

Artrite do ombro

Na artrite do ombro, a cartilagem que amortece a articulação em forma de bola e cavidade se desgasta, causando dor e rigidez.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



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

A artrite do ombro é a artrite por desgaste na principal articulação de esfera e cavidade do ombro. A dor geralmente se desenvolve ao longo de anos, e não de forma repentina. Ela fica localizada profundamente no próprio ombro e costuma vir acompanhada de uma rigidez que, aos poucos, reduz a amplitude com que você consegue movimentar a articulação.

Certos movimentos e posições pioram a dor. Levantar o braço acima da cabeça, afastá-lo para o lado ou fazer força de empurrar com o ombro podem agravá-la. Depois da atividade, a dor surda costuma se instalar. A noite é um momento comum de piora, e muitas pessoas percebem que o ombro as acorda ou dificulta encontrar uma posição confortável para dormir. Ao acordar, a articulação pode parecer rígida e demorar a se soltar.

As tarefas do dia a dia que exigem alcance são as que ficam difíceis. Lavar o cabelo, apagar uma luz atrás de você ou levantar e girar o braço para se vestir podem se tornar tarefas realmente trabalhosas. A fraqueza costuma surgir junto com a rigidez, de modo que levantar e carregar objetos parecem menos seguros do que antes.

A rigidez da artrite é diferente da rigidez do ombro congelado, que surge ao longo de semanas a meses, e não de anos. Outras condições também podem imitar a artrite, incluindo a inflamação causada pela artrite reumatoide, que muitas vezes traz cansaço, dor em outras articulações e perda de peso, junto com a dor e o inchaço no ombro. O seu cirurgião diferencia essas condições por meio do seu histórico clínico e do exame físico, às vezes com exames de imagem ou de sangue.

Alguns sinais exigem atenção mais rápida. Se o ombro ficar quente, vermelho, inchado e muito dolorido, especialmente com febre, é preciso ir ao pronto-socorro no mesmo dia, e não é necessário encaminhamento do médico de família. Se os sintomas no ombro não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de usar o braço ou de trabalhar, consulte o seu médico de

família ou peça uma avaliação com especialista. Se não conseguir falar com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

O que está realmente acontecendo

O seu ombro é uma articulação de esfera e cavidade. A esfera é a parte arredondada do topo do osso do braço, e a cavidade é uma concavidade rasa na escápula. A cavidade é naturalmente pequena, com cerca de um terço do tamanho da esfera que acomoda. Um anel de cartilagem firme e elástica ao redor da sua borda, chamado labrum, aprofunda a cavidade para que a esfera permaneça no lugar. As duas superfícies são recobertas por uma camada de cartilagem lisa e escorregadia que permite que os dois ossos deslizem um sobre o outro quase sem atrito.

Na artrite, essa cartilagem lisa se desgasta. Pense nela como o amortecedor entre os dois ossos, que vai ficando mais fino até que os ossos começam a raspar um no outro. O corpo reage formando osso extra nas bordas da articulação, e esses bicos de osso aumentam a rigidez. O revestimento da articulação também pode ficar inflamado e inchado. O atrito de osso contra osso, os bicos de osso e a inflamação, juntos, explicam a dor profunda, a redução da amplitude de movimento e a dor noturna descritas acima.

O desgaste nem sempre é uniforme. Em muitos ombros com artrite, a esfera se desloca em direção à parte de trás da cavidade, de modo que a borda posterior da cavidade se desgasta mais rápido do que o restante. Os tecidos na parte da frente da articulação também ficam mais tensos com o tempo, o que gira a esfera ainda mais para trás e sobrecarrega ainda mais a área desgastada. Os tendões ao redor da articulação, conhecidos como manguito rotador, geralmente continuam íntegros nesse tipo de artrite, embora possam ser afetados em outras formas.

A artrite tem vários pontos de partida. A maioria dos casos não tem uma causa única e clara, embora uma tendência familiar possa ter um papel. Outros casos surgem após uma fratura antiga, uma cirurgia anterior na articulação, luxações repetidas ou condições inflamatórias, como a artrite reumatoide, em que o próprio sistema de defesa do corpo ataca o revestimento da articulação e destrói a cartilagem. Seja qual for o ponto de partida, o resultado final na articulação é muito parecido, e é isso que provoca os seus sintomas.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procurasse, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na sua primeira consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o ombro e solicitamos exames de imagem quando necessário. As radiografias quase sempre são suficientes para planejar o tratamento. Uma tomografia computadorizada ou ressonância magnética acrescenta detalhes em alguns casos, como para avaliar o manguito rotador ou medir o desgaste ósseo antes da cirurgia.

Para a artrite leve a moderada, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico. Mudar a forma como você usa o ombro ajuda, por isso analisamos quais movimentos e tarefas sobrecarregam a articulação e

encontramos maneiras de contorná-los. A fisioterapia visa manter a articulação em movimento e fortalecer a musculatura ao redor dela. Medicamentos anti-inflamatórios podem aliviar a dor, e uma injeção de cortisona na articulação pode acalmar a inflamação por um período de semanas a meses. Damos a qualquer uma dessas medidas uma chance adequada antes de conversarmos sobre cirurgia, porque a cirurgia funciona melhor quando vem depois de uma tentativa real de tratamento conservador.

A cirurgia entra em pauta quando o tratamento não cirúrgico não trouxe melhora suficiente e a dor ou a rigidez continuam limitando o que você consegue fazer. A principal operação é a prótese de ombro, na qual as superfícies desgastadas da esfera e da cavidade são substituídas por componentes artificiais. O tipo de prótese que discutimos depende da sua idade, do estado do seu manguito rotador e do osso da cavidade, e tomamos essa decisão junto com você, de forma compartilhada.

O que esperar

A artrite não regride. A cartilagem desgastada não volta a crescer, por isso o desgaste de base permanece. O que muda é o quanto o ombro incomoda você no dia a dia, e isso pode ser alterado a seu favor.

Sem tratamento, o padrão costuma ser um declínio lento ao longo de anos, e não um colapso repentino. A dor e a rigidez tendem a aumentar gradualmente, e as coisas que você notou antes, como alcançar acima da cabeça e dormir sobre esse lado, geralmente ficam mais difíceis, e não mais fáceis. Algumas pessoas permanecem estáveis por longos períodos, mas a tendência geral de um ombro com artrite não tratado é de piora.

Com um tratamento bem conduzido, a maioria das pessoas evolui melhor do que isso. Manter a articulação em movimento e fortalecer a musculatura ao redor dela, com a orientação do seu fisioterapeuta, pode aliviar os sintomas e permitir que você continue fazendo mais coisas por mais tempo. Muitas pessoas controlam a artrite durante anos sem nunca precisar de cirurgia.

Se a cirurgia se tornar a resposta certa, a prótese de ombro tem um longo histórico para exatamente esse problema. É o tratamento com os resultados mais previsíveis para aliviar a dor e melhorar a função na artrite avançada do ombro. Em geral, as pessoas percebem que o ombro funciona melhor e que a sua saúde geral melhora em um tempo relativamente curto após a operação. A força também melhora ao longo dos primeiros dois anos, embora o tendão da parte da frente do ombro nem sempre recupere totalmente a força normal.

Nenhum tratamento é uma garantia. A maioria das pessoas obtém um alívio real, mas algumas ficam com rigidez ou fraqueza, e uma minoria precisa de uma nova cirurgia no futuro. Os implantes são componentes artificiais e podem se soltar ou se desgastar com o tempo, o que pesa mais quanto mais jovem e ativo você for. O seu cirurgião conversará com você sobre como é um resultado realista especificamente para o seu ombro.

Uma coisa que vale a pena saber: se a sua artrite ainda é leve na radiografia, a cirurgia tende a trazer menos melhora do que traz na artrite grave. Isso não é motivo para evitar a cirurgia, mas é motivo para ter clareza sobre o que você espera obter com ela.

Se os sintomas no seu ombro não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de usar o braço ou de trabalhar, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista.

Quando procurar ajuda médica

A maioria dos ombros com artrite pode esperar por uma consulta agendada, mas alguns sinais não podem. Se o ombro ficar quente, vermelho, inchado e muito dolorido, especialmente com febre, vá a um pronto-socorro no mesmo dia. Uma infecção na articulação é uma situação em que o tempo é decisivo, e não é necessário encaminhamento do médico de família. O mesmo vale se você não conseguir falar com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana: vá ao pronto-socorro mais próximo.

Consulte o seu médico de família se o ombro não estiver melhorando, estiver piorando ao longo de semanas, acordar você à noite ou impedir você de trabalhar ou de usar o braço. Solicite uma avaliação com especialista se a dor e a rigidez vêm aumentando há anos e agora estão limitando atividades como lavar o cabelo, se vestir ou alcançar atrás do corpo.

Alguns padrões merecem uma avaliação mais cedo. Um desgaste rápido e grave pode afetar mulheres idosas com uma dor no ombro que surgiu de forma silenciosa. Uma erosão grave em alguém que já teve gota indica gota no próprio ombro. E, se o ombro estiver quente e dolorido, com febre, esse é o sinal que exige atendimento no mesmo dia, descrito acima.

O seu cirurgião também vai querer saber se você tem dor no pescoço, ou dormência e formigamento que descem abaixo do cotovelo, porque esses sintomas podem vir do pescoço, e não do ombro.

Em maior profundidade

Esta seção aborda temas que vão além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. A artrite do ombro merece uma leitura mais aprofundada, pois a principal decisão – qual tipo de prótese utilizar – tornou-se recentemente uma questão de escolha, sem uma resposta definitiva; além disso, essa escolha varia conforme a idade do paciente.

PRÓTESE ANATÔMICA VERSUS REVERSA, EM PACIENTES COM MAIS DE 70 ANOS

A prótese anatômica reproduz a disposição anatômica normal e depende de um manguito rotador funcional. Já a prótese reversa inverte a posição da esfera e da cavidade, permitindo que o deltoide realize o movimento de elevação; nesse caso, o manguito rotador não é necessário. Historicamente, a prótese reversa era indicada apenas para ombros sem manguito rotador; atualmente, seu uso é muito mais amplo.

A comparação realizada em **1.716** pacientes com 70 anos ou mais e manguito rotador íntegro revelou resultados bem distintos. A prótese anatômica proporcionou **maior mobilidade rotacional, ultrapassando a diferença mínima clinicamente relevante**, o que pode facilitar atividades cotidianas como se vestir e higiene pessoal. Por outro lado, a prótese reversa apresentou **maior sobrevivência do implante e menor taxa de revisões cirúrgicas** [1].

Trata-se, portanto, de dois benefícios distintos: a prótese anatômica garante maior mobilidade rotacional no dia a dia, enquanto a prótese reversa oferece maior durabilidade. Nenhuma delas se mostra claramente superior, razão pela qual hoje essa escolha é objeto de discussão clínica, e não uma indicação padrão.

O USO DO SISTEMA REVERSO GERA MAIS COMPLICAÇÕES PRECOSES NESTE CONTEXTO

A vantagem em termos de durabilidade vem acompanhada de um custo imediato quando o sistema reverso é utilizado no tratamento da artrite comum.

Em um total de **8.846** pacientes, observou-se **taxa mais elevada de complicações precoces** com o uso do sistema reverso em comparação ao sistema anatômico no tratamento da artrite glenoumeral primária, incluindo **instabilidade, fratura escapular, infecção e complicações de qualquer natureza**; porém **não houve diferença na taxa de revisões** durante esse período de acompanhamento [2].

Considerando também os dados sobre sobrevivência do implante mencionados anteriormente, percebe-se que o sistema reverso troca uma maior probabilidade de surgimento de problemas precoces por uma menor probabilidade de ocorrência de problemas tardios. O que é mais importante depende, em grande medida, de quantos anos o implante precisa permanecer funcional.

SUBSTITUIÇÃO TANTO DA CAVIDADE QUANTO DA CABEÇA DO ÚMERO

A hemiartroplastia substitui apenas a cabeça do úmero, deixando a cavidade óssea desgastada intacta. Trata-se de uma cirurgia menos complexa, que também evita o uso do componente glenoide – a parte do implante mais propensa a se soltar com o tempo.

Contudo, as evidências científicas não favorecem essa abordagem. Em pacientes com osteoartrite glenoumeral primária e manguito rotador intacto, num total de **1.317** pacientes, **a artroplastia total do ombro se mostrou superior à hemiartroplastia** em termos de resultados clínicos, risco de revisão cirúrgica e complicações pós-operatórias [3].

Isso ocorre porque a cavidade óssea desgastada continua a causar dor ao entrar em contato com a nova cabeça do úmero. Ao evitar o uso do componente glenoide, evita-se um modo de falha a longo prazo, ainda que se aceite a possibilidade de complicações a curto prazo.

PARA PACIENTES MAIS JOVENS, O CÁLCULO MUDA COMPLETAMENTE

Abaixo dos 60 anos, todas as opções apresentam desvantagens específicas; isso é, honestamente, refletido na literatura médica, sem que haja soluções definitivas. É muito provável que uma prótese necessite de revisão ao longo da vida, e a cirurgia de revisão do ombro é consideravelmente mais difícil que a primeira operação. As opções que preservam a articulação – como desbridamento artroscópico, liberação capsular e remoção de osteófitos – não interrompem a evolução da artrite, mas podem adiar a necessidade de uma prótese; para um paciente jovem, esse é um objetivo válido por si só.

UMA OBSERVAÇÃO PARA QUEM JÁ FEZ CIRURGIA DE ESTABILIZAÇÃO

A artrose após a estabilização do ombro é comum nos exames de imagem e, na maioria das vezes, assintomática. Após a reparação artroscópica de Bankart, a prevalência foi de **60% para qualquer alteração artrósica e 28% para alterações moderadas a graves**; contudo, ela é **geralmente assintomática**, sem que se tenha identificado **nenhuma correlação significativa** com os fatores de risco estabelecidos [4].

Se você fez uma cirurgia de estabilização e um exame posterior revelou artrose, esse achado é comum, geralmente não é a causa dos sintomas e, por si só, não constitui motivo para intervenção.

REFERÊNCIAS

- [1] Gupta MS, Krishan A, Rashid A, Lee MH. Artroplastia total reversa versus anatômica do ombro em pacientes acima de 70 anos com osteoartrite glenoumeral primária: uma revisão sistemática e meta-análise. J Shoulder Elbow Surg. 2026;35(5):1370-86. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.10.015>
- [2] Givens JM, Malkani AL, Ong KL, Watson HN, Harreld KL. Taxas de complicações após artroplastia reversa e anatômica do ombro em pacientes com artrite glenoumeral primária. J Shoulder Elbow Surg. 2024;33(2):273-80. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2023.06.017>
- [3] Singh Jagdev B, McGrath J, Cole A, Gomaa A, Chong HH, Singh HP. Artroplastia total do ombro versus hemiartroplastia em pacientes com artrite glenoumeral primária e manguito rotador íntegro: meta-análise utilizando a ferramenta revisada de risco de viés da Cochrane. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(12):2657-70. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2022.07.012>
- [4] Yeo MH, Seah SJ, Ang G, Arce G, Lie D. Prevalência e fatores de risco para o desenvolvimento de osteoartrite glenoumeral após reparo artroscópico de Bankart: uma revisão sistemática e meta-análise. J Shoulder Elbow Surg. 2025;34(12):e1224-e1233. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.03.011>