

IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DO IMPACTO DO OMBRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariana Cavalcante de Menezes (1); Bárbara Sousa dos Santos (2); Julyana Renata Fidelis Guerra (3); Vitória Regina Quirino de Araújo (4)

Universidade Estadual da Paraíba – UEPB maricm5485@gmail.com

Resumo: Trata-se de um relato de experiência que mostra a importância do tratamento fisioterapêutico dividido em fases da Síndrome do Impacto do Ombro, a qual pode ser resultante de um processo primário ou secundário que acomete a articulação glenoumeral e as estruturas envolvidas em sua estabilidade. A lesão do manguito rotador é apontada como a principal causa dessa síndrome, que se caracteriza por dor e restrição da amplitude de movimento, com limitação da atividade de vida diária e prática esportiva. O tratamento realizado diminuiu o quadro algico e restaurou a amplitude articular da paciente, melhorando a qualidade de vida e possibilitando a realização das atividades da vida diária sem sintomatologia de dor.

Palavras-chave: Síndrome do impacto do ombro. Fisioterapia. Tratamento.

INTRODUÇÃO

De acordo com Andrews, Harrelson e Wilk (2000, apud Faria, 2006), a Síndrome do Impacto do Ombro (SIO) consiste em um processo inflamatório causado por um trauma ou excesso de movimentos com o ombro em abdução maior que 90°, levando a uma degeneração das estruturas supra-umerais devido ao atrito contra a superfície do acrômio e do ligamento coracoacromial, que formam o arco coracoacromial. Essa síndrome caracteriza-se por dor e restrição da amplitude de movimento em graus variados, com consequente limitação da atividade de vida diária e prática esportiva^{2,3}.

A lesão do manguito rotador configura-se como causa mais frequente de dor no ombro e pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária, sendo potencializada com o envelhecimento e a ocupação laboral ou recreativa^{4,5}.

O manguito rotador atua para estabilizar dinamicamente e equilibrar a cabeça do úmero em relação à glenoide, enquanto que o grupo muscular axial (deltoide e peitoral maior, etc.) age para mover o úmero: a ruptura do manguito rotador pode levar facilmente à perda da função do ombro em variados graus⁶.

O movimento da escápula ocorre em torno de 3 eixos de rotação. No plano frontal ocorre rotação da escápula para cima e para baixo, no plano transversal, rotação interna e externa e, no plano sagital, inclinação anterior e posterior. O equilíbrio cinemático entre os planos permite uma plataforma mais estável para a ativação dos músculos proximais e consequente melhor acoplamento da articulação glenoumeral. Desse modo, o surgimento desta síndrome também pode ser verificada em indivíduos com discinesia escapular, definida por alterações na posição e movimento da escápula e resultante do desequilíbrio na ativação entre os músculos estabilizadores da escápula, principalmente o serrátil anterior e trapézio. Essa alteração pode ser verificada com o teste de discinesia escapular, que avalia a estabilidade multiplanar da escápula durante a elevação do membro^{3,7}.

Portanto, a etiologia da SIO pode ser decorrente de impacto primário, que é resultante da compressão mecânica do manguito rotador sob a porção ântero-inferior do acrômio. Alterações como espessamento do manguito rotador e da cabeça umeral, bem como alterações da cápsula articular também podem favorecer o impacto primário. O impacto secundário, de acordo com Neer (1983, apud Lima, 2007 e 1972, apud Frantz, 2012), acontece quando há relativa redução

do espaço subacromial, devido à instabilidade funcional glenoumeral ou escapulotorácica. Neer (1983), descreveu três estágios de impacto primário:

- Estágio I: edema e hemorragia reversíveis que podem ocorrer por excesso de uso do membro superior no esporte ou trabalho. Nesta fase o tratamento é conservador. Nela se preconiza a diminuição da dor e da inflamação e posteriormente se inserem exercícios de reforço muscular para rotadores externos e internos e bíceps com o objetivo de aliviar o fenômeno compressivo. É importante se afastar da causa da lesão para evitar que esta ocorra novamente. Sucede tipicamente na faixa etária dos 25 anos;
- Estágio II: fibrose e tendinite do manguito rotador e um espessamento da bolsa, ocorrendo caracteristicamente entre os 25 a 40 anos. A gravidade e a sintomatologia são piores que na fase um, ocorrendo dor em atividade e noturna;
- Estágio III: lesão completa do tendão do manguito rotador, ruptura do bíceps e alterações ósseas como osteófitos, esclerose óssea e cistos subcondrais, atingindo pacientes com mais de 40 anos.

A fisioterapia é a primeira opção de tratamento e tem por objetivo melhorar o equilíbrio muscular e diminuir o quando álgico, dispondo de recursos

eletrotermoterapêuticos e cinesioterapêuticos que possibilitam a diminuição do processo inflamatório, com consequente diminuição do nível de dor e aumento da amplitude articular^{1,5,6}.

Visto ser essa síndrome frequentemente associada a limitação de movimento por algia, o objetivo deste estudo foi demonstrar, através de um relato de experiência, a importância da Fisioterapia no tratamento da Síndrome do Impacto do Ombro.

METODOLOGIA

Participou do estudo uma paciente, sexo feminino, 58 anos de idade, com diagnóstico de bursite do ombro direito associada a lesão do tendão do músculo supraespal, que iniciou o tratamento fisioterapêutico na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, no período entre 18 de fevereiro a 05 de maio de 2016.

A paciente apresentava sintomatologia de dor local e pulsante no ombro direito, piorando quando em repouso, em dias frios e ao realizar movimento de abdução, com grau 4 na Escala Visual Analógica (EVA), força muscular grau 4 para abdução do ombro direito segundo na escala de Oxford e diminuição da amplitude de movimento de ambos os ombros em todos os movimentos realizados (flexão, abdução e extensão

horizontal), tendo piores resultados no ombro afetado. Apresentou resultados positivos nos testes de Phalen, Neer e de discinesia escapular. Paciente também possuía nódulos de Heberden, sinal clínico de osteoartrose.

Todo o tratamento proposto foi elaborado em quatro fases, priorizando o tratamento da Síndrome do Impacto, com objetivos de atenuar os sintomas álgicos relativos à síndrome, recuperar a amplitude de movimento, modular o padrão cinético escapular, preservar a função da articulação glenoumeral e do manguito rotador e evitar a progressão da patologia.

- Fase I (sinais e sintomas): tratamento da dor por meio da liberação miofacial; pompage cervical e agulhamento à seco.
- Fase II (amplitude de movimento): trabalho de mobilidade osteocinemática da cintura escapular e articulação glenoumeral por meio das dissociações, exercícios pendulares, exercícios de amplitude de movimento ativo livres e ativo assistido com o bastão, escada de dedos e exercícios funcionais de “rolar a bola e tirar o pé da mesa”; “lavar a janela” e “trocar a marcha do carro”. Trabalho de flexibilidade por meio dos alongamentos da região cervical e MMSS.

- Fase III (performance muscular): conscientização e recrutamento muscular; fortalecimento dos estabilizadores da escápula (trapézio inferior e serrátil anterior: exercícios isométricos evoluindo para exercícios isotônicos em cadeia cinética aberta utilizando resistência elástica e cargas (alteres); fortalecimento do manguito rotador por meio dos exercícios isotônicos em cadeia cinética aberta com resistência elástica.

- Fase IV (controle motor): exercícios pliométricos com bola *smile* (trabalhando movimentos tridimensionais/funcionais)

As fases I e II foram realizadas simultaneamente em 10 atendimentos. Os exercícios de ADM eram executados abaixo do limiar de amplitude da dor e fora evoluindo conforme a dor ia sendo atenuada. Quando a paciente recuperou sua amplitude de movimento funcional, ou seja, conseguia realizar um movimento em amplitude completa sem dor, realizamos a prova do tendão do supraespinhal por meio do teste de lata vazia. Como a paciente não apresentou dor ela poderia evoluir para fase III.

A fase III foi trabalhada em 8 atendimentos, iniciado apenas com os

exercícios isométricos de ativação do trapézio inferior e serrátil anterior, evoluindo para os exercícios de estabilização da escápula e fortalecimento do manguito rotador, a paciente iniciou com resistência elástica leve e evoluiu com resistência elástica média. Para os exercícios feitos com carga, esta era de 1 kg. Ambos os exercícios divididos em 3 séries de 10 repetições. Além disso, foram trabalhados a liberação da escápula esquerda e a conscientização e recrutamento muscular, como já mencionado anteriormente. Esse trabalho de conscientização e recrutamento muscular era feito durante toda a conduta orientando a paciente a manter os ombros abaixados e palpando os músculos que precisavam ser ativados durante o movimento.

Ainda nessa fase, ao passo que foram realizados a estabilização da escápula direita, trabalhamos a liberação da escápula esquerda com hipomobilidade, para isso foram acrescentados mobilização escapular passiva em todos os planos de movimento escapular (1 min em cada movimento). Tivemos como base o teste de discinese escapular. Além disso, os alongamentos realizados na fase II foram mantidos na fase III e IV como forma de preparar a musculatura para as atividades a serem executadas.

A fase IV foi efetuada em apenas três atendimentos. Nesta fase foram feitos os

exercícios pliométricos, fazendo uso da bola smile. Em todas as condutas a paciente foi estimulada a fazer os exercícios de forma rápida e explosiva, respondendo muito bem aos comandos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento proposto foi executado conforme a evolução da paciente, porém na Fase II houve uma recidiva do quadro álgico, principalmente na região do tendão do bíceps braquial sendo necessário interrupção da conduta proposta durante 3 atendimentos para tratar essa dor, para isso utilizamos a laserterapia.

Durante toda a Fase III não houve recidiva dos sintomas e respondia muito bem aos comandos, por isso ela foi orientada a fazer alongamentos ao acordar e antes de dormir e realizar os exercícios feitos na clínica em casa para preservar os ganhos do tratamento.

Na última fase a paciente permaneceu sem sintomas até o término do tratamento, na Escala Visual Analógica, a pontuação passou de 4 para 0, com recuperação da amplitude de movimento funcional do ombro, maior estabilidade da escápula direita e maior mobilidade da escápula esquerda.

Desse modo, como observado por Faria (2006), a fisioterapia melhora o

equilíbrio muscular e diminui o quando álgico, dispondo de diversos recursos que possibilitam a diminuição do processo inflamatório, com consequente diminuição do nível de dor e aumento da amplitude articular, destacando-se a atuação do laser de baixa potência, que apresenta melhores efeitos na diminuição do processo inflamatório^{1,5,6}.

Segundo Bley (2016), inicialmente, os exercícios devem integrar a estabilização escapular, para isso, são necessárias técnicas a fim de manter a escápula na posição correta, que evita o impacto e mantém as relações comprimento-tensão dos músculos. Cada progressão dos exercícios deve começar com alongamento, para uma postura correta, seguido de exercícios de fortalecimento dos músculos escapulares.

Em um estudo feito por Lima (2007) com indivíduos com Síndrome do Impacto, o programa de intervenção terapêutica foi dividido em duas fases: a primeira teve por objetivo o combate a inflamação, dor, restauração da amplitude de movimento e força muscular, além do estímulo ao controle neuromotor do ombro afetado; a segunda fase visou o fortalecimento muscular. A avaliação final desse programa terapêutico mostrou uma melhora de 47% no escore de dor. Desse modo, o estudo afirma que, associada à crioterapia, a mobilização passiva e ativa das articulações que envolvem o complexo do

ombro contribuiu para a diminuição da dor e melhora da amplitude de movimento.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou a importância da identificação da síndrome do impacto do ombro em indivíduos com disfunções do ombro e um resultado satisfatório do tratamento fisioterapêutico com objetivos de restaurar a função, diminuir a dor e evitar a progressão da doença.

Além disso, notamos que as orientações dadas para a realização das atividades de vida diária sem que isso prejudicasse a disfunção do ombro, ajudou na eficácia do tratamento proposto.

REFERÊNCIAS

1 – FARIA, Anna Paula Guimaraes Souza et al. **Os efeitos dos diferentes recursos fototerapêuticos sobre a dor em indivíduos portadores de síndrome do impacto do ombro.** Fitness & performance journal, n. 6, p. 354-358, 2006.

2 – COELHO, Carol Teixeira et al. **Prevalência da síndrome do ombro doloroso (SOD) e sua influência na qualidade de vida em professores de uma instituição privada de nível superior na cidade de Lauro de Freitas, Bahia.** Revista Baiana de Saúde Pública, v. 34, n. 1, p. 19, 2011.

3 – OLIVEIRA, Valéria Mayaly Alves de et al. **Efeito do Kinesio Taping na dor e discinesia escapular em atletas com síndrome do impacto do ombro.** Revista Dor, v. 14, n. 1, p. 27-30, 2013.

4 – LIMA, Geisa Clementino de Souza; BARBOZA, Elaine Monteiro; ALFIERI, Fábio Marcon. **Análise da funcionalidade e da dor de indivíduos portadores de síndrome do impacto, submetidos à intervenção fisioterapêutica.** Fisioter Mov, v. 20, n. 1, p. 61-9, 2007.

5 – STENGER, Daniela Cristine; SCHAFFER, Dianara; JUNIOR, Altair Argentino Pereira. **Comparativo entre o questionário PSS-BRASIL e testes específicos de ombro em pacientes com síndrome do impacto.** Revista Pesquisa em Fisioterapia, v. 5, n. 2, 2015.

6 - LECH, Osvandré; NETO, CÉZAR VALENZUELA; SEVERO, Antônio. **Tratamento conservador das lesões parciais e completas do manguito Rotador.** Acta ortop bras, v. 8, n. 3, p. 144-56, 2000.

7 - BLEY, Andre Serra; LUCARELLI, Paulo Roberto Garcia; MARCHETTI, Paulo Henrique. **Discinesia escapular: Revisão sobre implicações clínicas, aspectos biomecânicos, avaliação e reabilitação.** assessment, v. 8, n. 2, 2016.

8 – FRANTZ, Ana Cristine et al.

Efeito do tratamento fisioterapêutico em paciente com suspeita de síndrome do impacto do ombro: estudo de caso. Caderno Pedagógico, v. 9, n. 2, 2012.