

# PROGNÓSTICO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA LESÃO DO MANGUITO ROTADOR

*Gabriel Artigoso Cruz<sup>1</sup>, Iago de Melo Fontana<sup>2</sup>, Sérgio Roberto Fratti<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Acadêmico do Curso de Medicina, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. [gabrielcruz1998@hotmail.com](mailto:gabrielcruz1998@hotmail.com)

<sup>2</sup>Acadêmico do Curso de Medicina, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. [iagofontana@gmail.com](mailto:iagofontana@gmail.com)

<sup>3</sup>Mestre e Docente do Curso de Medicina, Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR. [ortopedia@fratti.com.br](mailto:ortopedia@fratti.com.br)

## RESUMO

A lesão do manguito rotador é a lesão mais comum do ombro pela a qual a população procura assistência médica (MCFARLAND, 2006). Dessa forma, este estudo objetiva investigar a frequência e características da lesão do manguito rotador em uma população específica, além de tentar identificar as repercussões pós-cirúrgicas de acordo com o tamanho da lesão apresentada. Por fim o estudo irá analisar se os dados obtidos vão em consonância com a literatura internacional para assim, nortear e basear cientificamente as futuras condutas médicas. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo a ser realizado com prontuários médico de pacientes de uma clínica particular ortopédica de Maringá/PR.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cirurgia do Ombro; Dor no Ombro; Reabilitação.

## 1 INTRODUÇÃO

A dor no ombro é uma das principais queixas ambulatoriais ortopédicas, com prevalência variando de 16 a 36% na população geral (SILVERSTEIN, 2006). A lesão do manguito rotador é a lesão mais comum do ombro pela a qual a população procura assistência médica (MCFARLAND, 2006), ocorrendo em pacientes com idade em torno de 40-60 anos. Ela pode ser de origem degenerativa ou traumática, sendo a de origem degenerativa a mais prevalente (SIZINIO, 2009). No Estados Unidos as lesões do manguito rotador foram responsáveis por mais de 4,5 milhões de consultas médicas em 2004. Além disso, no Brasil entre 2003 e 2015 foram realizadas 50.207 cirurgias, onde em 2015 a região Sul apresentou a maior taxa, seguida pela região Sudeste (MALAVOLTA, 2017).

O tratamento cirúrgico atual consiste basicamente em cirurgia aberta (mini-aberta) ou videoartroscopia. A decisão de qual o melhor método carece de estudos em tamanho e metodologia, sendo uma pauta de discussão importante entre os ortopedista. Além disso, a repercussão pós operatória está intimamente ligada com o tamanho da lesão (SINIZIO, 2009). Sendo assim, este estudo retrospectivo pretende analisar as correlações entre o resultado pós cirúrgico da lesão do manguito rotador e o tamanho da lesão da população estudada.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo será do tipo descritivo e retrospectivo. A análise será feita através dos prontuários de pacientes e da descrição cirúrgica dos mesmos originado de uma clínica particular de ortopedia na cidade de Maringá-PR. Serão analisadas variáveis como sexo, idade, membro operado, técnicas cirúrgicas, tamanho da lesão e as repercussões pós-cirúrgicas. A pesquisa tem como população pacientes operados pelo cirurgião ortopédico Sergio Fratti e como amostragem todas aquelas operações ou reoperações da lesão do manguito rotador, e excluído da análise operações por fratura, luxações, artroses ou tendinites.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

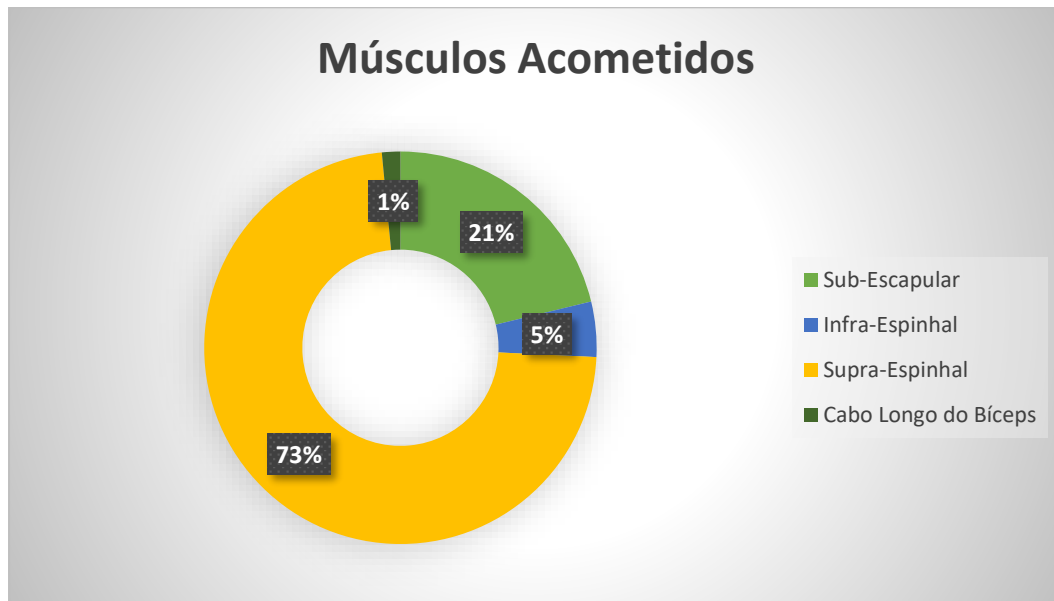
Foram analisados 57 prontuários médicos cirúrgicos do ano de 2017, sendo 41 pacientes do sexo feminino e 16 do masculino. O sistema público foi a via de acesso por 46 destes e o particular, 11. Das cirurgias realizadas 51 foram do tipo aberta e 6 por vídeoartroscopia. O membro mais acometido foi o direito, com 46 pacientes, enquanto o esquerdo foi de 11 pacientes. Dos músculos lesados na análise, observou-se uma maior incidência no supra-espinhal (48) seguido do sub-escapular (14), infra-escapular (3) e por últimos, cabo longo do bíceps (1). Acrescenta-se que 44 pacientes possuíam artrose glenoumeral associada. Em relação ao tamanho da lesão, encontrou-se a mínima de 0,5 cm e a máxima de 10 cm, com uma média de 3,68 cm, classificando-as em pequena de até 2 cm com 25 pacientes; média lesão 3 cm até 5 cm com 20 pacientes; grande lesão maior que 5 cm com 7 pacientes. Das cirurgias realizadas o mínimo de ancoras utilizadas foi de 1 e o máximo de 4, obtendo-se uma média de 1,21 ancoras. Foram efetuadas no intra-operatório 42 artroplastias, 32 bursectomias do tipo padrão, 15 totais e 9 parciais. Das acromioplastias realizadas, 25 do tipo padrão, 22 foram do tipo ampla, 10 do tipo parcial.

A respeito características encontradas nos pacientes:

**Tabela 1:** Características dos pacientes com síndrome do manguito rotador

<b>Sexo</b>	<b>% (n)</b>
Masculino	19,3% (16)
Feminino	71,9% (41)
<b>Membro Acometido</b>	
Ombro Direito	80,7% (46)
Ombro Esquerdo	19,3% (11)
<b>Sistema de Saúde</b>	
SUS/CISAMUSEP	80,7% (46)
Particular/Unimed	19,3% (11)
<b>Via de Acesso Cirúrgica</b>	
Videoartroscopia	10,6% (6)
Clássica (Aberta)	19,3% (11)
<b>Número de âncoras utilizadas</b>	
Mínimo	1
Média	1,2
Máximo	4
<b>% (n)</b>	
Pequena (até 2cm)	48,1% (25)
Média	38,5% (20)
Maior	13,% (7)

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019



**Gráfico 1:** Músculos acometidos nos pacientes  
**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019

Complicações foram observadas em 8 casos (14%), tais como: osso osteoporótico, dificultando a fixação das ancoras, evidenciada em três casos; músculos friáveis, presente em quatro; e ausência dos cotos do manguito rotador, em um caso. Tais complicações tornam o reparo das lesões, tecnicamente, desafiador, por vezes sendo irreparáveis.

Um dos principais fatores relacionados com o prognóstico de reabilitação do paciente que realiza a cirurgia de reparo do manguito rotador é o tamanho da lesão apresentada. A grande maioria dos estudos relatam que rupturas maciças de mais de 5 cm resultam em desfechos piores do que lesões pequenas. Logo, a taxa de progressão de reabilitação pós-cirúrgica deve variar com base no tamanho e extensão da lesão. Além do tamanho da lesão a quantidade de músculos acometidos também possui impacto na recuperação desses pacientes, onde normalmente o músculo mais lesado é o supra-espinhal. Uma vez que a lesão chegar a atingir porções mais posteriores do manguito (músculo infra-espinhal e redondo menor) se correlaciona com uma maior restrição de movimento e uma progressão mais lenta com relação aos movimentos de ombro que o paciente é capaz de realizar com o passar do tempo. (HATAKEYAMA, 2001).

De acordo com os dados da literatura o tamanho da lesão implica em resultado pós-operatório e na recuperação do paciente. Em nossa estatística tivemos paciente com diversos tamanho de lesão, alguns com lesões maiores e outros com lesões menores, e que foram analisada de forma conjunta. O que esperamos encontrar até o final do trabalho é uma diferenciação entre o grupo de paciente com lesões maiores daqueles com lesões menores, pois aqueles com lesões maiores tendem a ter uma recuperação mais difícil com maior dificuldade de reabilitação.



**Figura 2:** Ultrassom mostrando lesão completa do tendão do músculo supra-espinhal e bursite com líquido no seu interior.

**Créditos da Imagem:** Dr. Túlio Ravel

Após a coleta dos dados cirúrgicos de cada paciente, a próxima etapa, que está em andamento, é a coleta dos dados clínicos pós-cirúrgicos contidos em prontuários médicos, seguido da correlação desses dados com o tamanho da lesão apresentada previamente pelos pacientes.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que após a análise dos dados pós-operatórios os resultados encontrados sejam de acordo com a maioria da bibliografia científica, sendo então quanto maior o tamanho da lesão pior e mais lenta a reabilitação do paciente. Além dessa conclusão, temos como objetivo tabular e levantar as características epidemiológicas dos pacientes com síndrome do manguito rotador.

#### 5 REFERÊNCIAS

HATAKEYAMA Y, ITOI E, PRADHAN RL, URAYAMA M, SATO K. Effect Of Arm Elevation And Rotation On The Strain In The Repaired Rotator Cuff Tendon. A Cadaveric Study. **Am J Sports Med.** 2001;29:788- 794.

MALAVOLTA, EDUARDO ANGELI ET AL. Reparo Do Manguito Rotador No Sistema Único De Saúde: Tendência Brasileira De 2003 A 2015. **Revista Brasileira De Ortopedia**, [S.L.], V. 52, N. 4, P.501-505, Jul. 2017. Georg Thieme Verlag Kg. [Http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Rbo.2016.07.005](http://Dx.Doi.Org/10.1016/J.Rbo.2016.07.005).

MCFARLAND EG. Examination Of The Shoulder. In: The Complete Guide, Kim Tk, Park Hb, Rassi Ge, Et Al (Eds), **Thieme Medical Publishers**, New York 2006. P.142.

SILVERSTEIN BA, VIKARI-JUNTURA E, FAN ZJ, ET AL. Natural Course Of Nontraumatic Rotator Cuff Tendinitis And Shoulder Symptoms In A Working Population. **Scand J Work Environ Health** 2006; 32:99.

SIZINIO, HERBERT. **Ortopedia E Traumatologia: Princípios E Prática**. 4.Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.