

Algumas Verdades sobre a Clínica Fisiátrica do Ombro Doloroso

R.E. de Araujo Leitão*
Valéria de Araujo Leitão**

Em caso de ombro doloroso determinado por bursite aguda, não aplique nenhuma forma de calor. Tal procedimento irá certamente aumentar o sofrimento do paciente. Aplique gelo e mantenha o ombro em repouso. Prescreva uma tipóia.

Nas bursites agudas do ombro ou de qualquer outra região do corpo, aplique gelo durante dez a quinze minutos, de duas em duas horas. Alivia a dor e reduz o processo inflamatório.

No ombro doloroso provocado por tendinite calcificada ou por artropatia não inflamatória, use calor sob a forma de infravermelho, diatermia ou ultra-som, duas vezes ao dia, durante quinze minutos. Alivia a dor e não tem contra-indicações.

Dor no ombro esquerdo, de causa ainda não esclarecida, não faça tração, julgando tratar-se de patologia da coluna cervical. Pode ser infarto do miocárdio.

Lembre-se que 85% das causas de ombro doloroso estão nas lesões músculo-esqueléticas da articulação, portanto, localizam-se na bainha rotatória e na longa porção do bíceps, ou seja, as lesões são predominantemente tendo capsulares.

Segundo as estatísticas:

75% dos casos de ombro doloroso são de patologia tendo-capsular;

20% são de patologia articular;

05% têm origem em dor referida (cervical, torácica ou abdominal).

Lembre-se que, o sucesso terapêutico na síndrome ombro-mão está na precocidade do atendimento. E valem todos os recursos admissíveis pela medicina.

Anote bem: o chamado ombro bloqueado, capsulite retrátil, ombro gelado etc. é uma algo-neurodistrofia e tem uma evolução demorada e resistente ao tratamento. Não desanime. Dê todo o apoio ao paciente e use os meios terapêuticos necessários que

* Médico da Academia Nacional de Medicina e da Academia de Medicina de Reabilitação.

** Médica do Serviço de Fisiatria do Instituto de Neurologia Deolindo Couto - UFRJ

puder dispar. Na pior hipótese, a afecção desaparece após um ou dois anos.

Atenção para o ombro esquerdo doloroso, causado por afecção à distância (dores referidas). Esteja alerta sobretudo para o ombro doloroso de sintomatologia vaga, não definida, acompanhada ou não de cervicalgia. Pode tratar-se de infarto de miocárdio.

Em pessoas idosas, não se preocupe demasiadamente com a laceração ou a ruptura do tendão do bíceps. A incapacidade física é pequena, o sofrimento é discreto e a cirurgia só deve ser indicada em casos muito especiais.

Lembre-se que, existem neuropatias de compressão e outras patologias neurológicas que podem ser responsáveis pela dor no ombro. Exemplos: compressão do n. supra-escapular, do n. escapular dorsal, do plexo braquial, de raízes cervicais, da medula espinhal.

Violenta dor no ombro, de súbito aparecimento, com irradiação para o pescoço e para o braço nem sempre é bursite aguda. Pode representar o início da síndrome de Parsonage-Turner, afecção neurológica provavelmente de causa viral. A dor desaparece quando surge a paralisia.

Atente para o seguinte: o ombro doloroso agudo de causa músculo-esquelética requer seguramente como tratamento inicial: repouso da articulação analgésicos e anti-inflamatórios. E aplicações de gelo várias vezes ao dia.

A melhor terapêutica preventiva das complicações do ombro doloroso é a cinesioterapia ativa através dos exercícios de Codman e de alongamento da musculatura comprometida.

A fim de evitar o edema da mão e dos dedos na síndrome ombro-mão é indispensável a realização de exercícios do ombro, do cotovelo e de preensão, que funcionam como bombeamento.

Referências Bibliográficas

1. CAILLIET, RENÉ. *Síndromes dolorosas - OMBRO*, Editora Manole, 1976.
2. RODELLE, BERNARD. *Reumatologia para o clínico geral*, Organização Andrei Editora Ltda., 1983.
3. SEDA, HILTON. *Reumatologia, vol. II*, Editora Cultura Médica, 2ª edição, 1982 (Gonçalves, Geraldo Wilson. Ombro doloroso)
4. TUREK, SAMUEL L., *Ortopedia, Princípios y Aplicaciones*, Salvat Editores S.A., Tomo II, 1982.
5. LEMOS, MIRIAM MAIA. LIMONGE, ZOROASTRO FONSECA, CARNEIRO, ARMANDO PEREIRA. *Síndrome compressiva do nervo supra-escapular. Resumos de casos e revisão da literatura. Medicina de Reabilitação, nº 37 e 38, 1994.*