





## Trabalho 60

rotação interna e externa do braço. Dor no ombro homólogo aos movimentos de rotação interna sugere acometimento do subescapular. A rotação externa dolorosa do mesmo ombro sugere lesões dos músculos infra-espinhal e redondo menor. Estas dores são geralmente causadas por tendinite, ruptura parcial ou total dos tendões e bursite subacromial-subdeltóidea (CASTRO, 2009).

### 3. ULTRASSONOGRAFIA

Observados os pressupostos de avaliação e interpretação procedidas por um examinador experiente em um aparelho apropriado, e considerando a favorável relação custo benefício em comparação com os exames por ressonância magnética, a ultrassonografia (US) consolidou-se, em nosso meio, como o método de escolha para a propedêutica complementar inicial da SMR. Entretanto, nos dias hodiernos, ainda são frequentes as controvérsias sobre a correlação entre a queixa de dor no ombro, as manobras semiológicas cabíveis e as anormalidades descritas nos laudos de US.

Entender a complexa anatomia tridimensional do manguito rotador é crucial para a adequada realização de um exame de US do ombro. O manguito rotador é composto por quatro músculos e seus tendões, sendo eles: músculos supra-espinhal, infra-espinhal, subescapular e redondo menor. O músculo subescapular é o mais anterior dos quatro. Origina-se na face costal da escápula, atravessa anteriormente a articulação gleno-umeral e se insere no tubérculo menor do úmero. O músculo supra-espinhal é o mais superior, originando-se na fossa supra-espinhal e se inserindo no tubérculo maior do úmero. O músculo infra-espinhal origina-se na fossa infra-espinhal da escápula e se insere no tubérculo maior do úmero. O redondo menor é um pequeno músculo que pode estar fundido ao infra-espinhal. Outra estrutura muscular, rotineiramente examinada durante a ultra-sonografia do ombro, é o tendão da cabeça longa do bíceps, que se origina no tubérculo supraglenoidal, percorre o úmero lateral e anteriormente e sai da articulação pelo sulco intertubercular. O tendão bicipital e o manguito rotador são separados do processo acromial e do músculo deltóide por uma quantidade variável de gordura e pela bursa subdeltóidea-subacromial. A bursa promove a lubrificação local e auxilia na suavidade dos movimentos entre as estruturas vizinhas (ZORZETTO, 2003).

O paciente deve ser posicionado sentado, de preferência em um banco rotativo, que permite um fácil posicionamento de ambos os ombros. Deve-se iniciar pelo ombro menos sintomático. A realização do exame nos dois lados permite a obtenção de imagens comparativas e a descoberta de lesões assintomáticas, que são bastante frequentes em pacientes em faixa etária mais elevada. Deve-se sempre analisar a anatomia normal e a anormal através de dois planos ortogonais. As imagens transversais do tendão longo do bíceps são obtidas com o braço e antebraço do paciente apoiados na coxa e a palma da mão pronada. A fossa intertubercular serve como ponto anatômico de referência para diferenciar o tendão do músculo subescapular do supra-espinhal. A análise do tendão do bíceps deve ser feita em toda a sua extensão para a detecção de pequenas quantidades de fluido, uma vez que este é um indicador sensível da presença de fluido articular. O transdutor deve ser rodado





## Trabalho 60

Portanto, as lesões do ombro podem ocorrer em indivíduos assintomáticos e sem histórico de trauma. Essas lesões não estão, necessariamente, associadas à dor. Os achados de imagem devem ser interpretados dentro do contexto clínico, não devendo ser utilizados como o único instrumento de decisão diagnóstica (MAEDA, 2009).

A prevalência de alterações ultrassonográficas em ombros sintomáticos é significativamente mais elevada do que em ombros assintomáticos. Entretanto, a prevalência de alterações ultrassonográficas nos trabalhadores assintomáticos é estatisticamente significativa. Assim, deve-se atentar para a possibilidade de resultados falso-positivos com a US (MAEDA, 2009).

### 6. REFERÊNCIAS

1. Siena C, Helfenstein Jr M. Equívocos diagnósticos envolvendo as tendinites: impacto médico, social, jurídico e econômico. *Rev Bras Reumatol.* 2009;49(6):712-25.
2. Maeda EY, Helfenstein Jr M, Ascencio JEB, Feldman D. O ombro em uma linha de produção: estudo clínico e ultrassonográfico. *Rev Bras Reumatol.* 2009; 49(4): 375-386.
3. Barbosa NHM, Volpon JB, Elias Jr J, Muccillo G. Diagnóstico por imagem nas rupturas do manguito rotador. *ACTA ORTOP BRAS* 10 (4) -OUT-DEZ, 2002.
4. Castro AB. Síndrome do impacto do ombro. Diagnóstico e tratamento. *Rev Dor,* 2009; 10: 2:174-179.
5. Zorzetto AA, Urban LABD, Liu CB, et al. A ecografia no diagnóstico das lesões músculo-tendinosas do ombro – artigo de revisão. *Radiol Bras* 2003;36(4):237-42.