

Neuropatia supraescapular

O nervo supraescapular, que pode sofrer compressão na incisura da escápula.

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

Neuropatia do nervo supraescapular significa que o nervo responsável por inervar dois músculos do ombro está sendo esticado ou comprimido. Ela geralmente se manifesta como dor, fraqueza ou ambas. A dor tende a se localizar na parte posterior do ombro, perto do canto superior da escápula, e muitas vezes é uma dor surda, em vez de uma pontada aguda.

Atividades com o braço acima da cabeça podem piorar o quadro, por isso coisas como alcançar uma prateleira alta, estender roupa no varal ou arremessar uma bola para o cachorro podem agravar os seus sintomas. Algumas pessoas percebem enganchamentos, travamentos ou estalos no ombro ao se movimentar. A dor noturna que atrapalha o sono é comum nos problemas de ombro em geral, e, se a dor estiver acordando você à noite ou não estiver melhorando ao longo de semanas, procure o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

Quando o nervo fica irritado por muito tempo, os músculos por ele inervados podem atrofiar. Você pode notar uma área afundada ou uma depressão abaixo da espinha da escápula, na parte de trás, ou perceber que o braço se cansa rapidamente quando é mantido estendido para o lado. É típica a fraqueza para levantar o braço e para girar o antebraço para fora. Algumas pessoas têm essa atrofia com muito pouca dor, e é por isso que ela muitas vezes passa despercebida por algum tempo.

As tarefas do dia a dia que exigem força ou alcance ficam mais difíceis: levantar uma chaleira, vestir uma blusa de lã pela cabeça ou segurar o telefone junto ao ouvido por muito tempo. Se os seus sintomas estiverem piorando ao longo de semanas ou impedindo você de usar o braço, vale a pena fazer uma avaliação, em vez de esperar passar.

Há um sinal urgente que você deve conhecer. Se o seu braço, a sua mão ou os seus dedos ficarem quentes, vermelhos, inchados e doloridos, especialmente com febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia.

O que está realmente acontecendo

O nervo supraescapular é um nervo pequeno que atravessa a parte de trás da escápula e inerva dois músculos do ombro. Ele percorre um trajeto sinuoso, passando por duas aberturas estreitas onde o tecido acima dele é apertado, como um cabo passando por baixo de uma cinta. Na primeira abertura, perto do topo da escápula, um ligamento cruza por cima do nervo. Mais adiante, na segunda abertura, perto do ponto onde o ombro encontra a escápula, outra faixa de tecido fica por cima dele.

Como o nervo passa espremido por esses pontos estreitos, qualquer coisa que ocupe espaço na região pode pressioná-lo. Um saco cheio de líquido, chamado cisto ganglionar, pode crescer a partir de uma ruptura na borda de cartilagem ao redor da cavidade do ombro e comprimir o nervo ao longo do seu trajeto. O ligamento sobre a primeira abertura também pode endurecer e se transformar em osso, ou a própria abertura pode ser estreita demais, deixando menos espaço para o nervo. Um grande acúmulo de sangue perto da escápula pode ter o mesmo efeito.

O nervo também pode ser esticado, em vez de comprimido. Repetir movimentos acima da cabeça, como sacar no tênis ou cortar no vôlei, puxa o nervo à medida que o braço sobe e vai para trás. Uma ruptura antiga do manguito rotador pode ter o mesmo efeito, porque, quando o tendão se solta, o músculo se desloca e puxa o nervo no ponto em que ele está preso sob aquela cinta. O mesmo pode acontecer com uma lesão súbita que puxa o ombro para trás enquanto a cabeça gira para o outro lado.

Qualquer que seja a causa, o resultado é o mesmo. O nervo deixa de transmitir os seus sinais corretamente, por isso os dois músculos que ele inerva, que levantam o braço e giram o antebraço para fora, enfraquecem e podem atrofiar. É por isso que acontecem a dor na parte de trás do ombro e a fraqueza que você notou na seção acima.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores 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 consulta na clínica, colhemos o seu histórico clínico, examinamos o seu ombro e solicitamos exames de imagem, quando necessário, para confirmar o diagnóstico.

A maioria das pessoas começa sem cirurgia. Você repousa o ombro e muda as atividades que agravam os seus sintomas, como o trabalho repetido com o braço acima da cabeça. Comprimidos anti-inflamatórios podem aliviar a dor a curto prazo. A fisioterapia tem como objetivo manter o ombro se movendo livremente e fortalecer os músculos ao redor da escápula, incluindo os que a mantêm estável contra as costelas. Geralmente, damos a essa abordagem uma chance razoável, de pelo menos 6 meses, antes de pensar em cirurgia, a menos que haja uma causa clara pressionando o nervo ou que o músculo na parte posterior do ombro já tenha começado a atrofiar; nesse caso, mantemos esse período curto, de no máximo 3 meses, para que o nervo não sofra danos permanentes.

Se essas medidas não tiverem trazido alívio suficiente, a cirurgia pode ser considerada. A operação libera a faixa de tecido apertada que pressiona o nervo, dando mais espaço a ele. Ela é feita por pequenos cortes com uma câmera ou, ocasionalmente, por uma pequena incisão aberta. Vamos conversar sobre se ela é adequada para o seu ombro e decidir juntos.

Após a cirurgia, o braço fica apoiado em uma tipoia simples para mais conforto, e os exercícios pendulares suaves começam imediatamente. Você volta a nos ver com 1 semana para avaliarmos a sua força e começar a fisioterapia com o seu fisioterapeuta, iniciando com movimentos assistidos e exercícios de contração muscular. Os exercícios com resistência e as atividades com o braço acima da cabeça começam entre 4 e 8 semanas após a operação.

O que esperar

Para a maioria das pessoas, o tratamento desta condição começa sem cirurgia. Repousar o ombro, mudar as atividades que agravam os sintomas, comprimidos anti-inflamatórios e fisioterapia são os primeiros passos habituais. Com essa abordagem, a dor muitas vezes melhora e o ombro pode voltar a funcionar normalmente.

Se o nervo continuar comprimido, a cirurgia para liberar a faixa de tecido apertada que o pressiona pode aliviar a dor e permitir que a função normal do ombro retorne. A recuperação leva meses, e não dias. A força dos dois músculos afetados volta lentamente, e os exercícios orientados pelo seu fisioterapeuta protegem o ombro enquanto ele se recupera. Quando os músculos atrofiaram, aquela área afundada na parte de trás da escápula geralmente melhora à medida que o nervo se recupera, embora alguma atrofia possa permanecer mesmo depois que a dor passa.

Se uma ruptura grande do manguito rotador fizer parte do quadro, reparar o tendão rompido, mesmo que parcialmente, pode tirar a tensão do nervo e permitir que ele se recupere junto com a função do ombro.

Se não for tratado, um nervo irritado nem sempre melhora sozinho. A pressão prolongada sobre um nervo pode levar a alterações duradouras nos músculos que ele inerva, por isso vale a pena avaliar sintomas que não estão melhorando ao longo de semanas, em vez de esperar passar. Se os seus sintomas estiverem piorando, acordando você à noite ou impedindo você de usar o braço, procure o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

Quando procurar ajuda médica

Procure o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista se tiver dor na parte de trás do ombro que não está melhorando ao longo de semanas, ou fraqueza para levantar o braço ou para girar o antebraço para fora. Procure ajuda mais cedo se a área abaixo da escápula estiver visivelmente atrofiando, ou se você tiver uma dor surda com enganchamentos, travamentos ou estalos no ombro, o que pode indicar uma ruptura na borda de cartilagem ao redor da cavidade. Vale a pena investigar um problema de nervo como este com um exame do nervo, em vez de esperar passar, porque a pressão prolongada pode deixar alterações duradouras nos músculos. Se o seu braço, a sua mão ou os seus dedos ficarem quentes, vermelhos, inchados e doloridos, especialmente com febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A neuropatia suprascapular merece uma leitura mais aprofundada, pois esse mesmo nervo desempenha dois papéis bem distintos: um como causa de dor e fraqueza no ombro, e outro como alvo para o alívio da dor. A qualidade das evidências científicas para cada um desses papéis é bastante diferente.

A DESCOMPRESSÃO É EFICAZ, MAS HÁ UMA RESSALVA QUANTO À ATRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO

Quando o nervo está comprimido, a liberação do mesmo traz bons resultados. Em **730** pacientes, a descompressão do nervo supraescapular **melhora significativamente os resultados relatados pelos pacientes, é não inferior a procedimentos semelhantes realizados sem descompressão** e está associada a **altas taxas de retorno às atividades esportivas e taxas relativamente baixas de eventos adversos** [1].

A frase-chave aqui é “não inferior a procedimentos semelhantes sem descompressão”. Com frequência, o nervo é liberado durante uma cirurgia realizada por outro motivo, como reparo do manguito rotador ou remoção de um cisto ganglionar na escápula; por isso, é difícil atribuir o benefício exclusivamente à descompressão. Ela ajuda, e não piora os resultados do procedimento concomitante.

POR QUE O GRAU DE COMPRESSÃO ALTERA O QUADRO CLÍNICO

O nervo passa por dois pontos estreitos ao contornar a escápula; qual desses pontos está envolvido determina o quadro clínico.

A compressão no **incisura suprascapular**, localizada mais acima, afeta tanto o músculo supraespinhoso quanto o infraespinhoso, provocando fraqueza na elevação do braço e na rotação externa, além de dor. Já a compressão no **incisura espinogleno**, mais abaixo, afeta apenas o músculo infraespinhoso, resultando em fraqueza na rotação externa e atrofia visível na região abaixo da espinha da escápula; nesse caso, a dor costuma ser mínima.

O quadro de atrofia isolada é o que mais passa despercebido, pois geralmente não causa muita dor. A causa mais comum nesse nível é um cisto ganglionar originado de uma lesão do labrum; portanto, ao identificar esse padrão clínico, deve-se procurar pelo cisto e pela lesão subjacente, já que o tratamento da causa resolve o problema do nervo.

QUANTO AO BLOQUEIO ANALGÉSICO, AS EVIDÊNCIAS SÃO MENOS ROBUSTAS DO QUE O USO GENERALIZADO SUGERE

Esse mesmo nervo é amplamente bloqueado com anestésico local para tratar a dor no ombro, tanto após cirurgias quanto em casos crônicos. Ao analisar os danos físicos em **4.142** pacientes, verificou-se que esse bloqueio **apresenta baixo risco de danos físicos**. Contudo, os autores apontam **heterogeneidade nas intervenções realizadas e evidências de baixa qualidade**, solicitando uma avaliação e relato mais precisos dos riscos associados [2].

A afirmação “baixo risco de danos, com base em evidências de baixa qualidade” é específica e limitada. Ela indica que o procedimento é razoavelmente seguro; porém não descreve sua eficácia, e não deve ser interpretada dessa forma.

A DISTINÇÃO QUE VALE A PENA LEMBRAR

Duas condições compartilham o mesmo nome, mas não devem ser confundidas. A neuropatia é um problema estrutural em que o nervo fica comprimido; frequentemente, pode ser descomprimido, e o emagrecimento muscular e a fraqueza são seus sinais característicos. Já o bloqueio nervoso é um tratamento sintomático que interrompe a transmissão da dor vinda da articulação, sem alterar nada na estrutura do nervo.

Fraqueza e atrofia muscular visível indicam a primeira condição. A dor isolada, sem esses sinais, geralmente aponta para outra causa; o bloqueio nervoso que a alivia serve apenas para proporcionar analgesia, não para confirmar um diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- [1] Sandler AB, Wells ME, Tran C, Arakawa R, Klahs KJ, Scanaliato JP, et al. Altas taxas de retorno ao esporte após descompressão do nervo supraescapular: uma revisão sistemática. JSES Rev Rep Tech. 2024;4(4):654-61. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2024.05.007>
- [2] Annison DR, Smith N, Salt E, Noblet T, Rangan A, McDaid C. Danos físicos associados às intervenções de bloqueio do nervo supraescapular: uma revisão sistemática. Shoulder Elbow. 2024;17(3):236-53. <https://doi.org/10.1177/17585732241255679>