

Dr. Euclides José Martins Amaral

DOR NO OMBRO

As lesões do manguito rotador, constituído por quatro músculos que se originam na escápula e insere nas tuberosidades do úmero, estão entre as mais frequentes causas de dor no ombro em pessoas de todas as idades, com acentuação durante a noite e quando levanta o braço acima da cabeça. TenCel José

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, em 1972, que demonstrou claramente a relação entre o fenómeno 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 do braço). O impacto ocorre contra o arco coracoacromial, formado pelo rebordo ântero-inferior do acrômio, o ligamento córacio-umeral, a articulação acromioclavicular e o processo coracóide.

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 gradativa, onde as lesões parciais e pequenas evoluem progressivamente para completas e com tamanhos maiores.

A síndrome de impacto ocorre em três estágios evolutivos:

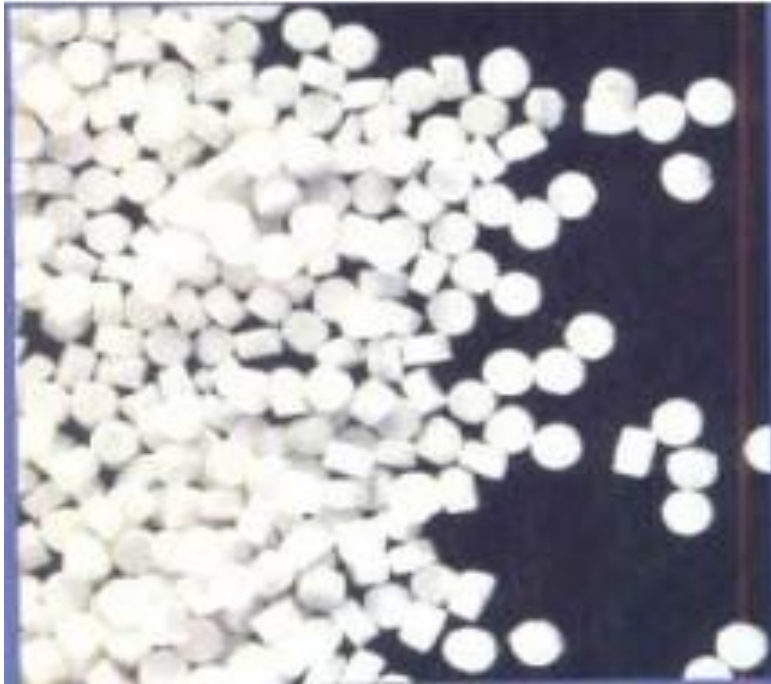
Fase 1: ocorre tipicamente em jovens, com um quadro de dor aguda que se segue a esforço prolongado ou exacerbado, no esporte ou na profissão. É caracterizado por edema e hemorragia em nível da bolsa e tendões

Fase 2: ocorre entre os 25 e 40 anos de idade, especialmente em atletas, com dor após atividades com elevação e rotação interna do membro superior, como ao vestir-se, e acentua-se à noite, especialmente no decúbito ipsilateral. Observa-se um processo

inflamatório crônico, levando a um quadro de fibrose e espessamento da bolsa, além da tendinite.

Fase 3: ocorre mais freqüentemente em pacientes com mais de 40 anos, apresentando dor constante e graus variáveis de perda da força de elevação do membro superior, devido à ruptura de um ou mais tendões. A crepitação subacromial é sinal clínico muito significativo.

O tratamento na fase I da síndrome do impacto baseia-se em antiinflamatórios não-esteróides, aplicação local de bolsas de gelo por períodos não superiores à 30 minutos e repouso do membro em tipóia.



Na fase II, o tratamento é iniciado com medicação antiinflamatória, crioterapia, eletroterapia e programa de cinesioterapia, com reforço das estruturas do manqueto, deltóide e estabilizadores da escapula, responsáveis pelo abaixamento da cabeça umeral, diminuindo assim o atrito úmero-acromial e com isso impedindo a evolução do processo inflamatório e degenerativo.



Em caso de não resolução dos sintomas no período de seis meses, está indicado o tratamento cirúrgico, através do qual se faz a regularização da borda acromial ântero-inferior, com ressecção do esporão ósseo e excesso de curvatura acromial inferior, ressecções de osteófitos acromioclaviculares e sinovectomia subacromial-subdeltoideana, obtendo-se a chamada "descompressão subacromial" do ombro.

Na fase III, devemos estabelecer um método de classificação das lesões do manguito rotador 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.

Nas lesões recentes do manguito rotador em pacientes com menos de 60 anos, ativos, o tratamento é cirúrgico. Nos pacientes com mais de 70 anos de idade, portadores de rupturas crônicas, o tratamento é geralmente conservador.

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