

# Tratamento conservador da síndrome do impacto no ombro

## Estudo baseado em 109 casos tratados no Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

ARNALDO AMADO FERREIRA F<sup>o</sup> 1, JÚLIA MARIA D'ANDREA GREVE<sup>3</sup>, AMÉRICO ZOPPI F<sup>o</sup> 3,  
RAUL BOLLIGER N<sup>o</sup> 3, ROBERTO CAVALIERI COSTA<sup>2</sup>, ARNALDO AMADO FERREIRA N<sup>o</sup> 4

### RESUMO

Cento e nove pacientes com síndrome do impacto no ombro foram tratados conservadoramente. Cinquenta e seis puderam ser avaliados após o tratamento, que se baseia em dois pontos: 1) combate à dor e à retração capsuloligamentar e muscular; 2) fortalecimento dos músculos do manguito rotador, dos flexores e extensores do ombro.

O resultado foi bom em 30 (54%) casos, regular em 12 (21%) e mau em 14 (25%) casos.

### SUMMARY

*Conservative treatment of shoulder impingement. A study based on 109 cases treated at the Orthopaedics Department of the Medical School of the São Paulo University*

*One hundred and nine impingement syndrome patients were treated conservatively. Fifty six could be evaluated. The treatment was based on two points: 1) pain and muscular spasm and retraction relief; 2) rotator cuff, shoulder flexor and extensor muscles strengthening.*

*The results were good in 30 (54%) cases, fair in 12 (21%) and bad in 14 (25%) cases.*

A síndrome do impacto é uma das causas mais frequentes de dor e impotência funcional do ombro. Ela se caracteriza por dor à abdução e flexão do braço de 60 a 120 graus e impotência funcional progressiva cuja etiologia é o impacto do manguito rotador e suas inserções na cabeça do úmero contra o arco coracoacromial. O segmento mais comprometido do manguito é a "área crítica" do tendão do músculo supra-espinhal, cuja lesão está presente em 85% dos casos<sup>(2)</sup>. Embora esta síndrome ocorra com mais frequência em pessoas acima de 40 anos de idade e esteja relacionada com o envelhecimento biológico do ombro, pode também estar presente em jovens, principalmente atletas, que executam movimentos vigorosos com o braço acima de 90 graus de abdução ou de flexão.

Nos movimentos de abdução e flexão do braço, a cabeça do úmero desliza, com o auxílio da bolsa serosa sub-acromial, sob o arco coracoacromial (acrômio, ligamento coracoacromial e ponta do processo coracóide). Esse perfeito mecanismo só é possível pela ação estabilizadora dos músculos do manguito rotador e da cabeça longa do bíceps, que impedem o deslocamento cranial da cabeça do úmero. A fadiga e a hipotrofia dos músculos referidos podem causar instabilidade glenoumeral e, como consequência, o impacto das estruturas tendíneas do manguito e das suas inserções contra o arco coracoacromial.

A síndrome do impacto pode evoluir em três estádios anatomopatológicos relacionados com os grupos etários em que incide. O primeiro acomete jovens em torno dos 20 anos de idade, principalmente esportistas que fazem movimentos repetidos e vigorosos de abdução e flexão do braço acima de 90 graus. É caracterizado por edema e he-

1. Doutor em Ortop. e Traumatol.; Chefe do Grupo de Ombro do Dep. Ortop. e Traumatol. da FMUSP.

2. Doutor em Ortop. e Traumatol.; Médico Assist. do Dep. Ortop. e Traumatol. da FMUSP.

3. Médico Assist. do Dep. Ortop. e Traumatol. da FMUSP.

4. Médico Resid. do Dep. Ortop. e Traumatol. da FMUSP.

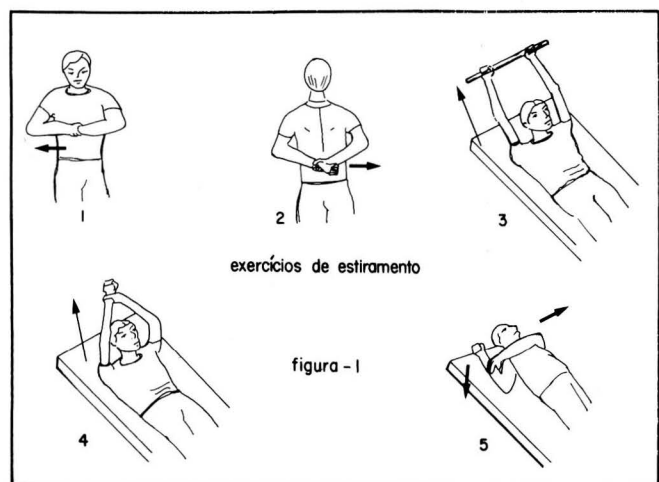


Fig. 1

morragia, tendínea e bursal. O segundo estágio, que atinge indivíduos até 40 anos de idade, é caracterizado por tendinite do manguito rotador (principalmente do supra-espinal) e bursite subacromial, esta quase sempre secundária ao processo patológico dos tendões. O terceiro estágio atinge pacientes acima de 40 anos de idade e é caracterizado pelo aparecimento de osteófitos no acrômio e na articulação acromioclavicular, bem como por rotura do manguito rotador e lesão da cabeça longa do biceps.

As manifestações inflamatórias agudas, seja qual for o estágio da doença, devem ser combatidas pela crioterapia local (bolsa de gelo), pelos analgésicos, pelos anti-inflamatórios administrados por via oral ou parenteral e pela cinesioterapia precoce (exercícios pendulares).

Cessada a fase aguda, passa-se à segunda etapa do tratamento, cujo objetivo é restabelecer a mobilidade articular e fortalecer os músculos do manguito rotador, os músculos flexores e extensores do ombro que estabilizam a cabeça do úmero e evitam seu impacto contra o arco coracoacromial. O tratamento consiste em:

1) analgesia por meio da utilização de calor profundo (ondas curtas ou ultra-som);

2) exercícios assistidos de estiramento das estruturas capsuloligamentares e musculares do ombro, feitos pelo próprio paciente ou por terceiros, que têm por objetivo restabelecer a amplitude de movimento da articulação (fig. 1);

3) exercícios de fortalecimento muscular (fig. 2), que podem ser feitos: a) em pacientes de constituição muscular mais delicada, utilizando elásticos ou tubos de borracha, como os que se usam como garrote nas punções venosas; b) em pacientes robustos e musculosos,

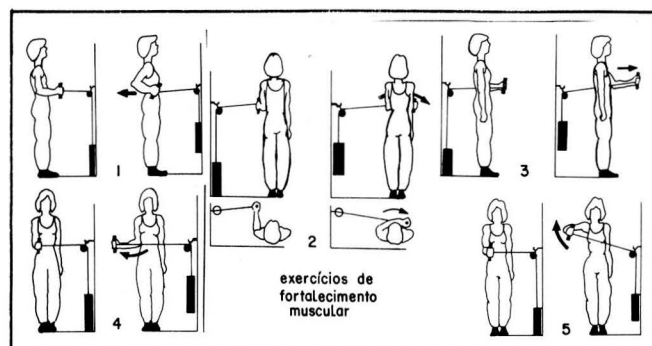


Fig. 2

por meio de polias, que possibilitam o uso de pesos que devem ser progressivamente aumentados ou com aparelhos extensores de ginástica.

Os pacientes fazem sessões bissemanais, assistidas, no Serviço de Fisiatria e duas vezes por dia, todos os dias, em suas casas.

## PACIENTES E MÉTODOS

Foram tratados, entre junho de 1985 e agosto de 1987, 109 pacientes dos quais 56 puderam ser avaliados após o tratamento. Trinta e oito (67,8%) eram do sexo feminino e 18 (32,2%) do sexo masculino e as idades variaram: de 20 a 30 anos, dois pacientes (3,5%); de 31 a 40 anos, 14 pacientes (25,0%); de 41 a 50 anos, nove pacientes (16,1%); de 51 a 60 anos, 14 pacientes (25,0%); de 61 a 70 anos, 13 pacientes (23,2%); 71 e mais anos, quatro pacientes (7,1%), totalizando 56 pacientes.

O tempo mínimo de tratamento foi de 30 dias e o máximo, de 140 dias.

### Critério de avaliação

Bom: mobilidade ativa e passiva normais; ausência de dor nas atividades habituais; ausência de dor noturna.

Regular: mobilidade ativa ou passiva limitada até 15 graus; dor que não impedia as atividades habituais; dor noturna tolerável.

Mau: mobilidade ativa ou passiva limitada mais que 15 graus; dor espontânea e nas atividades habituais; dor noturna inalterada.

## RESULTADOS

Bom: 30 pacientes (54%).

Regular: 12 pacientes (21%).

Mau: 14 pacientes (25%).

Tempo médio de tratamento: para os casos bons, 72 dias; para os casos regulares, 95 dias; para os casos maus, 90 dias.

Seis dos pacientes, cujo resultado foi regular, foram operados, enquanto que os demais, dos grupos regular e mau, recusaram o tratamento cirúrgico.

## COMENTÁRIOS

A síndrome do impacto é uma das mais freqüentes causas de dor no ombro e o ortopedista deve saber diagnosticá-la nos seus três estádios, não só para poder tratá-la corretamente, mas também para poder compreender sua evolução. A presença de lesão do manguito rotador na síndrome do impacto pode provocar apenas pequena limitação da mobilidade articular e, dessa forma, confundir o examinador. Por outro lado, nem todas as lesões do manguito são obrigatoriamente cirúrgicas, já que podem responder satisfatoriamente ao tratamento fisiátrico, ao qual, aliás, deve se submeter a maioria dos pacientes, antes dos procedimentos cirúrgicos. Observa-se que muitos deles, mesmo com lesão do manguito, realizam suas atividades habituais praticamente sem dor. O tempo de tratamento conservador não deve ser inferior a oito semanas e

é importante que o paciente seja assistido semanalmente durante toda sua duração, não só para verificar a correção dos exercícios realizados, mas também para orientar o aumento progressivo da resistência aplicada aos músculos. Os pontos fundamentais do tratamento são o combate ao quadro doloroso e à retração capsuloligamentar e muscular, que impedem os movimentos, e o fortalecimento muscular, que evitará novos impactos. Terminado o tratamento, recomenda-se que os mesmos exercícios continuem sendo feitos, pelo menos uma vez ao dia e três vezes por semana.

## REFERÊNCIAS

1. Bayley, I. & Kessel, L.: *Shoulder surgery*. Berlin, Springer-Verlag, 1982.
2. De Palma, A.F.: *Surgery of the shoulder*. 3rd. ed., Philadelphia, J.B. Lippincott, 1983.
3. Neer, C.S.: Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder. A preliminary report. *J. Bone Joint Surg. [Am]* 54: 41, 1972.
4. Neer, C.S.: Impingement lesions. *Clin. Orthop.* 173: 70, 1893.
5. Rockwood Jr., C.A. & Green, D.P.: *Fractures*. Philadelphia, J.P. Lippincott, 1984. Vol. 1.