

2. Roh HW, Lee DE, Lee Y, Son SJ, Hong CH. Gender differences in the effect of depression and cognitive impairment on risk of falls among community-dwelling older adults. *J Affect Disord*. 2021;282:504-510. Doi: [10.1016/j.jad.2020.12.170](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.170)
3. Bohannon RW. Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther*. 2006;29(2):64-8. Doi: [10.1519/00139143-200608000-00004](https://doi.org/10.1519/00139143-200608000-00004)
4. Zhu K, Devine A, Lewis JR, Dhaliwal SS, Prince RL. "'Timed up and go' test and bone mineral density measurement for fracture prediction. *Arch Intern Med*. 2011;171(18):1655-61. Doi: [10.1001/archinternmed.2011.434](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.434)
5. Bento PC, Pereira G, Ugrinowitsch C, Rodacki AL. Peak torque and rate of torque development in elderly with and without fall history. *Clin Biomech (Bristol, Avon)*. 2010;25(5):450-4. Doi: [10.1016/j.clinbiomech.2010.02.002](https://doi.org/10.1016/j.clinbiomech.2010.02.002)
6. Benedetti TB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades física de mulheres idosas: Validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2004;12(1):25-34. Doi: [10.18511/rbcm.v12i1.538](https://doi.org/10.18511/rbcm.v12i1.538)
7. Casemiro FG, Rodrigues IA, Dias JC, Alves LCS, Inouye K, Gratão ACM. Impact of cognitive stimulation on depression, anxiety, cognition and functional capacity among adults and elderly participants of an open university for senior citizens. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(4):683-94. Doi: [10.1590/1809-98232016019.150214](https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150214)
8. Gazibara T, Kurtagic I, Kistic-Tepavcevic D, Nurkovic S, Kovacevic N, Gazibara T, et al. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. *Psychogeriatrics*. 2017;17(4):215-223. Doi: [10.1111/psyg.12217](https://doi.org/10.1111/psyg.12217)

Desafio diagnóstico da plexopatia braquial idiopática: um relato de caso

Luciana Borges Ferreira¹, Vanessa Cardoso Barrientos Nóbrega¹, Thiago Calcagnotto Farina¹

¹Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Palavras-chave: Plexo Braquial, Neurite do Plexo Braquial, Neurofisiologia, Eletromiografia

INTRODUÇÃO

A Plexopatia Braquial Idiopática, também conhecida como Síndrome de Personage-Turner,¹ manifesta-se como dor aguda e intensa no ombro e na cintura escapular, seguida de alívio álgico e surgimento de paresia e atrofia da musculatura, envolvendo, principalmente, os Nervos Torácico Longo, Supraescapular e Interósseo Anterior.² A incidência é de dois a três indivíduos a cada 100.000 habitantes.³ Embora a etiologia ainda seja desconhecida, sabe-se que existem fatores infecciosos e autoimunes envolvidos.³

OBJETIVO

Descrever um relato de caso e revisar as manifestações clínicas de um paciente que atende aos critérios da Plexopatia Braquial Idiopática.

MÉTODO

Realizou-se uma análise do caso de um paciente internado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2022. Produziu-se uma revisão narrativa para elucidar e caracterizar os aspectos clínicos e os exames complementares ao diagnóstico.

RESULTADOS

Paciente do sexo masculino, 68 anos, internado por insuficiência ventilatória secundária à broncopneumia por *Haemophilus Influenzae*, evoluindo com necessidade de permanência em Unidade de Terapia Intensiva por 8 dias. Apresentou quadro de dor súbita de forte intensidade em ombro direito. À radiografia de ombro direito, não foram observados sinais de luxação. Também não apresentou isquemia à Tomografia Computadorizada de Crânio ou alterações ao estudo da Ressonância Magnética (RM) de Coluna Cervical. Evoluiu com progressiva paresia em membro superior direito e nítida atrofia muscular.

Ao exame físico, apresentava tônus flácido e força grau 2 para flexão de dedos e de punho à direita, com plegia dos demais grupos musculares, além de reflexos tendinosos profundos abolidos em membro superior direito. Ademais, apesar de não ter sido possível realizar avaliação de escápula alada, nitidamente observou-se adução e rotação interna do ombro direito. Solicitada Eletro-neuromiografia, a qual evidenciou Plexopatia Braquial à direita, acometendo principalmente os troncos superior e médio. Também demonstrou, durante estudo de RM de Plexo Braquial, sinais de neurite envolvendo os componentes do plexo braquial à direita.

DISCUSSÃO

A Plexopatia Braquial Idiopática é uma condição rara e por vezes subdiagnosticada, sendo comumente confundida com patologias de origem musculoesquelética, levando a um atraso no seu reconhecimento.¹ Embora possa haver recuperação após 2 a 3 anos em 80 a 90% dos pacientes, vários estudos mais recentes descreveram um prognóstico muito menos otimista.³ Além disso, poucos pacientes são encaminhados para um tratamento multidisciplinar que envolva intervenção direcionada para melhora da estabilidade e da coordenação escapular.⁴

CONCLUSÃO

Nesse sentido, o reconhecimento precoce dessa síndrome pelo Médico Fisiatra implica em tratamento otimizado do controle álgico e da reabilitação física, com ênfase em coordenação escapular, evitando dor crônica e sequelas permanentes.

REFERÊNCIAS

1. Lieba-Samal D, Jengojan S, Kasprian G, Wöber C, Bodner G. Neuroimaging of classic neuralgic amyotrophy. *Muscle Nerve*. 2016;54(6):1079-1085. Doi: [10.1002/mus.25147](https://doi.org/10.1002/mus.25147)

2. Van Eijk JJ, Groothuis JT, Van Alfen N. Neuralgic amyotrophy: An update on diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Muscle Nerve*. 2016;53(3):337-50. Doi: [10.1002/mus.25008](https://doi.org/10.1002/mus.25008)
3. Sathasivam S, Lecky B, Manohar R, Selvan A. Neuralgic amyotrophy. *J Bone Joint Surg Br*. 2008;90(5):550-3. Doi: [10.1302/0301-620X.90B5.20411](https://doi.org/10.1302/0301-620X.90B5.20411)
4. Cup EH, Ijspeert J, Janssen RJ, Bussemaker-Beumer C, Jacobs J, Pieterse AJ, et al. Residual complaints after neuralgic amyotrophy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2013;94(1):67-73. Doi: [10.1016/j.apmr.2012.07.014](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.07.014)

carga tabágica (cerca de 30 - 40 anos/maço) e doença arterial obstrutiva periférica secundária, depressão grave, menopausa desde os 50 anos de idade e osteoporose (diagnosticada por critério maior - fratura de fêmur em 2011). Em relato de prontuário, apresenta história de queda de uma altura de 0,5 metro (queda de uma cadeira) em 2011, com fratura de fêmur à direita, necessitando de cirurgia artroplastia total de quadril híbrida via posterior, realizada em serviço externo. Evoluiu, na fase pós-operatória, com dor intensa e dificuldade para deambular, ocasião em que foi detectada infecção do sítio cirúrgico e osteomielite, necessitando de antibioticoterapia por cerca de 1 ano. Em abril de 2017, iniciou seu acompanhamento neste serviço devido a falha do material de síntese do quadril (Figura 1).



Figura 1. Radiografia de bacia com material de síntese da primeira abordagem cirúrgica

Desafios da reabilitação em luxação glenoumeral anterior bilateral inveterada: um relato de caso

Ana Luiza Abicalil Momi¹, Mariana Panizza Ferreira¹, Mariela Diamant Socolowski¹

¹Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Palavras-chave: Luxação do Ombro, Osteoporose, Reabilitação

INTRODUÇÃO

A luxação glenoumeral anterior bilateral é condição rara na prática médica. Apresentaremos, a seguir, um caso de mulher de 74 anos, policomórbida, com luxação glenoumeral anterior bilateral, com origem após um processo de sarcopenia severo causado por uma fratura osteoporótica de fêmur após queda em 2011. É considerada luxação inveterada toda luxação com curso maior do que três semanas sem tratamento.¹ Apesar da luxação de ombro anterior ser a mais comum dentro do departamento de emergência, os casos bilaterais são raros, com cem casos publicados em literatura até 2019.²

OBJETIVO

Descrever algo raro, tanto na prática quanto em publicações na literatura, com objetivo de contribuir para a discussão do papel do médico fisiatra na gestão do processo de reabilitação de casos complexos com conduta ortopédica conservadora, assim como promover uma discussão sobre etiologia, fisiopatologia, evolução clínica e prognóstico funcional para este caso.

MÉTODO

Os dados foram obtidos em prontuário eletrônico, e atendimento médico presencial à paciente, com a devida aplicação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os artigos da bibliografia foram pesquisados nas bases de dados PubMed e Google Scholar, com os termos "luxação glenoumeral anterior bilateral" e "crônica" e "tratamento", em inglês e português.

RESULTADOS

Trata-se de mulher de 74 anos, branca, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial sistêmica, tabagismo ativo com alta

Houve melhora da dor, porém, não obteve retorno da marcha e, durante o período de imobilismo, teve perda ponderal significativa, contribuindo para a ocorrência de luxação glenoumeral anterior bilateral, diagnosticada tardiamente, durante avaliação pré-operatória para reabordagem de quadril (Figura 2). Acredita-se que a luxação tenha ocorrido de forma espontânea em agosto de 2016. Ou seja, acreditamos se tratar de um diagnóstico feito após realização de radiografia de tórax feita eletivamente para avaliação de risco pré-operatório.

Apesar do diagnóstico, a paciente não apresentava sintomas como dormência, formigamento ou dor. Pela evolução desfavorável, optou-se por tratamento conservador. Devido a limitação funcional de membros superiores e inferiores pelos antecedentes ortopédicos, associada a depressão grave, encurtamentos miotendíneos e síndrome da fragilidade, iniciou acompanhamento médico com a equipe da Fisiatria, a qual iniciou tratamento medicamentoso para osteoporose e realizou a prescrição e gestão de um programa multidisciplinar, contribuindo para melhor qualidade de vida da paciente em questão.

Em sua avaliação funcional, verificou-se dependência para atividades de vida diária pela luxação glenoumeral. A locomoção realizada em cadeira de rodas devido ao emagrecimento significativo, sarcopenia e a presença de um fêmur intrapélvico, com consequente dependência de terceiros para condução deste meio de locomoção pela limitação de amplitude de movimento de membros superiores.

Objetivou-se a construção de um plano de reabilitação multiprofissional para promover melhor qualidade de vida. Foi encaminhada para atendimento nutricional, visando ganho de peso através da adequação da dieta; fisioterapeuta para analgesia, ganho de amplitude de movimento (principalmente de cintura escapular