Mielopatia espondilotica cervical, atendido na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia da Universidade Iguaçu (UNIG). Trata-se de um estudo de caso, conduzido mediante avaliação detalhada incluindo anamnese, exame físico, testes articulares, força muscular, perimetria, mensuração e avaliação sensorial. O plano terapêutico foi estruturado com alongamento terapêutico, mobilização articular, cinesioterapia ativa assistida, treino de marcha, equilíbrio e transferência, com uso de halteres e faixas elásticas. Durante o acompanhamento, observou-se evolução significativa na força muscular, com diversos grupos alcançando grau 5, incremento da amplitude de movimento, melhora do controle postural e redução de compensações motoras, favorecendo maior segurança na marcha e desempenho nas atividades de vida diária. A sensibilidade permaneceu preservada em membros superiores e hipoestésica em membros inferiores, sem alterações dolorosas. Os achados demonstram que a intervenção fisioterapêutica sistematizada contribuiu de forma relevante para a recuperação funcional, aumento da autonomia e prevenção de limitações secundárias à compressão medular. Conclui-se que a fisioterapia desempenha papel fundamental no manejo da espondilose cervical e da mielopatia medular, proporcionando melhora da mobilidade, força, equilíbrio e qualidade de vida do paciente.

1260

Palavras-chave: Mielopatia Espondilotica Cervical. Fisioterapia Neurofuncional. Mielopatia Medular.

ABSTRACT: Cervical spondylosis, characterized by degenerative changes in intervertebral discs, vertebral bodies, facet joints, and ligaments, can progress to spondylotic cervical myelopathy, causing spinal cord compression and motor, sensory, and postural deficits. This study aimed to analyze the physiotherapeutic evolution of a 78-year-old male patient diagnosed with cervical spondylosis and spinal cord myelopathy, treated at the Physiotherapy Teaching and Research Clinic of Iguaçu University (UNIG). This is a case study, conducted through a detailed evaluation including anamnesis, physical examination, joint tests, muscle strength, perimetry, measurement, and sensory assessment. The therapeutic plan was structured with therapeutic stretching, joint mobilization, assisted active kinesiotherapy, gait training, balance and transfer exercises, using dumbbells and elastic bands. During the follow-up, significant improvements were observed in muscle strength, with several groups reaching grade 5, increased range of motion, improved postural control, and reduced motor compensations, favoring greater safety in gait and performance in activities of daily living. Sensitivity remained preserved in the upper limbs and hypoesthetic in the lower limbs, without painful alterations. The findings demonstrate that the systematized physiotherapy intervention contributed significantly to functional recovery, increased autonomy, and prevention of limitations secondary to spinal cord compression. It is concluded that physiotherapy plays a fundamental role in the management of cervical spondylosis and spinal cord myelopathy, providing improved mobility, strength, balance, and quality of life for the patient.

Keywords: Cervical Spondylosis. Neurofunctional Physiotherapy. Spinal Cord Myelopathy.

¹ Discente do curso de fisioterapia da Universidade Iguaçu- UNIG.

² Discente do curso de fisioterapia da Universidade Iguaçu- UNIG.

³ Fisioterapeuta e docente do curso de fisioterapia da Universidade Iguaçu- UNIG.

I. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Espondilose Cervical é um processo degenerativo e progressivo, onde ocorre uma alteração nos componentes estruturais da coluna cervical, incluindo discos intervertebrais, corpos vertebrais, articulações facetárias e ligamentos. Se mostra uma patologia comum em adultos e idosos, devido ao desgaste natural do envelhecimento associado a fatores biomecânicos e genéticos.¹⁻²

O desgaste discal leva à redução do espaço intervertebral, formação de osteófitos e possível estreitamento do canal vertebral, favorecendo quadros de compressão neural. Quando há um avanço desse processo degenerativo na medula espinhal, ocorre a mielopatia cervical espondilótica, considerada a forma mais frequente de mielopatia em indivíduos acima de 55 anos. A compressão medular pode ocorrer devido a protrusões discais, hipertrofia do ligamento amarelo, estenose congênita do canal ou osteófitos posteriores. Causas como isquemia, inflamação crônica e alterações microvasculares também contribuem para a progressão do dano neurológico.²

A mielopatia cervical se manifesta de forma insidiosa, variando de acordo com o grau de comprometimento medular. Os sinais mais comuns: fraqueza muscular em membros superiores e inferiores, perda de praxia fina, distúrbios da marcha, alterações sensoriais, hiperreflexia, espasticidade e disfunções esfíncterianas em casos mais avançados. Além disso, há relatos de pacientes com presença de dor cervical crônica, irradiada ou não, associada a limitação funcional nas atividades de vida diária.³⁻⁴

O diagnóstico é realizado através da integração de avaliação clínica detalhada com exames de imagem, principalmente a ressonância magnética, que é o padrão-ouro para identificar compressão medular, alterações inflamatórias e atrofia medular. A radiografia e a tomografia computadorizada também contribuem para a avaliação das estruturas ósseas, calcificações e redução do espaço intervertebral, permitindo assim avaliar o grau de espondilose.⁵

O tratamento varia de acordo com a gravidade do quadro. Em casos leves, são indicados tratamentos conservadores como fisioterapia visando o ganho de mobilidade cervical, fortalecimento muscular, controle da dor e melhora do equilíbrio e coordenação. Já em casos moderados a graves ou quando há piora neurológica progressiva, é recomendada a intervenção cirúrgica para descompressão medular e estabilização da coluna.⁵⁻⁶

A abordagem fisioterapêutica desempenha papel fundamental no manejo conservador e também no pós-operatório de descompressão medular, promovendo melhora funcional, redução

do quadro álgico e prevenção da perda de mobilidade. O tratamento fisioterapêutico é direcionado para restaurar a amplitude de movimento, fortalecer musculaturas específicas, otimizar o controle postural e facilitar o retorno às atividades funcionais, sendo utilizado técnicas de alongamento, fortalecimento, mobilização articular, além de outras condutas visando a melhora funcional do paciente.⁷⁻⁸

Em síntese, a espondilose cervical e a mielopatia medular representam condições de alta relevância clínica devido ao impacto direto na funcionalidade e qualidade de vida dos pacientes. O diagnóstico precoce e a intervenção fisioterapêutica adequada se mostram de grande importância para minimizar o dano neurológico, favorecer a recuperação e evitar a progressão das limitações motoras e sensoriais.⁷⁻⁸

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. TIPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia, da graduação em Fisioterapia. Foi atendido um paciente do sexo masculino, com diagnóstico de Mielopatia Espondilotica Cervical.

2.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO

1262

O estudo foi realizado na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia, Universidade Iguacu/Graduação de Fisioterapia, - Avenida Abílio Augusto Távora, 2134 – Jardim Nova Era, Nova Iguaçu, RJ, Cep: 26275-580, Tel.: (21) 2765-4053.

2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado com o consentimento do paciente, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo a utilização dos dados para a descrição do relato de caso. De acordo com o CEP/CAAE: 51045021.2.0000.8044.

2.4. MÉTODOS

2.4.1. Métodos de Avaliação

Foram utilizados como método de avaliação a anamnese do paciente contendo diagnóstico médico, queixa principal, história da doença atual, história patológica pregressa, história familiar, história social, história medicamentosa, além do exame físico contendo inspeção, palpação, teste articular (quadril, joelho, tornozelo, ombro, cotovelo e punho), teste

de força muscular dos mesmos segmentos, teste de sensibilidade tâtil e dolorosa e testes específicos para cervical e lombar.

2.4.2. Métodos de Tratamento

- Alongamento terapêutico;
- Mobilização articular;
- Cinesioterapia;
- Treino de marcha;
- Treino de equilíbrio;
- Treino de transferência.

2.5. MATERIAIS

2.5.1. Materiais para avaliação

- Esfigomanômetro e Estetoscópio (Premium e Littmann);
- Oxímetro (Contec);
- Termômetro (G-tech);
- Goniômetro;
- Fita métrica (Macro life).

1263

2.5.2. Materiais para tratamento

- Halter;
- Faixa elástica.

3. APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

3.1. ANAMNESE

O seguinte caso foi realizado na Clínica de Ensino em Fisioterapia na UNIG, contendo uma amostra de um paciente, sendo avaliado no dia 22/08/2025.

- **Dados Pessoais:** Paciente J. N. F., sexo masculino, nascido no dia 08/03/1947, 78 anos.
- **Diagnóstico Médico:** Mielopatia Espondilótica Cervical.
- **Queixa Principal (QP):** “Não consigo andar direito”.
- **História da Doença Atual (HDA):** Paciente relata que em Outubro de 2020, ao subir na bicicleta, sofreu uma queda e não conseguiu levantar com os MMII sem movimentos. Logo após a filha levou por meios próprios para o Hospital Geral de Nova Iguaçu onde foi realizado os exames e diagnosticado a lesão cervical onde permaneceu internado a

espera da cirurgia de Artrodese cervical, onde foi realizada após 4 meses. Um mês depois realizou uma laminectomia cervical e depois de 4 dias teve alta do hospital e foi encaminhado para fisioterapia. Desde então segue fazendo fisioterapia na clínica de ensino em fisioterapia, atualmente ele tem dificuldade de deambular e anda com auxílio de dispositivo para marcha (bengala).

- **História da Patologia Pregressa (HPP):** Relato de insônia com uso de medicação.
- **História Familiar:** Possui 3 filhos, casado. Informou que a mãe faleceu de câncer de garganta e pai não tem informações.
- **História Social:** Ex-tabagista, fez consumo durante 30 anos e nega etilismo. Reside em casa própria, onde possui saneamento básico e rua plana. Atualmente aposentado, trabalhou anos como bombeiro hidráulico.
- **História Medicamentosa:** Amitriptilina 25mg.

3.2. EXAME CLÍNICO-FÍSICO

3.2.1. Inspeção

Paciente apresenta edema, rubor e deformidade nos MMII, apresentando joelhos valgos, queda plantar (D) e MSD apresentou padrão flexor de mão e dedos, alteração de marcha com pé caído.

1264

3.2.2. Sinais Vitais

Quadro 1 – Avaliação dos sinais vitais.

PARÂMETRO	RESULTADO	
Pressão Arterial	130x80mmHg	Normotensão
Frequência Cardíaca	73 bpm	Normocárdico
Frequência Respiratória	19 irpm	Eupneico
Temperatura	36,0°C	Afebril
Saturação	98%	Normosaturante

Fonte: Própria

3.2.3. Palpação

Paciente apresentou EVA o em MMII e MMSS.

3.2.4. Teste Articular: Goniômetro

Quadro 2 – Avaliação do teste articular (MMII)

QUADRIL			
Segmento	Direito	Esquerdo	Referência
Flexão	95°	100°	0 à 125
Extensão	5°	7°	0 à 10
Abdução	30°	35°	0 à 45
Adução	10°	12°	0 à 15
Rotação medial	35°	40°	0 à 45
Rotação lateral	35°	40°	0 à 45
JOELHO			
Flexão	130°	137°	0 à 140
Extensão	50°	60°	140 à 0
TORNOZELO			
Dorsilexão	15°	20°	0 à 20
Flexão plantar	35°	40°	0 à 40

Fonte: Própria

Quadro 3 – Avaliação do teste articular (MMSS)

OMBRO			
Segmento	Direito	Esquerdo	Referência
Flexão	170°	173°	0 à 180
Extensão	50°	51°	0 à 60
Abdução	180°	180°	0 à 180
Adução	40°	40°	0 à 45
Rotação interna	55°	60°	0 à 70
Rotação externa	80°	82°	0 à 90
COTOVELO			
Flexão	140°	145°	0 à 150
Extensão	50°	70°	150 à 0
Pronação	60°	60°	0 à 90
Supinação	80°	87°	0 à 90
PUNHO			
Flexão	50°	68°	0 à 80
Extensão	60°	69°	0 à 70
Desvio radial	15°	17°	0 à 20
Desvio ulnar	20°	20°	0 à 30

Fonte: Própria

3.2.5. Teste de força muscular

Quadro 4 – Avaliação de força muscular (MMSS)

OMBRO			
Segmento	Direito	Esquerdo	Referência
Flexão	5	5	Grau 5
Extensão	4	4	Grau 5
Abdução	4	4	Grau 5
Adução	4	4	Grau 5
Rotação interna	5	5	Grau 5
Rotação externa	4	5	Grau 5
COTOVELO			
Flexão	5	5	Grau 5
Extensão	5	5	Grau 5
Pronação	5	5	Grau 5
Supinação	5	5	Grau 5
PUNHO			
Flexão	4	4	Grau 5
Extensão	4	4	Grau 5
Desvio radial	4	4	Grau 5
Desvio ulnar	4	4	Grau 5

Fonte: Própria

Quadro 5 – Avaliação de força muscular (MMII)

QUADRIL			
Segmento	Direito	Esquerdo	Referência
Flexão	3	4	Grau 5
Extensão	3	4	Grau 5
Abdução	3	4	Grau 5
Adução	3	4	Grau 5
Rotação medial	3	4	Grau 5
Rotação lateral	3	4	Grau 5
JOELHO			
Flexão	3	3	Grau 5

Extensão	3	3	Grau 5
TORNOZELO			
Dorsilexão	3	4	Grau 5
Flexão plantar	3	4	Grau 5
Inversores	3	4	Grau 5
Eversores	3	4	Grau 5

Fonte: Própria

3.2.6. Perimetria dos MMII

Quadro 6 – Avaliação da perimetria

PERIMETRIA DE MMII		
Segmento	Direito (cm)	Esquerdo (cm)
5 cm acima da patela	50	50
10 cm acima da patela	42	44
15 cm acima da patela	44	44
Borda inferior da patela	27	27
10 cm abaixo da patela	26	25
15 cm abaixo da patela	22	22

PERIMETRIA DE MMSS		
Segmento	Direito (cm)	Esquerdo (cm)
5 cm acima do olécrano	27	28
10 cm acima do olécrano	31	31
15 cm acima do olécrano	3	32
Borda superior do olécrano	29	29
5 cm abaixo do olécrano	25	26
10 cm abaixo do olécrano	23	24

Fonte: Própria

3.2.7. Mensuração MMII

Quadro 7 – Avaliação da mensuração

MESURAÇÃO DE MMII		
Região	MID	MIE
Real	85	83
Aparente	82	80

MENSURAÇÃO DE MMSS		
Região	MID	MIE
5 cm acima do olécrano	11	10

10 cm acima do olécrano	II	10
15 cm acima do olécrano	II	10
Nível do olécrano	9	8
5 cm abaixo do olécrano	9	8
10 cm abaixo do olécrano	9	8

Fonte: Própria

3.2.8. Teste de sensibilidade tátil (Pincel)

- MSD – Preservada
- MSE – Preservada
- MID – Hipoestesia
- MIE – Hipoestesia

3.2.9. Teste de sensibilidade dolorosa (estímulo com ponta)

- MSD – Preservada
- MSE – Preservada
- MID – Hipoestesia
- MIE – Hipoestesia

1268

3.2.10. Testes específicos (cervical)

- Teste de spurling – Negativo
- Teste de Jackson – Negativo

3.2.11. Testes específicos (lombar)

- Teste de Lasegue – Negativo
- Teste de Milgran – Negativo
- Teste de Patrick – Positivo

3.3. DIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL

Paciente apresentou quadro de instabilidade articular crônico, associada a limitação funcional, déficit no equilíbrio e diminuição do arco de movimento.

3.4. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Curto prazo: Reduzir hipertonia, melhorar amplitude de movimento, estimulação sensorial proprioceptivo em áreas com déficit em MMSS e MMII.

Médio e longo prazo: Aumentar força muscular, melhorar coordenação motora, desenvolver equilíbrio estático e dinâmico e integrar treino de marcha visando a independência em AVD's, manter postura funcional, otimizar controle motor e consolidar estratégias compensatórias e treinamento de equilíbrio para prevenir quedas e promover autonomia.

3.5. PROGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

Favorável.

3.6. CONDUTA TERAPÊUTICA

- Alongamento passivo para MMII e MMSS em isquiotibiais, quadríceps e adutores de quadril – 3 repetições de 30 segundos;
- Alongamento passivo para flexores de punho, extensores de punho e tríceps braquial - 3 repetições de 30 segundos;
- Mobilização articular passiva em joelho, tornozelo e quadril;
- Cinesioterapia ativa assistida em MMII e MMSS;
- Treino de marcha, treino de equilíbrio e treino de transferência em barra paralela – 3 séries de 10 repetições associada a correção postural;
- Cinesioterapia ativo assistida com utilização de halteres para bíceps e tríceps – 3 séries de 10 repetições;
- Faixa elástica para flexão de quadril e abdução de quadril – 3 séries de 10 repetições.

1269

4. RESULTADOS

Na reavaliação fisioterapêutica realizada no dia 26/11/2025, observou-se evolução significativa nos parâmetros clínicos, funcionais e biomecânicos do paciente quando comparados aos achados da avaliação inicial. A força muscular apresentou melhora importante, com diversos grupos alcançando grau 5 na escala de força muscular (0-5), especialmente nos

membros superiores, onde o ombro demonstrou força máxima bilateralmente. Esse avanço indica maior eficiência no recrutamento motor, melhora da resistência à fadiga e maior capacidade funcional durante as atividades dirigidas.

Em relação à amplitude de movimento (ADM), os testes articulares evidenciaram progresso discreto, porém positivo, principalmente nos movimentos do quadril. A flexão aumentou de 95° para 100° no lado direito e de 100° para 105° no lado esquerdo. A extensão passou de 5° para 6° à direita e de 7° para 7° à esquerda, enquanto a adução progrediu de 10° para 11° à direita e de 12° para 12° à esquerda. Embora as melhorias tenham sido sutis, refletem maior estabilidade durante a mobilidade ativa e passiva e indicam boa resposta ao plano terapêutico instituído.

A análise funcional demonstrou redução de limitações associadas à instabilidade articular crônica, observada inicialmente por meio de deformidades (joelhos valgos, queda plantar à direita e padrão flexor de mão/dedos no MSD). Durante a reavaliação verificou-se melhora do controle postural dinâmico, maior segurança na marcha e melhor desempenho nas atividades de transferência e equilíbrio. Esses resultados estão diretamente relacionados ao treino sistemático de marcha, ao fortalecimento segmentar e à reeducação proprioceptiva.

1270

No que se refere aos sintomas, o paciente manteve EVA 0 para dor em MMSS e MMII, o que facilitou a progressão terapêutica. A sensibilidade tátil e dolorosa permaneceu preservada em membros superiores, com hipoestesia persistente, porém estável, em MID e MIE, conforme esperado dentro da evolução neurológica.

Foram acrescentadas as seguintes condutas no plano terapêutico:

- Treino de Marcha Direcionada com Cones de Cores - 4 repetições;
- Treino Funcional de Marcha com Obstáculo Baixo - 3 repetições;
- Subida e descida de degrau - 3x10 repetições.

De modo geral, os resultados demonstram evolução satisfatória do paciente, com melhora na força muscular, incremento da amplitude de movimento, redução das compensações motoras, melhor estabilidade funcional e progresso no desempenho de tarefas motoras complexas. Esses achados reforçam a efetividade do plano terapêutico traçado e indicam prognóstico fisioterapêutico favorável.

5. DISCUSSÃO

O estudo de Oliveira *et al.*⁹ descreve a fisioterapia como um tratamento importante no manejo da doença degenerativa cervical, pois atua diretamente sobre os mecanismos responsáveis pela dor e pela limitação funcional. Por meio de uma avaliação detalhada, o fisioterapeuta identifica alterações biomecânicas, musculares e posturais que contribuem para o agravamento dos sintomas. A partir disso, estabelece estratégias terapêuticas que promovem analgesia, melhora da mobilidade, restauração da estabilidade da coluna e prevenção de novas crises.

Já Oliveira *et al.*¹⁰ destaca a cinesioterapia como uma técnica que apresenta impacto positivo na amplitude de movimento, força muscular, coordenação e controle postural, contribuindo para desacelerar a progressão dos sintomas e otimizar a funcionalidade. Assim, evidencia-se a importância da cinesioterapia como estratégia essencial para melhora clínica, promoção da autonomia e qualidade de vida de pacientes com espondilose cervical.

Martín e Salillas¹¹ descrevem como importante o tratamento fisioterapêutico em paciente com Mielopatia Espondilotica Cervical pós-procedimento cirúrgico. Em seu estudo, os autores atenderam um paciente por 5 meses, onde observou-se melhora significativa do equilíbrio muscular, do controle postural e da coordenação, evidenciando que o treino de marcha e equilíbrio desempenhou papel central na recuperação das funções motoras, favorecendo maior estabilidade e segurança durante a locomoção. A progressão dessas habilidades contribuiu diretamente para o aumento da funcionalidade e para a melhora do escore motor. Assim, o paciente apresentou evolução funcional relevante, tornando-se mais independente nas atividades diárias, confirmando a importância do treino de marcha e equilíbrio como componente essencial da reabilitação na mielopatia cervical.

1271

Finalizando, o estudo de Pitillas¹² indica que dentro das intervenções fisioterapêuticas, a mobilização articular destaca-se como uma abordagem de grande relevância, pois auxilia na redução da dor, melhora da função e diminui a rigidez decorrente das alterações degenerativas da Mielopatia Espondilotica Cervical. A mobilização promove aumento da mobilidade segmentar, reduz a pressão sobre estruturas neurais, melhora o aporte sanguíneo local e favorece a modulação neuromuscular, contribuindo para o alívio dos sintomas tanto a curto quanto a longo prazo. A combinação de técnicas, especialmente a mobilização articular integrada a exercícios terapêuticos, mostra eficácia na recuperação funcional e no controle da dor. A cirurgia é reservada apenas aos casos em que o tratamento conservador não apresenta resposta satisfatória ou quando os sintomas são graves.

Os estudos revisados demonstram que a fisioterapia desempenha papel fundamental no tratamento da espondilose cervical, tanto no manejo conservador quanto na reabilitação pós-cirúrgica. Oliveira *et al.*⁹ destacam que a avaliação fisioterapêutica detalhada permite identificar alterações biomecânicas e musculares que agravam os sintomas, possibilitando intervenções direcionadas para reduzir dor, melhorar a mobilidade e restaurar a estabilidade cervical. Na mesma linha, Oliveira *et al.*¹⁰ ressaltam a importância da cinesioterapia, evidenciando que programas de exercícios bem estruturados contribuem para ganhos de amplitude de movimento, força e coordenação, elementos essenciais para otimizar a funcionalidade e retardar a progressão da doença. Esses achados reforçam que o exercício terapêutico deve ser considerado eixo central do tratamento.

O estudo de Martín e Salillas¹¹ amplia essa perspectiva ao demonstrar que o treino de marcha e equilíbrio é especialmente relevante no pós-operatório. A evolução funcional observada ao longo dos atendimentos mostra que o fortalecimento motor e a recuperação do controle postural são decisivos para o retorno seguro às atividades diárias, favorecendo maior independência do paciente.

Por fim, Pitillas¹² evidencia que a mobilização articular tem papel importante no controle da dor e na melhora da função, principalmente pela redução da rigidez e recuperação da mobilidade segmentar. Quando combinada a exercícios terapêuticos, essa técnica apresenta resultados ainda mais consistentes, reforçando a necessidade de abordagens integradas.

1272

No conjunto, os artigos mostram que diferentes recursos atuam de forma complementar, proporcionando melhora clínica significativa e contribuindo para a qualidade de vida dos pacientes com espondilose cervical.

6. CONCLUSÃO

A partir dos dados observados, evidencia a relevância da intervenção fisioterapêutica no manejo da Mielopatia Espondilotica Cervical, especialmente diante das importantes limitações funcionais decorrentes da compressão neural e do comprometimento motor. A avaliação detalhada permitiu identificar déficits articulares, musculares e sensoriais que impactavam diretamente a marcha, o equilíbrio e a autonomia do paciente. A partir disso, a aplicação de um plano terapêutico baseado em alongamentos, mobilizações articulares, cinesioterapia e treino funcional demonstrou resultados positivos, favorecendo ganhos progressivos de mobilidade, força, coordenação e estabilidade postural.

Os achados discutidos na literatura reforçam a importância de estratégias terapêuticas contínuas e individualizadas, indicando que a reabilitação fisioterapêutica desempenha papel fundamental tanto no tratamento conservador quanto no período pós-operatório. No caso apresentado, a evolução observada confirma que a atuação fisioterapêutica contribui de forma significativa para a redução das limitações e para o aprimoramento da funcionalidade, proporcionando maior segurança na marcha e ampliando a independência nas atividades diárias.

Assim, conclui-se que a fisioterapia é essencial para minimizar o impacto da progressão degenerativa, promover melhor desempenho motor e favorecer a qualidade de vida de indivíduos acometidos por Mielopatia Espondilotica Cervical. O acompanhamento contínuo e o ajuste periódico das condutas são indispensáveis para garantir manutenção dos ganhos e prevenção de novas limitações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz, RG *et al.* Mielopatía cervical espondilótica. **Traumatología y ortopedia. Raquis y ortopedia infantil.** 2022; 1(1): 48.
2. Andradecevallos, MJ; Cevallos, MCG. Espondilosis cervical. El rol de la prevención secundaria en la aparición de la mielopatía cervical espondilótica. **Revista Cubana de Reumatología.** 2015; 17(1): 79-84.
3. Teixeira, KO *et al.* Mielopatia cervical espondilótica: a abordagem combinada é necessária?. **Coluna/Columna.** 2021; 20(1): 78-83.
4. Velasco, JM *et al.* Mielopatia cervical espondilótica; resultados clínicos post laminoplastia. In: **Anales de la Facultad de Medicina.** Universidad de la República. Facultad de Medicina, 2019; 1(1): 150-169.
5. Zam, AO *et al.* Comparação do Índice de Torg obtido por meio de radiografia e ressonância magnética nos pacientes com mielopatia cervical espondilótica. **Coluna/Columna.** 2012; 11(1): 66-69.
6. Pinto, RP *et al.* Tratamento cirúrgico por via anterior na mielopatia cervical espondilótica com seguimento mínimo de dez anos. **Coluna/Columna.** 2010; 9(1): 165-178.
7. Gil, AS. **Efectos del ejercicio físico terapéutico en el tratamiento de patologías espondilóticas cervicales y lumbares específicas: desarrollo de un proyecto de investigación** [Trabalho de Conclusão de Curso] – Graduação em Fisioterapia, Universidade da Coruña; 2024. 151 f.

8. Salomón, OAG. **Resultados funcionales en pacientes con Mielopatía Espondilótica Cervical comparando ACDF vs ACCF vs HS en la UMAE HTyO Puebla** [Tese] - Especialização em Ortopedia, Benemerita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla de Zaragoza; 2025. 75 f.
9. Oliveira, TF; Freitas, ACS; Teixeira, LP; Cattelan, AV; Lara, S. Atuação da fisioterapia na discopatia degenerativa cervical: relato de caso. **Anais do 10º SALÃO INTERNACIONAL DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO – SIEPE**. 2014; 1(1): 1-7.
10. Oliveira, RA; Fares, K; Schiavon, D; Souza, PC; Luvizutto, GJ; Souza, LAPS. Mielopatia espondilótica cervical: casos clínicos e a fisioterapia. **Coluna/Columna**. 2019; 18(1): 1-10.
11. Martín, MC; Salillas, LG. **Avaliação da eficácia do tratamento fisioterápico em um paciente com mielopatia cervical** [Trabalho de Conclusão de Curso] - Universidad de Zaragoza, EUCS; 2012.
12. Pitillas, OC. **Fisioterapia en la radiculopatía cervical** [Trabalho de Conclusão de Curso] - Complutense University of Madrid, Madri; 2012. 41 f.