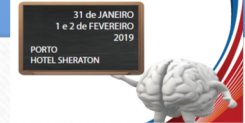


Terapia de espelho na melhoria da função do membro superior. Caso clínico de um utente com AVC hemorrágico tálamo-capsular.

Carla Pimenta^{1,2}, Matilde Serra²



INTRODUÇÃO. A recuperação neurológica pós-AVC não apresenta um padrão linear, tem uma variação multifatorial e interpessoal significativa¹. O fisioterapeuta dispõe de uma grande diversidade de estratégias que devem ser seleccionadas de forma criteriosa, de modo a permitir que o utente atinja a máxima independência funcional com a melhor qualidade de movimento possível²⁻³. A Terapia de Espelho (TE) é uma intervenção inovadora que consiste na reeducação do movimento através da realização de tarefas básicas, em que o indivíduo move o membro “são”, sendo este visto ao espelho como se fosse o membro “afetado”. Este *feedback* visual recruta várias áreas cerebrais promovendo a neuroplasticidade⁴⁻⁷. Esta intervenção está fundamentada nas propriedades dos neurónios espelho, uma classe de neurónios que são ativados quando se executa uma determinada tarefa motora e também quando se observa a realização dessa mesma tarefa. A existência de sistema espelho nos seres humanos é atualmente suportada pela evidência e é essencial para explicar os mecanismos de aprendizagem observacional⁸⁻¹⁰.

CASO CLÍNICO.

Apresentação: Homem de 68 anos, previamente autónomo, vítima de AVC hemorrágico direito com hematoma tálamo-capsular de etiologia hipertensiva, do qual resultou hemiparesia esquerda com hipostesia e dependência funcional severa. 56 dias após o AVC foi transferido para internamento de MFR de modo a intensificar programa de reabilitação, apresentava alterações significativas do controlo postural e da sensibilidade (superficial e profunda), com heminegligência, movimentos ativos não seletivos nem funcionais à esquerda, equilíbrio precário com dificuldade de assumir e manter de forma autónoma a posição ortostática, incapacidade para a marcha e dor no ombro esquerdo (Fig. 1).

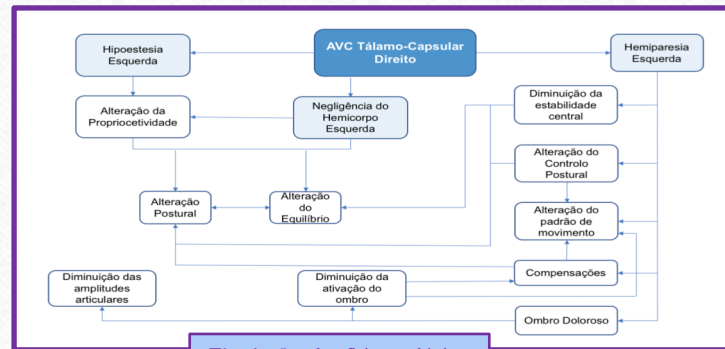


Fig. 1. Quadro fisiopatológico

Intervenção e Resultados: Adicionalmente ao programa de fisioterapia habitual (que foi personalizado de acordo com os problemas do paciente e baseado no raciocínio clínico utilizando componentes de várias abordagens) foram realizadas 3 semanas de TE para o membro superior. As sessões de TE (Fig. 2) foram realizadas diariamente com a duração de cerca de 20 minutos, com o paciente sentado com o melhor alinhamento postural possível e seguida de exercícios funcionais e tarefas orientadas para os membros superiores. Previamente ao início da intervenção com TE e no final das 3 semanas foi avaliada a dor no ombro utilizando a Escala Visual Analógica (EVA) convertida em escala numérica para efeitos de registo e foram aplicadas escalas para a avaliação do controlo postural e da funcionalidade: a *Postural Assessment for Stroke Survivors* (PASS), o Índice de Barthel (IB) e a *Motor Assessment Scale* (MAS). Observou-se a diminuição da dor e a melhoria da função traduzida na pontuação nas escalas utilizadas (Fig. 3). Constatou-se que a “função do membro superior” e os “movimentos da mão”, itens avaliados pela MAS, apresentaram uma evolução positiva com a subida de 1 e 3 pontos respetivamente.

Fig. 2. Sessão de TE onde eram solicitados movimentos ativos do cotovelo, antebraço, mão e dedos, o paciente era instruído para observar o movimento do membro superior direito no espelho e tentar realizar os movimentos bilateralmente, o fisioterapeuta auxiliava a realização dos movimentos no membro superior esquerdo.

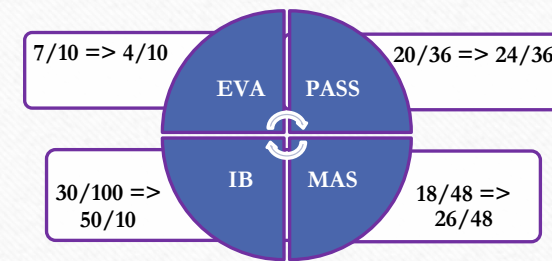


Fig. 3. Alterações da pontuação da EVA, PASS, IB e MAS após 3 semanas de intervenção com sessões diárias de TE.

CONCLUSÃO. A TE para o membro superior demonstrou em vários estudos a sua efetividade a nível motor, da dor, e até em casos de heminegligência. A evolução do utente foi positiva melhorando a seletividade de movimento e a funcionalidade o que aponta para a possibilidade da TE ser um bom complemento à abordagem tradicional aos utentes com alterações do controlo postural e da função do membro superior pós-AVC.

REFERÊNCIAS: 1. Hatem SM, Saussez G, Faïlle M, Prist V, Dan B. Rehabilitation of Motor Function after Stroke: A Multiple Systematic Review Focused on Techniques to Stimulate Upper Extremity Recovery. 2016; 10(September):1-22. 2. Pollock A, Baer G, Campbell P, Choo PL, Forster A, Morris J, Pomeroy VM, Langhorne P. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2014, Issue 4. Art. No.: CD001920. 3. Bowe A, James M, Young G (Eds). National clinical guideline for stroke. London: Intercollegiate Stroke Working Party, Royal College of Physicians. 5th Edition. 2016. 4. Pandian JD, Arora R, Kaur P, Sharma D, Dheraj K, Arima H. Mirror Therapy in Unilateral Neglect After Stroke (MUST trial) A randomized controlled trial. Am. Acad. Neurology. 2014; Sep 9;83(11):1012-1017. 5. Thieme H, Morkisch N, Mehrholz J, Pohl M, Behrens J. Mirror therapy for improving motor function after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews; 2018, Issue 7. Art. No.: CD008449. 6. Louie R, Pt X, Lim B, Eng J. The Efficacy of Lower Extremity Mirror Therapy for Improving Balance, Gait, and Motor Function Poststroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2018; Oct 9. S1052-3057(18)30519-30526. 7. Samuelkamaleshkumar S, Reethajayantsureka S, Pauljebharaj P, Benshamir B, Padankatti SM, David JA. Mirror Therapy Enhances Motor Performance in the Paretic Upper Limb After Stroke: A Pilot Randomized Controlled Trial. Arch Phys Med Rehabil. 2014; 95(11):2000-2005. 8. Cattaneo L, Rizollati G. The Mirror Neuron System. Archives of Neurology. 2009; 66(5):557-560. 9. Molenberghs P, Cunnington R, Mattingley JB. Is Mirror Neuron System Involved in Imitation: A Short Review and Meta-analysis. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2009; 33:975-980. 10. Iacoboni M, Mazziotta JC. Mirror Neuron System: Basic Findings and Clinical Applications. Annals of Neurology. 2007; 62(3):213-218.