

Caso Clínico de 10-2010

CASO CLÍNICO 10: TRATAMENTO DE LESÃO DE MANGUITO ROTADOR

Militar de 40 anos, tabagista, compareceu ao Serviço de Ortopedia para pegar licença devido a dor em ombro esquerdo, já tendo procurado ortopedista com diagnóstico de tendinite. A dor acentua principalmente no período noturno, quando deita em cima do ombro ipsilateral. Também queixa-se de dificuldades para levantar o braço ou pegar carteira no bolso da calça.

Ao exame físico, paciente apresenta dor em ombro esquerdo na elevação passiva do braço (Teste de Neer), e na abdução do braço a 90° associado à rotação medial (Teste de Hawkins).

Após exame, foi pedido ressonância nuclear magnética com diagnóstico de lesão parcial de manguito rotador. O paciente foi medicado com antiinflamatório não hormonal, analgésico e orientado para iniciar exercício de alongamento e reforço do músculo deltóide, do manguito rotador e estabilizadores escapulares.

Até recentemente considerava-se que a dor e a impotência funcional do ombro fossem devidas a bursite, reumatismo ou "mau jeito" e que o tratamento, sem qualquer tentativa diagnóstica inicial, não passaria da tríade clássica: medicação + infiltração + fisioterapia.

Mas foi Charles Neer (1972) que demonstrou claramente a relação entre o fenômeno de impacto e a degeneração do manguito rotador (conjunto de 4 tendões: subescapular, supra-espinhal, infra-espinhal e redondo menor que cobrem a cabeça do úmero e são responsáveis pela estabilização, força e mobilização). O impacto ocorre contra o arco coracoacromial, formado pelo rebordo antero-inferior do acrômio, o ligamento córaco-umeral, a articulação acromioclavicular e o processo coracoide

A área de impacto está centralizada na inserção do tendão supra-espinhal ao nível da grande tuberosidade umeral. É, portanto, o atrito constante dessas partes moles contra o arco acromial duro que determina a degeneração.

Em relação ao formato do acrômio, quanto mais curvo, maior será o impacto desenvolvido, e maior será a possibilidade de ocorrer uma lesão do manguito rotador.

O quadro clínico das lesões parciais do manguito é muito semelhante ao da tendinopatia.

Clinicamente, nos estágios iniciais e moderados, a dor acomete o ombro e a região lateral do braço, acentuando quando levanta o braço ou principalmente no período noturno, mas sem impotência funcional significativa, o que na grande maioria das vezes se torna importante com o avanço da doença, apesar da melhora da sintomatologia.

Para tratar devemos estabelecer um método de classificação e podemos fazê-lo utilizando diversos critérios. Por tamanho, classificamos em pequena (até 01 cm), média (1 a 3 cm), grande (3 a 5 cm) e maciça (mais de 5 cm); por etiologia, traumática, microtraumáticas e degenerativas; por tempo, em agudas, crônicas agudizadas; por espessura, em parciais ou completas.

O tratamento em lesões parciais pequenas e moderadas no membro não dominante é iniciado com medicação antiinflamatória, crioterapia, eletroterapia e programa de cinesioterapia, com reforço das estruturas do manguito, deltóide e estabilizadores da escápula. Em caso de não resolução dos sintomas ou quando toda a espessura do manguito rotador é comprometida, recomenda-se cirurgia artroscópica.

O tabagismo é um dos fatores ligados a rotura do manguito rotador, devendo por isso interromper o vício.