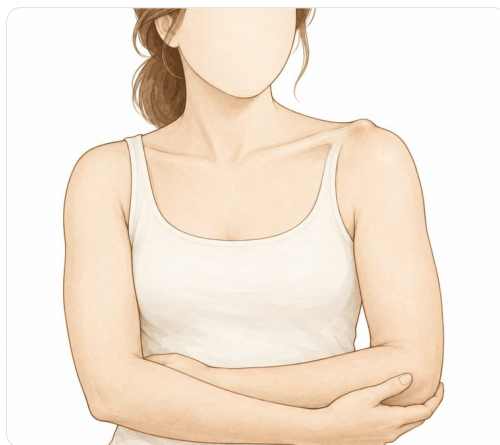


Lesão da articulação acromioclavicular (separação do ombro)



Lesão da articulação acromioclavicular (separação do ombro): a extremidade externa da clavícula sobe, afastando-se da escápula.

Root4(one) / Wikimedia Commons, CC BY 2.5

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

Essa lesão quase sempre começa com uma queda diretamente sobre o topo do ombro: ao cair da bicicleta, após um choque ou contato intenso no esporte, ou até mesmo ao tropeçar numa superfície dura. Imediatamente, a parte superior do ombro fica dolorida; nas 24 a 48 horas seguintes, costuma surgir um **caroço sensível ou uma elevação** bem na ponta do ombro, onde a clavícula se une ao ombro.

Essa região dói ao toque e ao levantar o braço; esticar o braço para o lado do corpo ou acima da cabeça também é bastante desconfortável. Ao pressionar esse caroço, ele pode parecer **elástico**, como se ao pressionar a extremidade da clavícula ela voltasse à posição original, semelhante ao mecanismo de uma tecla de piano. Muitas pessoas, instintivamente, seguram o braço, pois deixá-lo pendurado aumenta a dor na articulação. É isso que se entende por “**luxação do ombro**”, que não é o mesmo que um ombro deslocado, em que a cabeça do úmero sai da cavidade articular.

O que realmente acontece

Na parte superior do ombro existe uma pequena articulação onde a extremidade externa da **clavícula** se encontra com uma ponta óssea da escápula chamada **acrômio**. Essa é a **articulação acromioclavicular (AC)**. Ela é mantida unida por ligamentos: tanto os que circundam a própria articulação quanto um conjunto de ligamentos fortes um pouco mais abaixo (os ligamentos **coracoclaviculares**, ou CC), que funcionam como amarras que fixam a clavícula no lugar.

Quando a pessoa cai sobre o ponto do ombro, a escápula é empurrada para baixo enquanto a clavícula permanece imóvel, **esticando ou rompendo esses ligamentos**. Quando apenas os ligamentos da própria articulação sofrem entorse, a clavícula permanece mais ou menos no lugar. Porém, quando os ligamentos mais fortes também se rompem, a clavícula deixa de ser mantida para baixo e sobe, gerando o protuberância e o desnível visíveis.

Os cirurgiões classificam essas lesões conforme o grau de dano, utilizando a **classificação de Rockwood, de I a VI**. Os graus **I e II correspondem a entorses** com pouco ou nenhum deslocamento; o grau **III fica no meio-termo**, com uma protuberância perceptível, mas o ombro ainda funciona razoavelmente bem; e os graus **IV a VI são lesões de alto grau**, nas quais a clavícula fica muito deslocada. Vale ressaltar que esse problema é distinto de uma **articulação AC desgastada e artrítica** (resultante do desgaste ao longo dos anos) e de uma **fratura de clavícula** (ambos abordados separadamente).

O que podemos fazer a respeito

Em nossa clínica, o Dr. Kieran Hirpara trata essa lesão confirmando primeiro o diagnóstico por meio de uma avaliação minuciosa e exames de imagem.

A boa notícia é que **a maioria das lesões da articulação acromioclavicular não necessita de cirurgia**.

As **lesões de grau leve (graus I, II e a maioria do grau III)** são tratadas de forma simples. Um **tala para conforto**, usada por algumas semanas, retira a tensão da articulação e permite que a irritação diminua. Assim que a dor inicial cede, a **fisioterapia** restaura os movimentos e fortalece os músculos ao redor da escápula e do ombro. Em geral, os pacientes recuperam uma boa, muitas vezes total, funcionalidade e retornam ao trabalho e às atividades esportivas. O único ponto a ser considerado é estético: mesmo após a cicatrização completa, o “calombo” na parte superior do ombro costuma permanecer para sempre. Ele tem aparência diferente do lado oposto, mas geralmente não impede o bom funcionamento do ombro.

A cirurgia é indicada apenas para as lesões que realmente precisam dela. Ou seja, para as **lesões de grau elevado (graus IV, V e VI)**, nas quais a clavícula fica gravemente deslocada, e também para um pequeno grupo de lesões de grau menor que continuam causando dor, fraqueza ou instabilidade mesmo após reabilitação adequada – especialmente em pessoas que realizam trabalhos manuais pesados ou atividades acima da cabeça, bem como em atletas de alto nível. A operação reconstrói os ligamentos rompidos, recolocando a clavícula em sua posição correta e mantendo-a ali até a cicatrização. Discutimos esse procedimento separadamente na seção sobre estabilização da articulação acromioclavicular.

O que esperar

Na grande maioria dos casos de lesões de grau leve, o prognóstico é animador. A dor aguda desaparece em poucas semanas e, com fisioterapia, o ombro recupera gradualmente a força e a amplitude de movimento. A maioria dos pacientes volta às suas atividades normais e ao esporte, aceitando que o **calombo pode ser um lembrete permanente** da lesão, sem, contudo, limitar a funcionalidade do ombro. Até mesmo algumas lesões de grau III, que à primeira vista parecem graves, evoluem bem sem necessidade de cirurgia.

As lesões que demandam mais tempo para recuperação são as de grau elevado, bem como as de grau leve que simplesmente não melhoram. Nesses casos, a questão é **se a reconstrução cirúrgica proporcionará um ombro mais estável, mais forte e menos doloroso** para suportar as exigências do dia a dia. A resposta depende muito do seu trabalho, do seu esporte e de como o ombro se comporta nas primeiras semanas após a lesão. Existem evidências sólidas de que essa decisão deve ser tomada sem pressa, dando ao ombro uma chance de recuperação antes de optar pela cirurgia, mas sem deixar uma lesão de grau elevado e claramente instável sem tratamento por tempo indeterminado.

Quando procurar um especialista

- **Queda sobre a ponta do ombro** que causa dor, além de um nódulo sensível ou uma protuberância na parte superior; isso merece avaliação, tanto para determinar a gravidade da lesão quanto para descartar uma fratura da clavícula.
- **Protuberância visível e proeminente**, com a sensação de que o braço está sendo puxado para baixo: isso indica uma lesão de maior gravidade que requer avaliação adequada.
- **Dor ou fraqueza que não melhoram** após algumas semanas de uso de tipoia e fisioterapia, especialmente se você realiza trabalhos pesados, movimentos acima da cabeça ou pratica esportes.
- **Pele sob tensão** sobre a protuberância, alteração na cor da pele nessa área, ou qualquer sensação de que o osso está pressionando intensamente a pele: procure atendimento o quanto antes.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar suas próprias decisões de tratamento. Uma lesão na articulação acromioclavicular merece essa leitura adicional devido a uma discrepância que está no cerne de todas as decisões a respeito dela: a cirurgia corrige de forma confiável o que os raios X mostram, mas não altera, de maneira confiável, o funcionamento do ombro no final.

A CIRURGIA CORRIGE A APARÊNCIA, NÃO O RESULTADO FUNCIONAL

As separações de alto grau parecem alarmantes em exames de imagem: a clavícula fica visivelmente deslocada em relação à escápula, e é intuitivo pensar que recolocá-la no lugar seria benéfico. Contudo, ao analisar **954** pacientes com luxações agudas de alto grau, **não houve diferença clínica nos escores de desfecho funcional** entre o tratamento cirúrgico e o não cirúrgico. As diferenças observadas foram em ambas as direções: o grupo que não foi operado **retornou ao trabalho mais rapidamente**, porém aceitou um resultado estético inferior; já a cirurgia proporcionou melhor redução radiográfica [1].

Ao restringir a análise ao tipo III de Rockwood – o grau em que o debate clínico é realmente relevante –, uma revisão de **397** pacientes realizada em 2025 não encontrou diferença significativa na função objetiva ou relatada pelos pacientes; a cirurgia melhorou a redução articular, mas aumentou o risco de complicações cirúrgicas [2]. Outra revisão anterior, envolvendo **646** ombros, chegou à mesma conclusão por outro caminho:

não houve diferença significativa quanto ao desenvolvimento de artrose ou dor persistente, e a taxa de recorrência foi de **14%** no grupo operado [3].

Três conjuntos independentes de evidências, uma única conclusão: a deformidade existe e é permanente sem cirurgia; contudo, sua correção não altera de forma mensurável a funcionalidade do ombro.

PORTANTO, A DECISÃO DIZ RESPEITO AO “CALOMBO”, NÃO À FUNÇÃO

Essa redefinição é o valor prático das evidências científicas. Se a pergunta for “a cirurgia fará com que meu ombro funcione melhor?”, a resposta honesta é que isso ainda não foi comprovado. Se a pergunta for “a cirurgia eliminará o desnível na minha clavícula?”, a resposta geralmente é sim; para algumas pessoas, em determinadas profissões e esportes, isso por si só já é motivo suficiente para a cirurgia.

É um motivo legítimo para se operar. Trata-se simplesmente de um motivo diferente daquele que a maioria das pessoas supõe ser o motivo da indicação cirúrgica.

NENHUMA TÉCNICA SE DESTACOU, E UMA DELAS APRESENTOU PIORES RESULTADOS

Uma vez tomada a decisão cirúrgica, a escolha do método de fixação recebe grande atenção, porém sem diferenças significativas entre as opções. Em **939** pacientes, os resultados subjetivos após o tratamento cirúrgico foram **comparáveis entre todas as modalidades**; contudo, a fixação com placa em gancho e com fios de K apresentaram as maiores taxas de complicações, enquanto a técnica modificada de Weaver-Dunn teve a maior taxa de reoperações não planejadas [4]. Ao comparar as duas técnicas mais utilizadas atualmente em **399** pacientes, o uso de botões de sutura gerou melhores escores funcionais e menor dor em relação à placa em gancho, sem diferenças significativas no tempo cirúrgico, nas complicações ou na perda de redução [5].

Estudos de reconstrução corroboram esse cenário. Em **4.473** pacientes, as reconstruções biológicas e sintéticas produziram escores funcionais superiores à osteossíntese [6]; em **1.020** pacientes, as reconstruções anatômicas tiveram melhor desempenho, sendo que as abordagens artroscópicas superaram as abertas [7].

O padrão observado é que as reconstruções anatômicas modernas apresentam resultados semelhantes, enquanto os implantes rígidos mais antigos ficam atrás. Dentro do grupo moderno, as diferenças são pequenas o suficiente para que a familiaridade do cirurgião seja um critério razoável na escolha da técnica.

UM EM CADA CINCO PACIENTES APRESENTA OUTRA LESÃO DENTRO DA ARTICULAÇÃO

Esse achado é importante, pois essas lesões não são visíveis nos exames de imagem que orientam o diagnóstico. Ao analisar **860** pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de luxações agudas da articulação acromioclavicular, verificou-se que **aproximadamente um em cada cinco apresentava lesão intra-articular associada que exigia intervenção adicional**, sendo as mais comuns as lesões do labrum ou do manguito rotador. Por esse motivo, os autores defendem a realização de artroscopia da articulação, mesmo quando a reconstrução é feita por via aberta [8].

Esse dado também explica um número considerável de casos frustrantes: o ombro que permanece dolorido após uma reconstrução tecnicamente bem-sucedida provavelmente já apresentava outra lesão desde o início.

REFERÊNCIAS

- [1] Chang N, Furey A, Kurdin A. Tratamento cirúrgico versus não cirúrgico das luxações agudas de alto grau da articulação acromioclavicular: uma revisão sistemática e meta-análise. *J Orthop Trauma*. 2018;32(1):1-9. <https://doi.org/10.1097/BOT.0000000000001004>
- [2] Bianco Prevot L, Accetta R, Fozzato S, Moroder P, Basile G. Cirurgia versus tratamento conservador: qual é o melhor tratamento para a luxação aguda do tipo III da articulação acromioclavicular segundo Rockwood? *EFORT Open Rev*. 2025;10(3):141-50. <https://doi.org/10.1530/EOR-2024-0077>
- [3] Longo UG, Ciuffreda M, Rizzello G, Mannering N, Maffulli N, Denaro V. Tratamento cirúrgico versus conservador da luxação do tipo III da articulação acromioclavicular: uma revisão sistemática. *Br Med Bull*. 2017;122(1):31-49. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx003>
- [4] Moatshe G, Kruckeberg BM, Chahla J, Godin JA, Cinque ME, Provencher MT, et al. Reconstrução dos ligamentos acromioclavicular e coracoclavicular na instabilidade da articulação acromioclavicular: uma revisão sistemática dos resultados clínicos e radiográficos. *Arthroscopy*. 2018;34(6):1979-95. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.01.016>
- [5] Wang C, Meng J, Zhang Y, Shi M. Botão de sutura versus placa com gancho no tratamento da luxação aguda e instável da articulação acromioclavicular: uma meta-análise. *Am J Sports Med*. 2019;48(4):1023-30. <https://doi.org/10.1177/0363546519858745>
- [6] Saccomanno MF, Sircana G, Cardona V, Vismara V, Scaini A, Salvi AG, et al. As reconstruções ligamentares biológicas e sintéticas proporcionam melhores resultados funcionais em comparação com a osteossíntese no tratamento da luxação aguda da articulação acromioclavicular. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2020;29(7):2175-93. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06217-9>
- [7] Sircana G, Saccomanno MF, Mocini F, Campana V, Messinese P, Monteleone A, et al. A reconstrução anatômica da articulação acromioclavicular gera os melhores resultados funcionais no tratamento da instabilidade crônica. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2020;29(7):2237-48. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-06059-5>
- [8] Ruiz Ibán MA, Moreno Romero MS, Diaz Heredia J, Ruiz Díaz R, Muriel A, López-Alcalde J. A prevalência de lesões intra-articulares associadas após lesões agudas da articulação acromioclavicular é de 20%. Uma revisão sistemática e meta-análise. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2020;29(7):2024-38. <https://doi.org/10.1007/s00167-020-05917-6>