

Allana Bichara Rick

**TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO EM INDIVÍDUOS COM SÍNDROME DO
IMPACTO DO OMBRO: uma revisão narrativa**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

2015

Allana Bichara Rick

**TERAPIA MANUAL NO TRATAMENTO EM INDIVÍDUOS COM SÍNDROME DO
IMPACTO DO OMBRO: uma revisão narrativa**

Monografia apresentada ao curso de Pós Graduação em Fisioterapia aplicada a Ortopedia da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Ortopedia.

Orientador: Fabiano Botelho Siqueira

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

2015

RESUMO

Introdução: Os problemas do ombro são responsáveis por cerca de 10% de todos os encaminhamentos para os fisioterapeutas, sendo a síndrome do impacto o diagnóstico mais comum entre as patologias do ombro, representando 44 a 65%, tendo a dor e a diminuição da funcionalidade como a principal queixa entre os pacientes. A terapia manual, incluindo a manipulação e a mobilização, é uma das técnicas utilizadas para o tratamento da patologia. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é relatar os benefícios da terapia manual no tratamento em indivíduos com síndrome do impacto do ombro. **Desenvolvimento:** A terapia manual tem sido usada durante séculos para aliviar a dor e restaurar a função. O uso da mobilização articular como uma forma de terapia manual está aumentando, devido a evidências que suportam o seu efeito na redução da dor. Estudos na literatura comparam a terapia manual com outras intervenções fisioterapêuticas observando qual ou quais técnicas são mais eficazes na melhora da dor e funcionalidade dos pacientes com síndrome do impacto do ombro. **Conclusão:** Os artigos revisados apresentaram melhora da dor e função com a intervenção da terapia manual, sendo ela aplicada sozinha ou associada a outras intervenções.

Palavras-chave: terapia manual, tratamento, síndrome do impacto do ombro, articulação glenoumeral.

ABSTRACT

Introduction: Shoulder problems are responsible for about 10% of all referrals to physical therapists, and the shoulder impingement syndrome the most common diagnosis between the shoulder pathologies, representing 44-65%, with pain and functionality as main complaint among patients. Manual therapy, including handling and mobilization is one of the techniques used for treating the pathology. **Objective:** The objective of this study is to report the benefits of manual therapy in the treatment of patients with shoulder impingement syndrome. **Development:** Manual therapy has been used for centuries to relieve pain and restore function. The use of joint mobilization as a form of manual therapy is increasing, because of evidence that support the effect on pain reduction. Studies in the literature comparing manual therapy with other physical therapy interventions watching what or what techniques are most effective in improving pain and function of patients with shoulder impingement syndrome. **Conclusion:** The revised articles presented pain and function improvement with the intervention of manual therapy, they are applied alone or combined with other interventions.

Keywords: *manual therapy, treatment, subacromial impingement syndrome, glenohumeral joint.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. DESENVOLVIMENTO.....	07
3. CONCLUSÃO.....	10
REFERÊNCIAS.....	11

1 INTRODUÇÃO

A região do ombro é formada por três articulações sinoviais – esternoclavicular, acromioclavicular e glenoumeral – e uma articulação fisiológica, a escapulotorácica.¹ Essas articulações, juntamente com os ligamentos, o manguito rotador musculotendinoso e a musculatura que constitui os motores primários da extremidade superior, devem trabalhar em uníssono para produzir as várias amplitudes de movimento possíveis na articulação do ombro.¹ A disfunção de uma dessas articulações ou estrutura pode resultar em função limitada ou lesão do complexo do ombro.¹

A articulação glenoumeral é a mais móvel e a menos estável de todas as articulações do corpo humano. É formada pela grande cabeça do úmero e pela fossa glenóide rasa.¹ A cápsula da articulação glenoumeral possui um volume duas vezes maior que o da cabeça do úmero, o que torna possível um afastamento pouco superior a 2,5 cm entre a cabeça do úmero e a fossa glenóide.¹ A cápsula articular é relativamente fina e bastante frouxa, contribuindo para a mobilidade e a falta de estabilidade da articulação.¹ A cápsula articular é reforçada anterior, posterior e inferiormente por estruturas ligamentares distintas.¹ Por causa da fraqueza intensa, a articulação é suscetível tanto a alterações degenerativas quanto a outros desarranjos.¹ As lesões do ombro mais comuns são a síndrome do impacto, instabilidade do ombro e tendinite do manguito rotador.¹

O termo “síndrome do impacto” foi popularizado por Neer em 1972.¹ Ele enfatizou que tanto a inserção do supra-espinhal no tubérculo maior quanto o sulco bicipital estão localizados adiante do arco coracoacromial com o ombro na posição neutra, e que, com a flexão anterógrada do ombro, essas estruturas podem passar por debaixo do arco coracoacromial, proporcionando a oportunidade para a compressão ou impacto.¹ A síndrome do impacto é perpetuada pelo efeito cumulativo de muitas passagens do manguito rotador por debaixo do arco coracoacromial. Isso resulta em irritação do tendão supra-espinhal e, possivelmente, infra-espinhal, assim como em hipertrofia da bursa subacromial, que pode tornar-se fibrótica, reduzindo assim ainda mais um espaço já comprometido.¹

A fisioterapia é frequentemente utilizada para o tratamento da síndrome de impacto do ombro, incluindo várias modalidades no tratamento, tais como a termoterapia, eletroterapia (tens, ultrassom, laser), terapia manual e exercícios terapêuticos.² A terapia manual, incluindo a manipulação e a mobilização, é uma das técnicas utilizadas para o tratamento da síndrome do impacto do ombro.³ Segundo a Canadian Physiotherapy Association, mobilização é definida como movimentos passivos rítmicos e de amplitude graduada aplicados a uma articulação dentro de sua amplitude de movimento fisiológica, com intenção de restaurar o movimento máximo, a função e/ou reduzir a dor.³ Essa mesma organização descreve a manipulação como impulso passivo, de alta velocidade e baixa amplitude, aplicada a uma articulação além do seu limite de movimento fisiológico, mas dentro do seu limite anatômico, com intenção de restaurar o movimento máximo, a função e/ou reduzir a dor.³

Sendo assim, o objetivo deste estudo é relatar os benefícios da terapia manual no tratamento em indivíduos com síndrome do impacto do ombro.

2 DESENVOLVIMENTO

Os problemas do ombro são responsáveis por cerca de 10% de todos os encaminhamentos para os fisioterapeutas, sendo a síndrome de impacto do ombro o diagnóstico mais comum entre as patologias do ombro, representando 44 a 65%. Contudo, a efetividade da fisioterapia nesta patologia continua a ser um tema em discussão.² Clinicamente, a síndrome do impacto é caracterizada pela presença de dor severa na região ântero-posterior e lateral do ombro que irradia para as áreas de deltóide e bíceps.² Os sintomas de dor aumentam tanto durante a noite como durante o movimento de abdução, rotação interna forçada, assim como nos movimentos resistidos.²

Neer ⁴ descreveu três graus de gravidade de acordo com critérios clínicos e fisiopatológicos: O grau I, grau II e grau III. O grau I é caracterizado pela presença de edema, inflamação e hemorragia na bursa subacromial e na coifa dos rotadores.⁴ Esse grau é encontrado mais frequentemente em pacientes jovens com menos de 25 anos de idade e em desportistas, devido ao uso repetitivo e excessivo do ombro em atividades acima da cabeça.⁴ Esse grau é reversível e não necessita de tratamento cirúrgico.⁴ No grau II, verifica-se alterações irreversíveis tais como fibrose e tendinopatia da coifa do rotadores acometendo tipicamente pacientes entre os 25 e os 40 anos de idade. O tratamento conservador neste grau nem sempre é eficaz.⁴

O grau III é marcado por mudanças crônicas tais como ruptura parcial ou completa da coifa dos rotadores, por vezes acompanhado de ruptura parcial ou completa do bíceps e alterações morfológicas ósseas.⁴ Essas alterações podem surgir ao nível do acrômio, da apófise coracóide e da cabeça do úmero.⁴ Esse grau é mais frequente em indivíduos com idades superiores aos 40 anos de idade e é necessário, na grande maioria dos casos, na grande maioria dos casos, tratamento cirúrgico para resolver o problema.⁴

Cardoso e Leite,² analisaram a efetividade da fisioterapia no tratamento da síndrome do impacto do ombro comparando algumas intervenções como o exercício terapêutico, técnicas manuais e agentes físicos avaliando qual ou quais os melhores tratamentos a implementar para tratar essa condição. De todas as modalidades é de salientar o uso da terapia manual e dos exercícios terapêuticos que demonstram ser

duas técnicas mais efetivas no tratamento da síndrome do impacto.² No que se refere à efetividade da terapia manual combinada com os exercícios terapêuticos, os autores concluíram que em programas que incluíssem essas técnicas, se verificava uma diminuição acentuada da dor e melhoria da funcionalidade.

Assim como no estudo de Cardoso e Leite,² Michener *et al.*⁵ também analisaram estudos comparando a terapia manual, exercício terapêutico e agentes físicos para o tratamento da síndrome do impacto. Ao final do estudo, os autores concluíram que o exercício terapêutico teve resultado significativo no tratamento da síndrome, mas que juntamente da terapia manual obteve melhores resultados em relação a dor.

Bang e Deyle,⁶ compararam o exercício terapêutico com e sem terapia manual em pacientes com síndrome do impacto do ombro. Onde 52 indivíduos foram submetidos a 6 sessões de fisioterapia em um período de 3 a 4 semanas.⁶ Ambos os grupos receberam o tratamento com exercícios padronizados incluindo alongamento e fortalecimento. Além dos exercícios, o grupo da terapia manual recebeu técnicas de mobilização passiva, sendo usado na maioria dos casos a técnica de Maitland grau IV. Na comparação entre os grupos após o tratamento houve significativamente melhora da dor no grupo de terapia manual.⁶

A terapia manual tem sido usada durante séculos para aliviar a dor e restaurar a função.⁷ O uso da mobilização articular como uma forma de terapia manual está aumentando, devido a evidências que suportam o seu efeito na redução da dor.⁷ A mobilização destina-se produzir uma grande variedade de efeitos benéficos através da estimulação de mecanorreceptores periféricos, inibição de nociceptores, e um aumento na alimentação sinovial, ajudando assim a reduzir a dor.⁷ Os movimentos oscilatórios realizados durante a mobilização estão na direção dos movimentos acessórios da articulação, que são essenciais para a mobilidade normal.⁷ Estes movimentos são acreditados para produzir efeitos mecânicos, tais como o realinhamento de colágeno, aumento do deslize das fibras, e a diminuição de aderências, que ajudam a restaurar normalmente a artrocinemática da glenoumeral.⁷

Semelhante ao estudo de Bang e Deyle,⁶ Senbursa *et al.*⁸ comparou o exercício supervisionado com e sem terapia manual. Onde 30 indivíduos divididos em 2 grupos distintos foram submetidos a 12 sessões de exercícios supervisionados (15

indivíduos) e exercícios supervisionados juntamente com a terapia manual (15 indivíduos).⁸ Após as 12 sessões foi observado que os indivíduos de ambos os grupos obtiveram diminuições significativas da dor e função do ombro, mas houve significativamente uma maior melhora no grupo de terapia manual comparado com o exercício supervisionado sozinho. Senbursa *et al.*,⁸ concluíram que a terapia manual junto com o exercício supervisionado apresentou mais melhorias da dor em menos tempo de tratamento comparado ao exercício supervisionado sozinho. Partindo da mesma opinião, Kachingwe *et al.*,⁹ verificaram na sua investigação que a terapia manual combinada com exercícios terapêuticos no tratamento da síndrome do impacto do ombro levou à diminuição acentuada da dor e uma melhora da funcionalidade.

Ainda comparando a terapia manual com outras intervenções, no estudo de Yang *et al.*¹⁰ os autores comparam um tratamento de fisioterapia *standart* (mobilização passiva, alongamentos, agentes físicos (ultra-som, ondas curtas e eletroterapia) e exercícios ativos) com o mesmo tratamento *standart* acrescentando a mobilização passiva no final do movimento e mobilização escapular.¹⁰ Verificou-se que o segundo grupo teve melhorias significativas em relação ao primeiro.

De acordo com Mulligan,¹¹ na presença de lesão, a articulação pode assumir uma posição ligeiramente anormal, muitas vezes invisível em exames, e estas pequenas falhas posicionais levariam a restrições de movimento resultando em dor.¹¹ Relacionadas também a este fato está a artrocinemática anormal causando um desarranjo interno do complexo articular e padrões de descarga muscular inapropriadas, gerando bloqueios mecânicos e dor, portanto, restaurando o alinhamento articular normal resultará em diminuição da dor e aumento da amplitude de movimento, sendo que aplicações repetidas do correto procedimento deverão restaurar a memória do movimento e manter a correção das falhas posicionais.¹¹

3 CONCLUSÃO

Com base nas referências pesquisadas, conclui-se que a terapia manual juntamente com o exercício terapêutico são os tipos de tratamento com maior benefício em pacientes com síndrome do impacto do ombro. Sendo que os indivíduos submetidos a terapia manual, apresentaram uma maior eficácia em relação a melhora da dor, o que na maioria dos casos é um dos fatores mais incapacitante nos indivíduos que apresentam a patologia deste estudo. Proporcionando a melhora da dor, possivelmente haverá melhora da funcionalidade, e assim, a melhora da qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. ANDREWS, J. R.; HARRELSON, G. L.; WILK, K. E. **Reabilitação física das lesões desportivas**. Tradução: Giuseppe Taranto. 2 ed., Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, Cap. 13, p. 350-386, 2000.
2. CARDOSO, R. M. T.; LEITE, M. S. O. Intervenção da fisioterapia na síndrome de colisão do ombro. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 26, n. 4, p. 791-802, set/dez. 2013.
3. MAGEE, D. J.; ZACHAZEWSKI, E. J.; QUILLEN, W. S. **Prática da reabilitação musculoesquelética: princípios e fundamentos científicos**. Tradução: Juliana Cristina Frare; Lilia Breternitz Ribeiro; Mônica de Barros Ribeiro Cilento; Ronaldo Luiz da Silva. 1. ed. São Paulo: Editora Manole. Cap. 24, p. 574-614, 2013.
4. NEER, C. S. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. **The Journal Bone and joint surgery American**. v. 54-A, n. 1. jan/1972.
5. MICHENER, L. A.; WALSWORTH, M. K.; BURNET, E. N. Effectiveness of rehabilitation for patients with subacromial impingement syndrome: a systematic review. **Journal of hand therapy**. v.17, p.152–164, 2004.
6. BANG, M. D.; DEYLE, G. D. Comparison of supervised exercise with and without manual physical therapy for patients with shoulder impingement syndrome. **Journal of orthopedic & sports physical therapy**. v. 40, n. 3, March 2000.
7. BRUDVIG, T. J.; KULKARNI, H.; SHAH, S. The effect of therapeutic exercise and mobilization on patients with shoulder dysfunction: A systematic review with meta-analysis. **Journal of orthopedic & sports physical therapy**. v. 41, n. 10, october. 2010.
8. SENBURSA, G.; BALTACI, G.; ATAY, A. Comparison of conservative treatment with and without manual physical therapy for patients with shoulder impingement syndrome: a prospective, randomized clinical trial. **Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc**. v.15, n.7, p.915-921, Jul. 2007.
9. KACHINGWE, A. F.; PHILLIPS, B.; SLETTEN, E.; PLUNKETT, W. S. Comparison of manual therapy techniques with therapeutic exercise in the treatment of shoulder impingement: A randomized controlled pilot clinical trial. **The journal of manual & manipulative therapy**. v. 16, n. 4.
10. YANG, J.; MEI-HWA, J.; CHANGA, C. W.; LIN, J. Effectiveness of the end-range mobilization and scapular mobilization approach in a subgroup of subjects with frozen shoulder syndrome: a randomized control trial. **Manual therapy**. v.17, n.1, p.47-52, 2012.

11. MULLIGAN, B. R. **Terapia manual: NAGS, SNAGS, MWM e outras técnicas.** Tradução: Wesley Patrick Dultra de Almeida. 5 ed. São Paulo: Editorial Premier. Cap. 1 (p. 9-18), 3 (p. 41-50), 2009.