

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

e pélvica), treinamento para transferências e locomoção em cadeira de rodas para cama, banho etc, orientações sobre o uso de cadeira de rodas; e, por fim, faz seguimento com o grupo NADI (Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar) da disciplina de Geriatria do HCFMUSP para controle de comorbidades.

Sofreu nova fratura, desta vez, de côndilo femoral, em março de 2021, após queda durante transferência cadeira-leito. Foi submetida a tratamento conservador, com tala extensora de joelho. Foi também realizado novo exame radiográfico de controle dos ombros, evidenciando neoarticulação/remodelamento entre a clavícula esquerda e a cabeça umeral. No momento, mantém acompanhamento com a Fisiatria, tendo obtido ganhos de qualidade de vida após as intervenções mencionadas, e aguarda em fila cirúrgica para reconstrução de quadril.



Figura 2. Radiografia de tórax demonstrando luxação glenoumeral anterior bilateral (2017)

DISCUSSÃO

O caso aqui relatado apresenta trágica e desfavorável evolução, com diversas complicações ao longo de seu curso, iniciado por fratura osteoporótica de quadril, aos 63 anos de idade. A partir disso, é urgente a discussão sobre essa doença prevenível e tratável que pode levar indiretamente a quadros de fragilidade, sarcopenia, perda de funcionalidade e até óbito devido a suas complicações. Estima-se, segundo o Manual Brasileiro de Osteoporose³ que apenas um terço dos pacientes que sofrem fratura de quadril recebe o diagnóstico de osteoporose e apenas um quinto deles recebe tratamento.

A depender do grau de acometimento, geram dependência, necessidade de cuidados contínuos, limitações e alterações psicossociais, como depressão, alteração de autoimagem, baixa autoestima e isolamento social. Há, ainda, uma correlação entre o número de fraturas e a diminuição da função física e da qualidade de vida relacionada ao estado de saúde.³ Infelizmente, a paciente deste relato apresentou todas as complicações mencionadas em literatura.

Quanto à luxação glenoumeral anterior bilateral, a maior parte dos casos é em homens, com etiologia traumática como principal causa (57.7% dos casos).² Vale ressaltar que, para causar luxação bilateral simultânea, é preciso que as forças atuem de forma sincrônica e semelhante em ambos os ombros.

Outro mecanismo etiológico descrito é a contração muscular decorrente de crises convulsivas ou choques elétricos⁴ e pode haver predisposição anatômica para o evento.⁵ Nas bases de dados, não encontramos relatos de casos de luxação bilateral decorrentes de sarcopenia e fraqueza muscular, mas sabe-se que os músculos deste segmento são estabilizadores fundamentais da articulação do ombro.

O prognóstico é menos favorável quando há um maior tempo entre a lesão e o tratamento pelas consequentes alterações musculoesqueléticas locais, como atrofia e degeneração da cartilagem articular e da musculatura profunda do ombro.¹ A depender do tempo da lesão, das condições clínicas diversas, idade e atividades que o paciente realiza, pode-se optar pelo tratamento conservador, com intervenções fisioterapêuticas, e procedimentos cirúrgicos com técnicas variadas¹ que não se enquadram no escopo deste artigo.

Apesar de não haver consenso sobre o tratamento, a redução das luxações inveteradas é raramente possível: a cápsula articular e as partes moles passam por fibrose e retração, surgem defeitos na glenóide e na cabeça do úmero e, após seis meses, inicia-se um processo de degeneração, com osteoartrite entre a cabeça do úmero e a clavícula. O manejo de pacientes sintomáticos, com dor e limitação funcional importante, é um desafio e a recuperação da função, mesmo após correção cirúrgica, pode permanecer comprometida.⁶

CONCLUSÃO

A luxação glenoumeral anterior bilateral inveterada tem rara ocorrência e constitui um desafio terapêutico. No caso relatado, com evolução trágica e permeada por complicações, o olhar e acompanhamento fisiátrico, assim como o atendimento multiprofissional centrado na pessoa, promoveram melhora da qualidade de vida desta paciente.

REFERÊNCIAS

1. Checchia SL, Doneux P, Miyazaki AN, Bauer G, Akkari M, Miguel AJ, et al. Luxação anterior inveterada de ombro: resultados obtidos no tratamento cirúrgico. *Rev Bras Ortop.* 1996;31(8):663-9.
2. Alkaff H, Alabdulkarim NH, Altwaijri N, Alsabti R, Alabdullatif F, Alsanawi H. Causes of bilateral anterior shoulder dislocation: a systematic review. *IJMSCR.* 2019;2199-18.
3. Pedro AO, Plapler PG, Vera Lúcia Szejnfeld VR. Manual brasileiro de osteoporose: orientações práticas para os profissionais de saúde. São Paulo: Clannad; 2021.
4. Samadov F, Rafi S, Sulek Y, Eren OT. Bilateral Anterior Glenohumeral Dislocation Following Grand Mal Epileptic Seizure: A Case Report. *Sisli Etfal Hastan Tip Bul.* 2022;56(4):568-571. Doi: [10.14744/SEMB.2022.48403](https://doi.org/10.14744/SEMB.2022.48403)
5. Midtgaard KS, Bøe B, Lundgreen K, Wünsche B, Moatshe G. Anterior shoulder dislocation - assessment and treatment. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2021;141(11). English, Norwegian. Doi: [10.4045/tidsskr.20.0826](https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0826)
6. Novi M, Tarallo L, Colozza A, Paladini P, Micheloni G, Catani F, et al. Locked anterior glenohumeral dislocation: is it always recommendable a conservative treatment? *Musculoskelet Surg.* 2022;106(3):239-245. Doi: [10.1007/s12306-021-00702-1](https://doi.org/10.1007/s12306-021-00702-1)