

Impingimento subacromial e bursite

Impacto subacromial: o manguito rotador fica comprimido sob o acrômio.

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

O principal sintoma do impacto subacromial é a dor na parte da frente do ombro. Ela costuma aparecer quando você levanta o braço, estica o braço acima da cabeça ou usa o braço afastado do corpo. Muitas pessoas também percebem fraqueza no ombro e no braço.

A dor tende a seguir um padrão. Ela pode piorar durante um “arco doloroso”, uma faixa de movimento em que levantar o braço dói, aproximadamente entre 40 e 120 graus para o lado ou para a frente. Fora dessa faixa, o movimento muitas vezes é mais fácil. A dor noturna é comum, e o ombro pode doer depois de alguma atividade ou ao acordar. Entre as tarefas que ficam difíceis estão estender roupa no varal, alcançar uma prateleira alta ou levantar uma chaleira.

O seu ombro geralmente mantém uma amplitude de movimento normal, o que significa que você ainda consegue movê-lo por todo o seu arco, mesmo que partes desse arco doam. É comum haver sensibilidade ao toque na parte da frente do ombro.

Procure o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo das semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar o braço.

Outros problemas no ombro podem causar sintomas semelhantes, incluindo o ombro congelado, a ruptura completa do manguito rotador (um tendão rompido em toda a sua espessura) e a instabilidade (um ombro que escorrega ou parece solto). Uma avaliação cuidadosa identifica qual desses problemas você tem.

O que está realmente acontecendo

O seu ombro fica sob um arco ósseo. Esse arco é formado pelo acrômio, uma plataforma de osso no alto do ombro, ligado a outro osso na frente por um ligamento. Pelo espaço sob esse arco deslizam os tendões do manguito rotador, o grupo de quatro tendões que mantêm a cabeça (a “bola”) da articulação centralizada enquanto você se movimenta, e uma pequena almofada cheia de líquido chamada bursa subacromial. A bursa funciona um pouco como uma vedação, permitindo que os tendões deslizem suavemente sob o osso em vez de atritarem contra ele.

Nesta condição, essa almofada fica inflamada e inchada, e os tendões também podem ficar mais espessos. Um tendão mais espesso ocupa mais do espaço estreito sob o arco, e por isso sobra menos espaço para deslizar. Isso corresponde ao que você sente: dor na parte da frente do ombro quando você levanta o braço, pior no arco doloroso descrito anteriormente, porque é exatamente nesse momento que o espaço sob o arco fica mais apertado. O espaço é mais estreito quando o braço está levantado a cerca de 90 graus, aproximadamente na altura do ombro.

Vale a pena saber que algum atrito entre o arco e os tendões acontece em todos os ombros, mesmo nos saudáveis. A pressão simplesmente aumenta com certos movimentos, como esticar o braço para o lado ou para trás. Também há debate sobre se o formato do osso acima do tendão é realmente a causa, já que a relação entre o formato do osso e os problemas do tendão não está definida. Muitos especialistas hoje descrevem essa condição como síndrome da dor subacromial, um nome que indica onde dói, sem afirmar saber por quê.

Por isso, o tratamento geralmente começa sem operação, com exercícios e outras medidas não cirúrgicas. A cirurgia para desbastar osso da face inferior do arco, chamada decompressão subacromial, pode ser oferecida a um pequeno grupo de pacientes selecionados cuja dor não melhorou. Para ser honesto, os ensaios que compararam essa operação com um procedimento simulado, em que o cirurgião olha dentro do ombro mas não remove osso algum, encontraram pouco benefício adicional da remoção do osso em si.

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 primeira consulta, fazemos a anamnese, examinamos o seu ombro e solicitamos exames de imagem quando necessário. Para um problema de longa duração como este, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico e só consideramos a cirurgia quando ele não traz melhora suficiente.

O primeiro passo é mudar a forma como você usa o braço e fortalecer o ombro com um fisioterapeuta. O objetivo é acalmar o tecido irritado e recuperar um movimento confortável, e não forçar o ombro apesar da dor. Dê a esse tratamento uma chance adequada, ao longo de vários meses, antes de julgá-lo. Acrescentar uma grande quantidade de exercícios de fortalecimento do ombro ao seu tratamento habitual não melhora os resultados; por isso, o que importa são exercícios constantes e bem orientados.

Analgésicos e anti-inflamatórios podem ajudar você a se manter em movimento enquanto os exercícios fazem efeito. Não usamos injeções de cortisona para essa condição.

Se a dor ainda limitar você depois de uma tentativa real de tratamento não cirúrgico, conversamos sobre a cirurgia. A operação é a descompressão subacromial, que desbasta osso da face inferior do arco para dar mais espaço aos tendões e, ao mesmo tempo, remove a bursa inflamada. É uma decisão que você toma junto conosco, pesando o que a operação envolve em relação ao que ela pode e não pode mudar.

O que esperar

Para a maioria das pessoas, essa condição melhora com o tempo e com exercícios constantes, e não com cirurgia. Dê ao tratamento não cirúrgico uma chance adequada, ao longo de vários meses, antes de julgá-lo. Muitas pessoas melhoram o suficiente para voltar às suas atividades normais sem uma operação. Se a dor não tiver melhorado depois de uma tentativa real com exercícios e outras medidas não cirúrgicas, a cirurgia pode ser discutida, mas os ensaios que a compararam com um procedimento simulado encontraram pouco benefício adicional da remoção do osso em si.

A recuperação dessa condição é conduzida com cuidado, sem pressa. A maioria das pessoas que faz a operação volta ao trabalho em até 6 semanas, e mais de 90% conseguem voltar a dirigir em até 4 semanas, embora você não deva dirigir por pelo menos seis semanas após uma cirurgia no ombro, e somente depois de o seu cirurgião liberar. A maioria das pessoas também volta aos esportes que praticava, incluindo 90% dos praticantes de esportes com movimentos acima da cabeça e todos os praticantes de esportes que poupam o ombro ou de esportes de contato. A função do ombro, na percepção do próprio paciente, leva em média quase 3 meses para se recuperar. O ligamento coracoacromial, a faixa de tecido sob o arco, pode voltar a se formar com relativa rapidez após a cirurgia, mas leva tempo para recuperar a resistência.

Se a condição não for tratada, algumas pessoas continuam tendo dor que vai e vem, principalmente com atividades acima da cabeça. Um tratamento com exercícios específicos pode reduzir a necessidade de cirurgia, com resultados que se mantêm após 10 anos. Os resultados são mais lentos e, de modo geral, piores em pessoas com lesão em chicote no pescoço (whiplash). Uma ruptura parcial do manguito rotador encontrada durante a cirurgia pode não precisar ser tratada, já que os dois grupos tiveram um resultado final semelhante.

Quando procurar ajuda médica

A maior parte das dores no ombro desse tipo não é uma emergência, mas alguns sinais exigem atenção rápida. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se o seu braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, ou se os seus dedos ou a sua mão ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados. O mesmo vale se você perder de repente a sensibilidade ou o movimento do braço após uma lesão.

Procure o seu médico de família se a dor não estiver melhorando, estiver piorando ao longo das semanas, acordar você à noite ou impedir você de trabalhar ou de usar o braço. Peça uma avaliação com um especialista se as medidas simples não tiverem ajudado depois de vários meses, ou se o padrão se parecer com o arco doloroso descrito anteriormente.

Uma avaliação com um especialista também pode descartar outras causas, como uma ruptura do manguito rotador ou o ombro congelado, antes de qualquer decisão ser tomada.

Em maior profundidade

Esta seção aborda conteúdos além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. A síndrome do impacto subacromial merece uma leitura mais aprofundada, pois é a condição do ombro na qual a cirurgia foi testada contra uma operação placebo, duas vezes, em grandes ensaios randomizados; os resultados desses estudos modificaram a prática médica em todo o mundo.

DOIS ENSAIOS QUE COMPARARAM A CIRURGIA COM UM PROCEDIMENTO SIMULADO

A maioria das evidências cirúrgicas compara uma operação com outra ou com a ausência de tratamento. Muito raramente, um ensaio compara uma operação com um *procedimento simulado*: o paciente é anestesiado, o artroscópio é inserido, nada é decomprimido, e nem o paciente nem o avaliador sabem qual procedimento foi realizado. Esse desenho experimental elimina o efeito placebo decorrente da cirurgia, que é considerável.

No ensaio CSAW, **313** pacientes foram randomizados em três grupos: decompressão subacromial artroscópica, artroscopia apenas para fins de investigação e ausência de tratamento. Ambos os grupos cirúrgicos tiveram desempenho melhor que o grupo sem tratamento; contudo, **essa diferença não teve importância clínica, e a decompressão não trouxe nenhum benefício adicional em relação à artroscopia isoladamente** [1].

O ensaio FIMPACT chegou à mesma conclusão de forma independente. Em pacientes com síndrome de impacto, a decompressão subacromial artroscópica **não apresentou nenhum benefício em relação à artroscopia diagnóstica após 24 meses** [2].

Dois ensaios bem conduzidos, dois países, a mesma conclusão: a parte da operação que remove o osso não é a responsável pela melhora. Qualquer benefício percebido pelos pacientes advém de algo que também é proporcionado pelo procedimento simulado.

O QUE ISSO SIGNIFICA E O QUE NÃO SIGNIFICA

Isso não significa que a dor seja imaginária, nem que nada ajude a aliviá-la. Significa que a explicação mecânica – de que um esporão ósseo está esfregando no tendão e o desgastando, corrigindo assim o problema – não é um mecanismo válido para o alívio da dor.

Isso tem consequências na forma como a condição é descrita. O próprio termo “impingimento” incorpora essa teoria mecânica; por isso, grande parte da literatura médica passou a usar o termo “síndrome da dor subacromial”: uma descrição do local onde a dor ocorre, em vez de uma afirmação não comprovada sobre sua causa.

O QUE RESTA, ENTÃO?

O tratamento não cirúrgico assume papel central, e as evidências comparativas são suficientemente contraditórias para merecerem uma leitura atenta. Em uma análise envolvendo **3.643** pacientes, a decompressão artroscópica associada à acromioplastia e à fisioterapia apresentou melhores resultados em

termos de dor, medidas relatadas pelos pacientes e amplitude de movimento; por outro lado, **a injeção de corticosteroide teve resultados ruins nos três domínios**, levando os autores a recomendarem a fisioterapia para pacientes com sintomas significativos [3].

Diante dos ensaios controlados com placebo, a conclusão razoável é que o exercício estruturado constitui o tratamento principal; a injeção pode aliviar a dor a curto prazo, porém não apresenta bom desempenho no longo prazo; e a cirurgia não demonstrou trazer benefícios adicionais além dos obtidos apenas com a inserção da câmera.

ONDE A CIRURGIA AINDA TEM SEU PAPEL

Nada do exposto acima se aplica a uma ruptura real e reparável do manguito rotador, que é um diagnóstico distinto, com evidências próprias, abordado na página sobre o manguito rotador. Os estudos mencionados referem-se a ombros com dor atribuída ao impacto, e não a ombros com tendão rompido. A distinção entre esses dois casos é o motivo pelo qual uma avaliação cuidadosa é mais importante aqui do que a escolha do procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- [1] Beard DJ, Rees JL, Cook JA, Rombach I, Cooper C, Merritt N, et al. Descompressão subacromial artroscópica para dor shoulder subacromial (CSAW): um ensaio cirúrgico randomizado, multicêntrico, pragmático, em grupos paralelos, controlado por placebo e com três grupos. Lancet. 2018;391(10118):329-38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32457-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32457-1)
- [2] Paavola M, Malmivaara A, Taimela S, Kanto K, Inkinen J, Kalske J, et al. Descompressão subacromial versus artroscopia diagnóstica para síndrome do impacto shoulder: ensaio clínico randomizado controlado por cirurgia placebo. BMJ. 2018;362:k2860. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2860>
- [3] Lavoie-Gagne O, Farah G, Lu Y, Mehta N, Parvaresh KC, Forsythe B. A fisioterapia combinada com injeção de cortisona subacromial constitui tratamento de primeira linha; já a acromioplastia associada à fisioterapia é a melhor opção quando o tratamento conservador falha na síndrome do impacto: uma revisão sistemática e meta-análise em rede. Arthroscopy. 2022;38(8):2511-24. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2022.02.008>