



Patologias dos MMSS

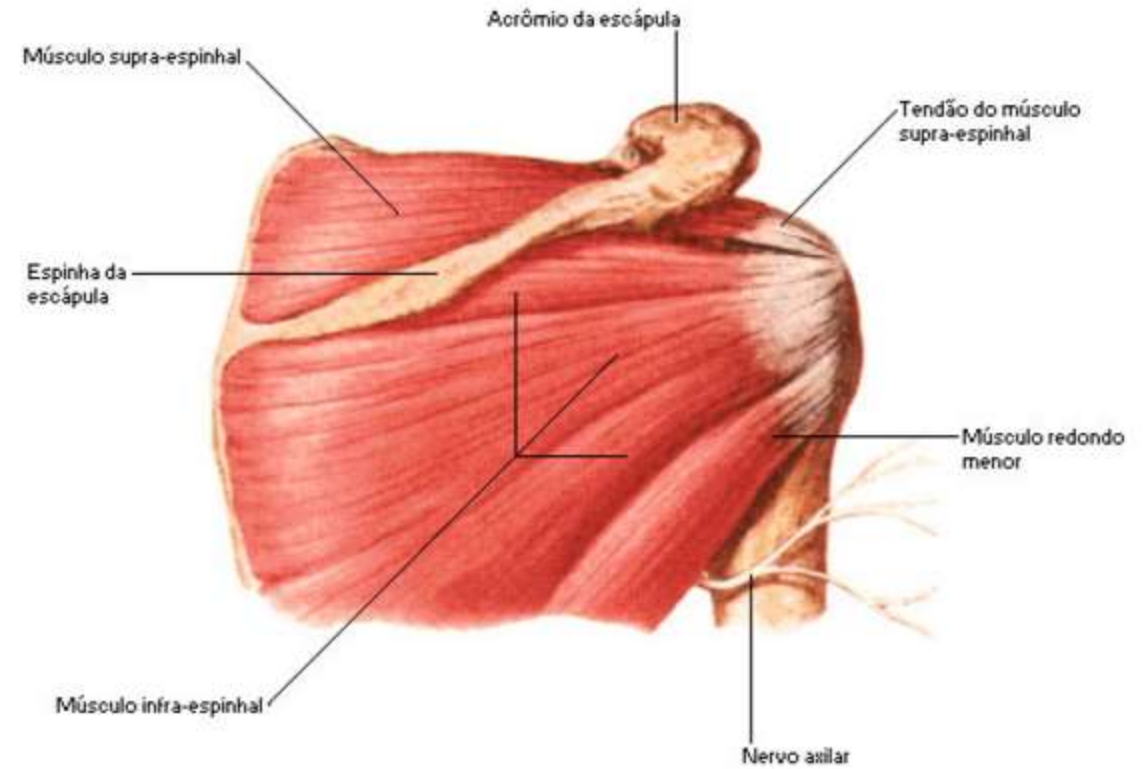
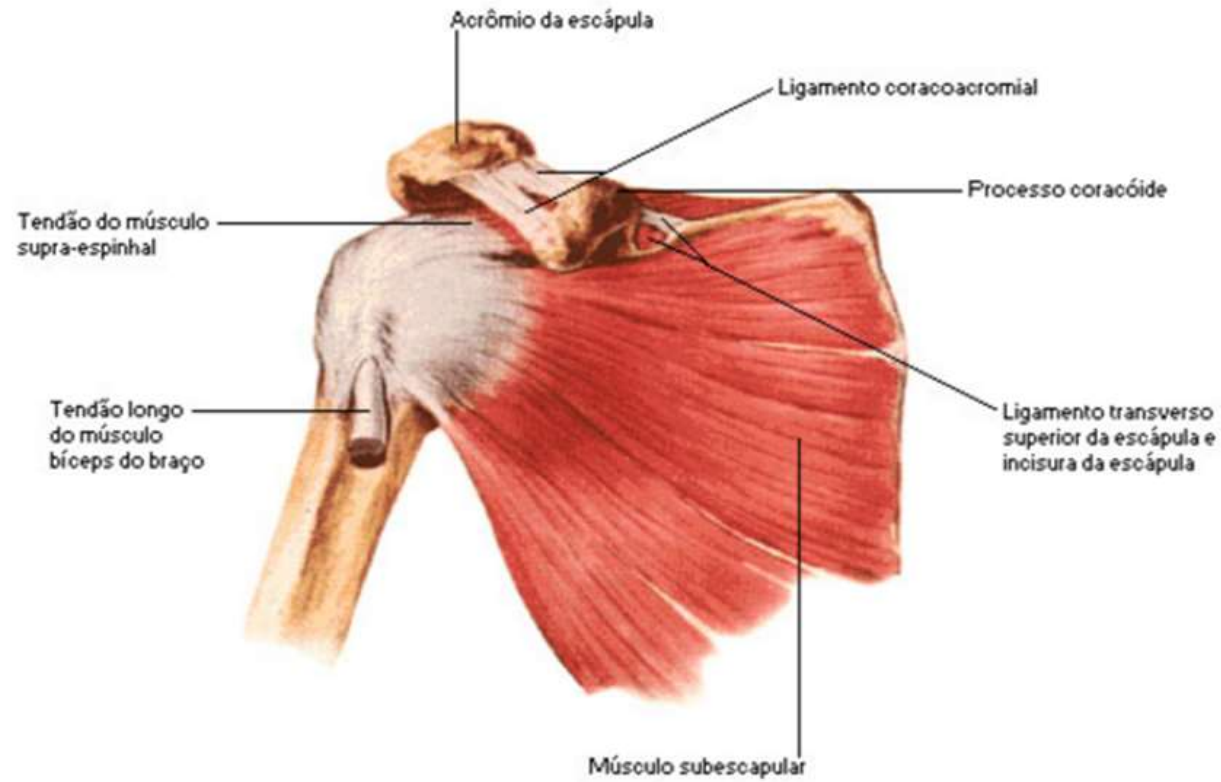
Prof. Dr. Daniel Fernandes

Sumário

- Lesão do Manguito Rotador
 - Síndrome do impacto subacromial
 - Bursite subacromial
- Epicondilites
- Síndrome do Túnel do carpo
- Tenossinovite de De quervain
- Dedo em gatilho

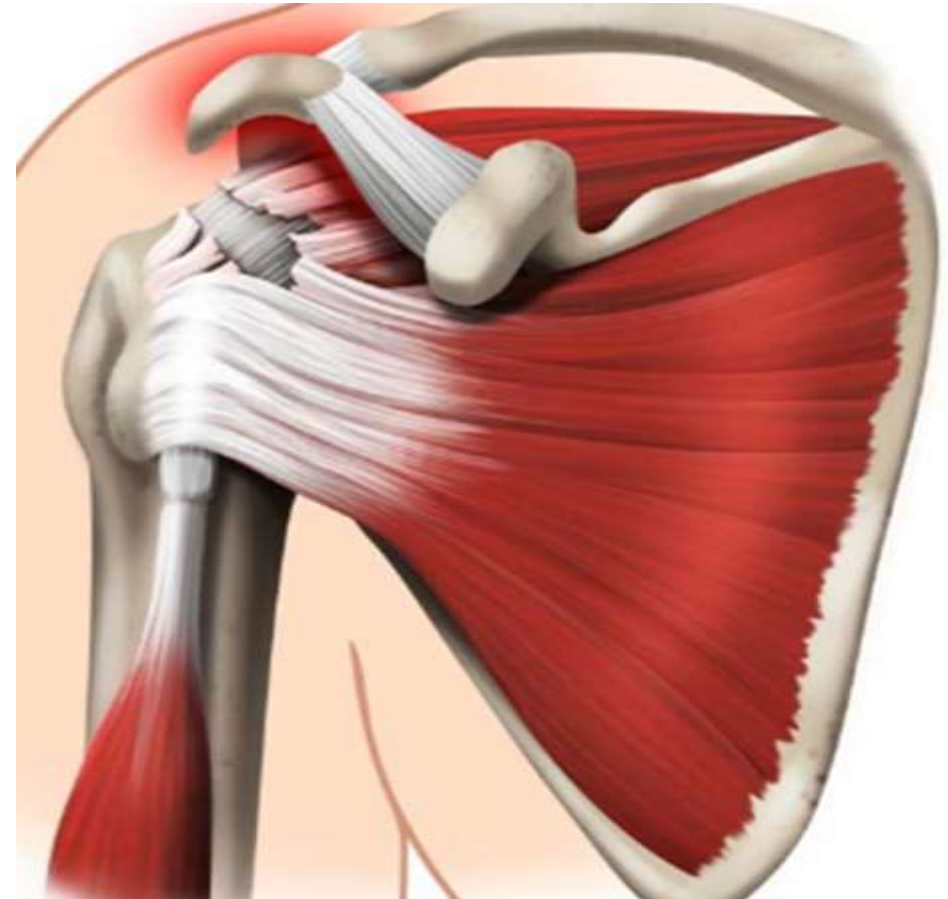
Lesão do Manguito Rotador

Anatomia



Zona crítica de Codman

- Zona hipovascular a 1 cm da inserção do SE
- Rathbun e Macnab, 1970 – obliteração dos vasos do tendão do SE, IE e cabeça longa do bíceps, com o braço em adução



Acrômio reto

Acrômio ganchoso

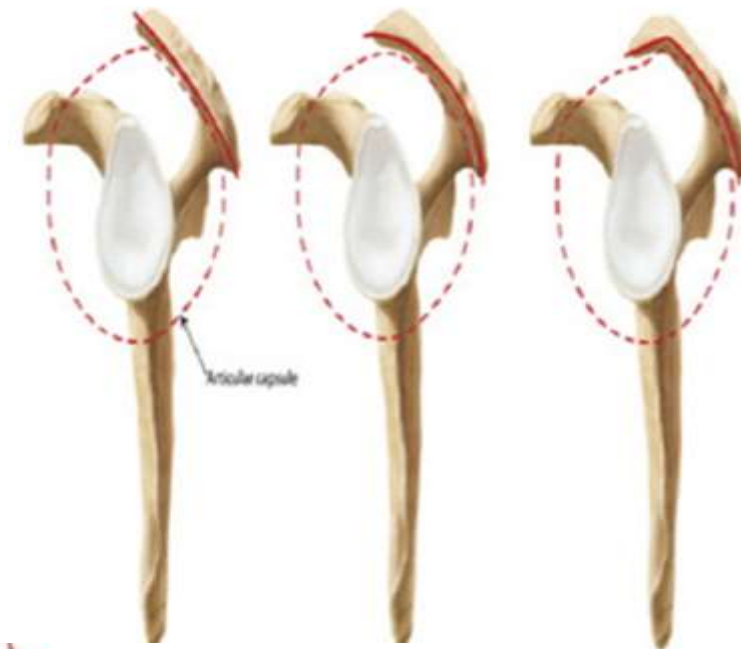
Espaço subacromial



Typel

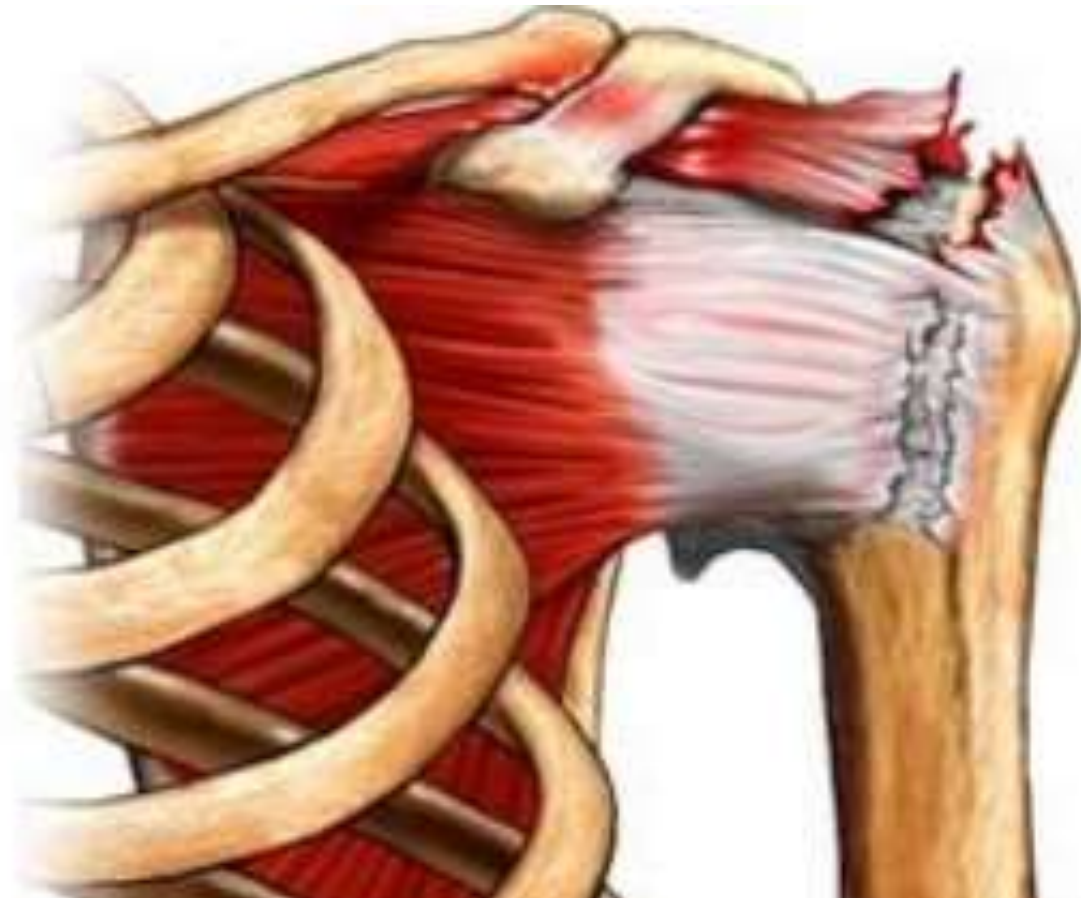
Typell

Typell



Classificações das lesões do manguito rotador

- Duração (crônica X aguda)
- Extensão (parcial x completa)
- Etiologia (traumática x degenerativa)
- Lesões parciais
 - Grau I < 3 mm de espessura
 - Grau II 3 a 6 mm
 - Grau III > 6mm ou > que a metade da espessura
- Lesões completas
 - Leve < 1cm
 - Moderada 3 a 5 cm
 - Grave > 5 cm ou toda extensão (cabeça careca)



Avaliação clínica

- Dor
 - Principal sintoma
 - Dor noturna
 - Face lateral do ombro
- Trauma >40anos
- Redução de força muscular
- Redução do ADM

Exame físico

- American Shoulder and Elbow Surgeon Association:
 - Elevação no plano da escapula
 - RE em abdução de 90° e 0° de elevação
 - RI com o polegar na coluna vertebral
- Inspeção: simetria, postura antálgica
- Palpação: edema, calor, contraturas musculares
- ADM: dor à abdução
 - 60° - 120° - compressão subacromial
 - > 120° - art. Acromio-clavicular



Testes provocativos

- Teste de hawkins- kennedy
- Teste de Neer



Testes para integridade do manguito

- Teste de Jobe
- Teste de Gerber
- Teste de Patte
- Palm-up test ou teste de Speed





- Artrose gleno-umeral
- Calcificações
- Osteófitos
- Artrose acrômio-clavicular

Radiografias

Ultrassonografia

- Baixo custo e fácil acesso
- Não invasivo
- Avalia a integridade do tendão,
- Bursa e cabeça longa do bíceps
- Desvantagem: operador dependente

Ressonância Magnética

- Melhor exame para avaliar integridade
- Lesões associadas
- Sensibilidade e especificidade >90%
- Maior precisão em:
 - Tamanho da lesão, grau de retração, qualidade e atrofia dos tendões



*Figura 4 -Imagens de RM no plano coronal ponderado em T2 com supressão de gordura. As setas brancas indicam uma extensa ruptura parcial na face articular (A), intratendínea (B) e na face bursal (C).
Fonte: Arquivo de imagens do Dr. Marcelo Simão.*

Diagnóstico diferencial

- Capsulite adesiva
- Tendinite calcária
- Osteoartrite do ombro
- Instabilidade glenoumeral
- Lesão labral
- Dor na art. Acrômio-clavicular

Tratamento conservador

- Medidas analgésicas e anti-inflamatórias
- Reabilitação progressiva
 - Recuperação da ADM
 - Ritmo escapulotorácico
 - Alongamento muscular
 - Fortalecimento muscular
 - Propriocepção
 - Treino do gesto esportivo

Fortalecimento muscular

- I. Rotadores externos
- II. Musc. Periarticulares (serrátil anterior, trapézio, elevador da escápula e grande dorsal)
- III. Rotadores internos

Tratamento cirúrgico

- Indicado na falha do tratamento conservador após 3 meses e na rotura completa do manguito rotador
- Síndrome do pinçamento subacromial:
 - Acromioplastia, ressecção do lig. coracoacromial e bursectomia

Epicondilites

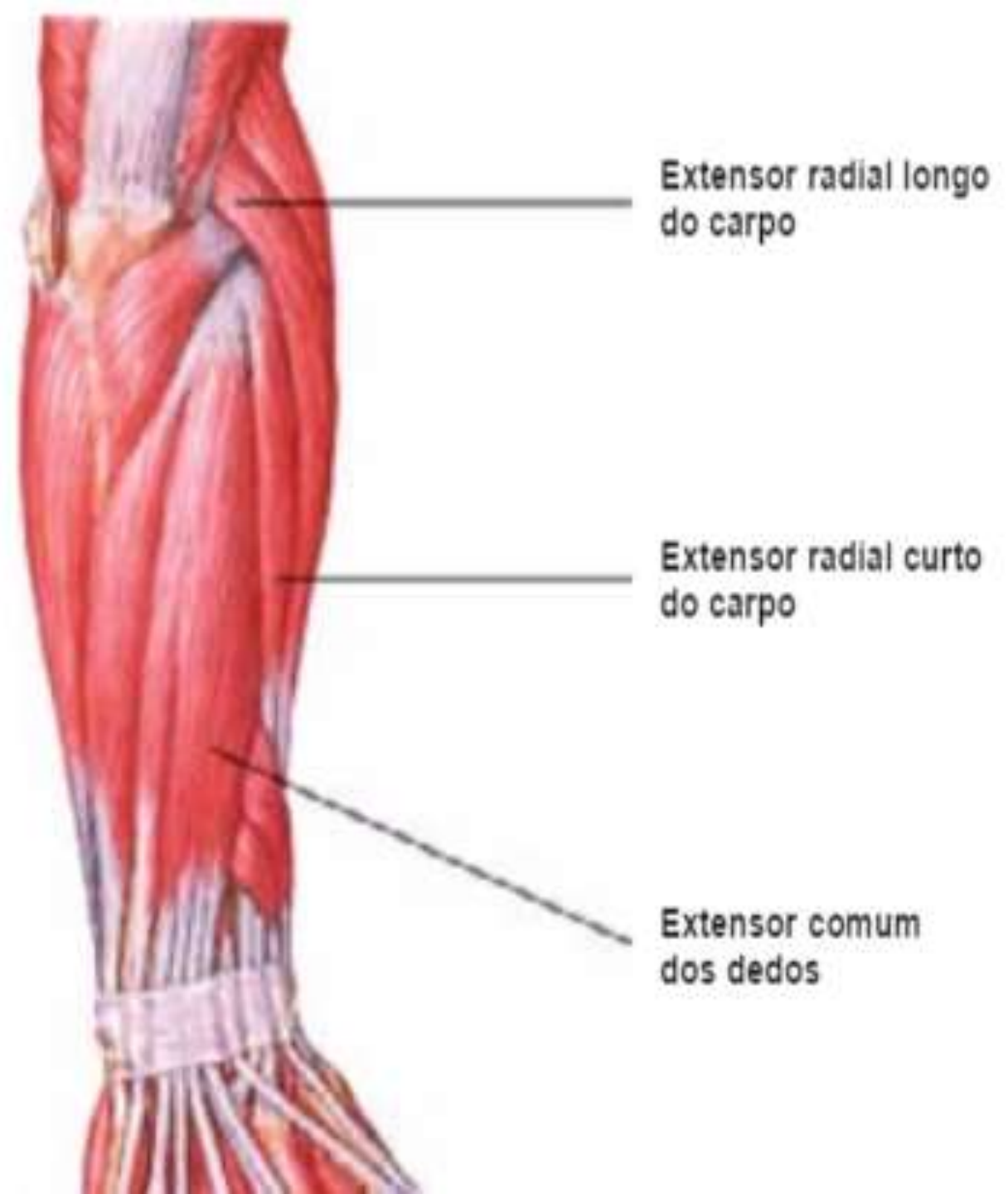
- Epicondilite lateral ou “cotovelo do tenista”. Runge 1873
- Degeneração angiofibroblástica (tendinose)
- Tendinose mais comum em não-atletas
- 50% dos tenistas >30anos



- Epicondilite medial ou “cotovelo do golfista”
 - Causa mais comum de dor medial
 - 15% das epicondilites
 - Associada a neuropatia ulnar
 - Flexão do punho e pronação do antebraço de forma repetitiva.

Anatomia

- Musc. Grupo anterior:
 - Flexores do punho, dos dedos e pronadores
- Musc. Grupo posterior:
 - Extensores do punho, dos dedos e supinadores
- Microlesões no tendão do ERCC



Categorias patológicas

- Nirschl, 1992

Categoria	Patologia	Quadro clínico
I	Quadro agudo, inflamatório, reversível, sem invasão angiofibroblástica	Dor leve, especialmente após atividade
II	Invasão angiofibroblástica parcial. Lesão é definitiva, mas pode ocorrer resposta cicatricial	Dor em atividade e em repouso. Porém consegue realizar AVD.
III	Invasão angiofibroblástica extensa com ruptura tendinosa parcial ou total.	Déficit funcional significante, dor em repouso e á noite.

Diagnóstico

- Exame físico
 - Dor em região do epicôndilo lateral
 - Seguida por incapacidade
 - Palpação: dor localizada na origem da musculatura extensora
 - Palpar cabeça do rádio em prono-supinação: sinovite ou osteoartrite
 - Derrame articular: cabeça do radio e borda lateral do olecrano
 - Dor na topografia do Lig. Col. Lateral: trauma



Testes clínicos

- Teste de Cozen
- Teste de Mill

Exames de imagem

- Diagnóstico é clínico
- Radiografias: calcificações
- USG: examinador dependente
- RNM: Casos refratários, planejamento cirúrgico

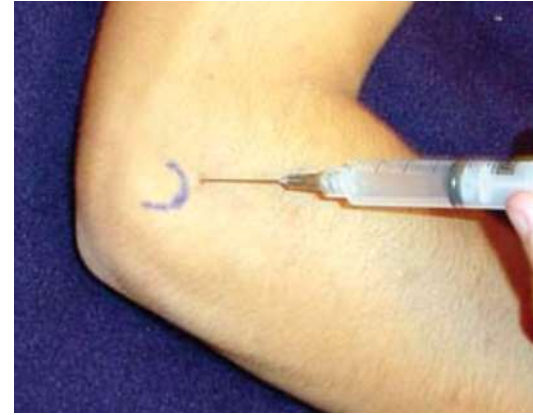


Diagnóstico diferencial

- Síndrome de compressão do nervo radial
- Anormalidades intra-articulares
- Frouxidão ligamentar
- Osteocondrite

tratamento

- Não imobilizar
- Técnica esportiva correta
- Afastamento do esporte ou atividade laborativa
- AINE, crioterpia, brace funcional
- Alongamento
- Infiltração com corticóide

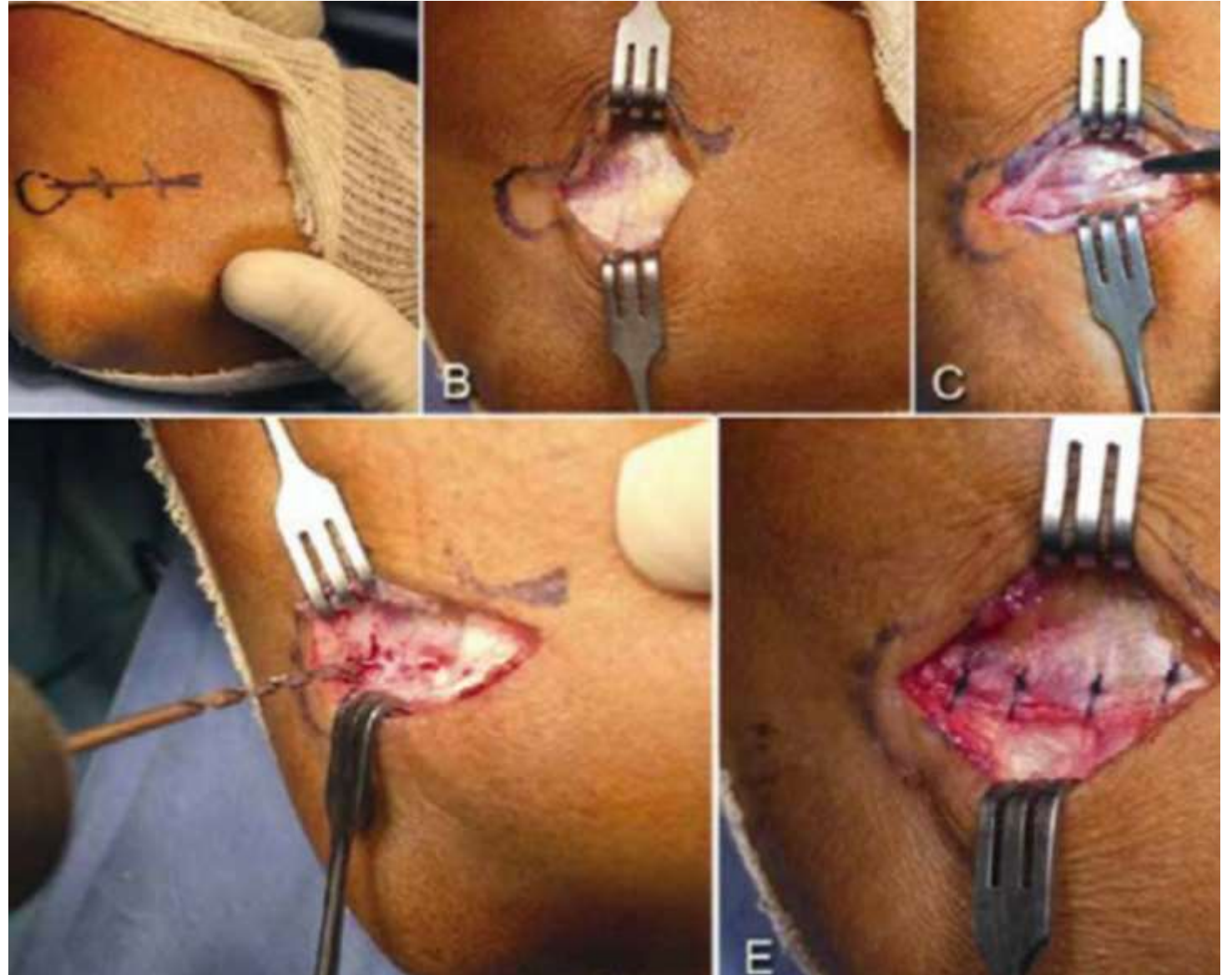


Tratamento cirúrgico

- Nove meses de tratamento correto
- 3 ou mais infiltrações
- Calcificação na musculatura extensora
- Incapacidade para mudar atividade

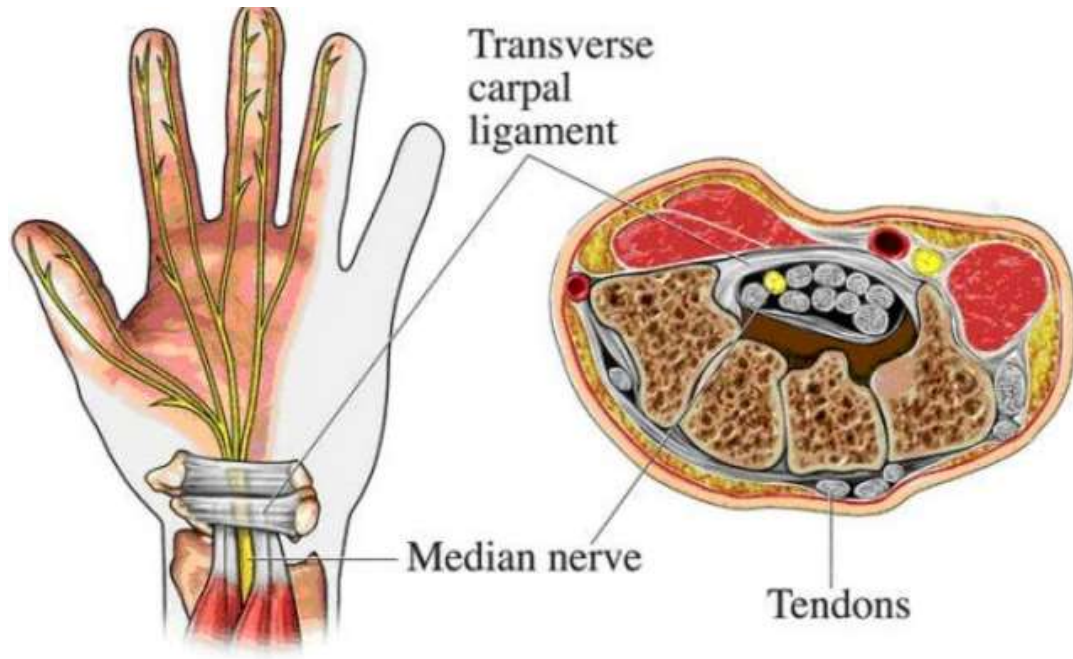
Tratamento cirúrgico

- Acesso distal ao epicôndilo
- ERLC e aponeuroses extensora
- Remoção da tendinose do ERCC
- Estímulo à vascularização



Síndrome compressiva do nervo mediano

Definição e prevalência

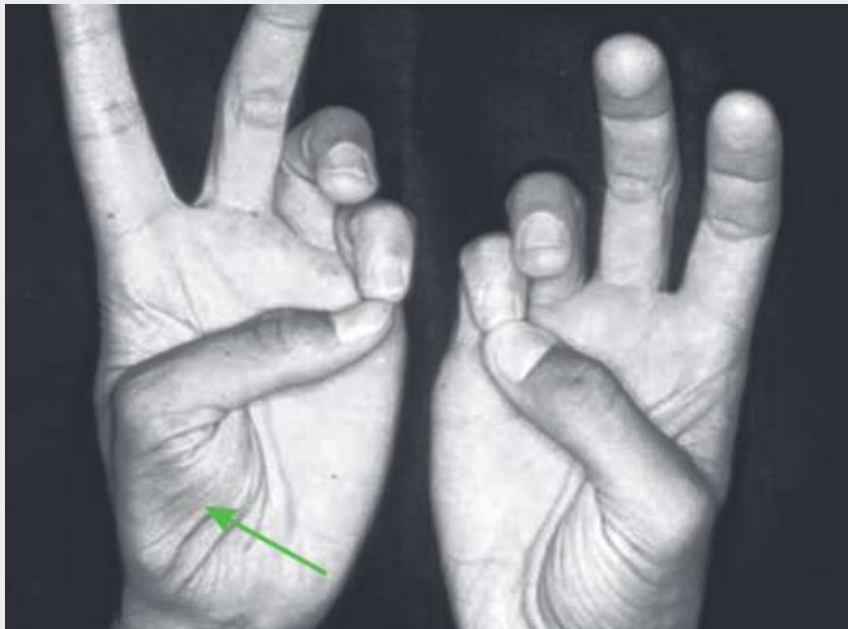


- Compressão de nervo mais comum no MS
- Compressão do nervo mediano ao passar sob o retináculo dos flexores
- 3:1 mulheres/homens
- 40-60 anos
- 1:1000 prevalência na população

Fisiopatologia

- Desproporção entre o conteúdo e o continente, resultando em hipertensão dentro do túnel
- Idiopática (ligamento transversal espessado e rígido)
- Sinovites inespecíficas ou reumatoide
- Tumores extra-neurais ou neurais
- Deformidades ósseas
- Edemas (gravidez, IRC)
- Compressão extrínseca é mais comum em DM, Hipotireoidismo ou neuropatia periférica

Apresentação clínica



- Tríade: dor, alteração motora e sensitiva
- Principal sintoma: parestesia em território do mediano
- Dor de intensidade moderada na mão
- Podendo ser sentida até o ombro
- Sintomas noturnos (compressão ou estase venosa)
- Perda de força (queda de copos)
- Atrofia do musc. abductor curto do polegar

Testes irritativos

- Teste de Tinel
- Teste de Phalen
- Teste de Durkan



Exames complementares

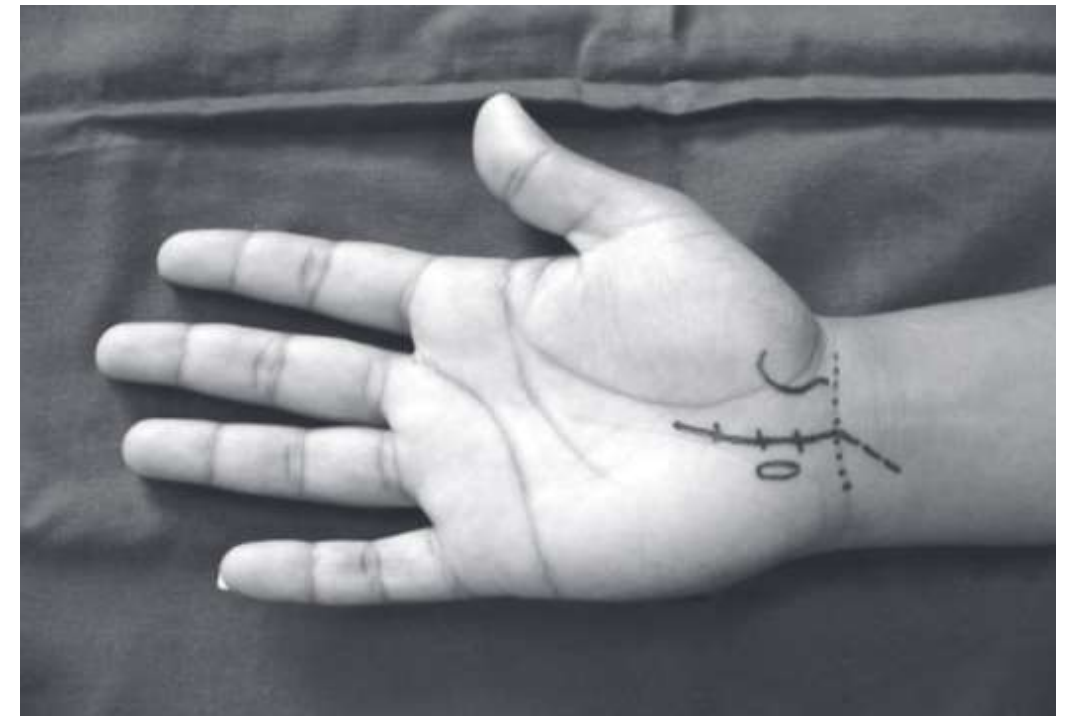
- Diagnóstico é clínico
- Radiografias: alterações ósseas, depósitos de doenças metabólicas
- TC e RNM: custo benefício muito ruim
- ENMG: evidencia o nível do bloqueio neurológico \neq radiculopatia C6, C7
- Investigar DM e hipotireoidismo

Tratamento Não-cirúrgico

- ❖ Sintomas com menos de um ano
- ❖ Parestesia intermitente
- ❖ Sem hipotrofias
 - AINE, Analgésico
 - Fisioterapia: órtese noturna, medidas analgésicas, exercícios de alongamento

Tratamento cirúrgico

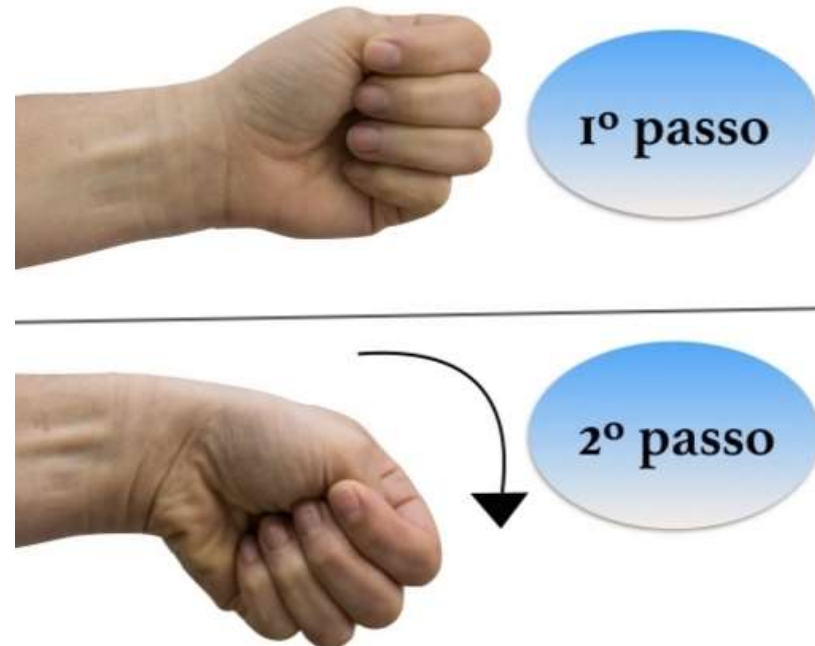
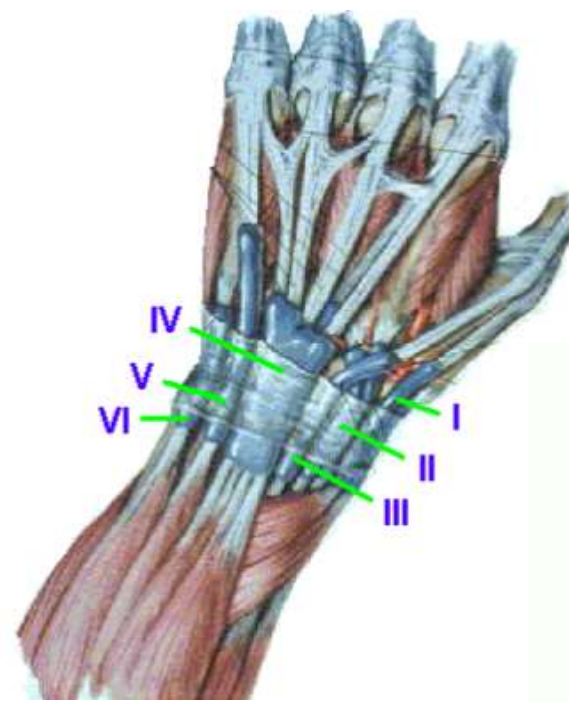
- Secção longitudinal do ligamento transverso do carpo



Tenossinovite do
primeiro
compartimento
extensor

Anatomia

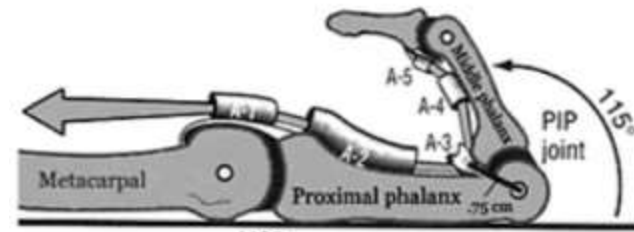
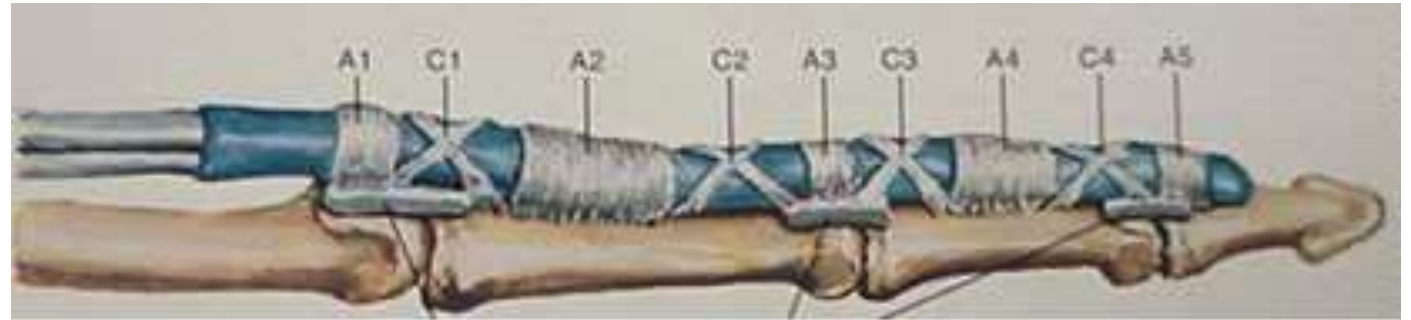
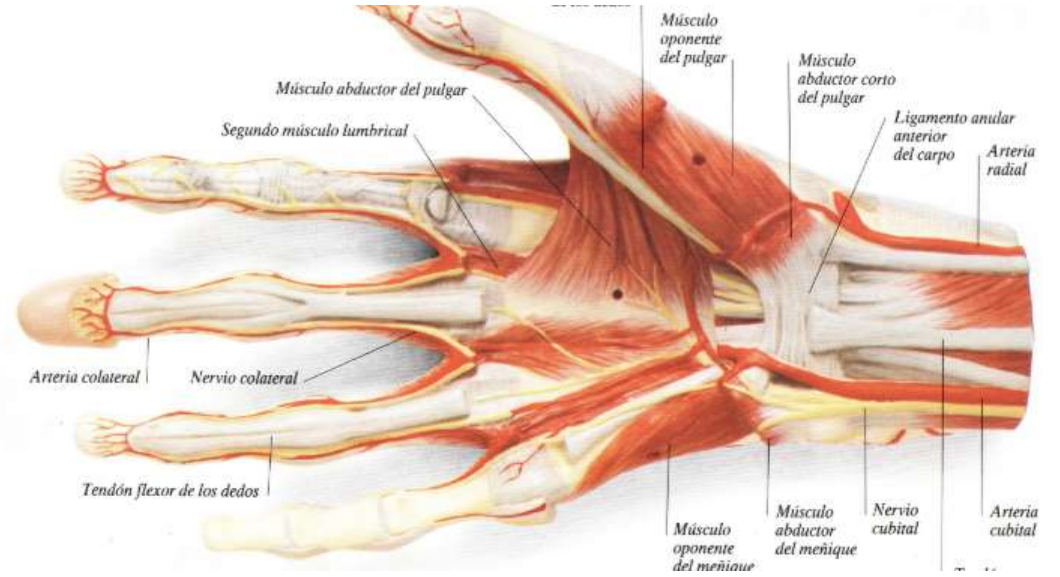
- Tendinite do estiloide radial / Síndrome de De Quervain
- Ext cur pol + ab long pol
- Constrição da bainha sinovial
- Teste de Filkenstein
- Tto clínico
 - Crioterapia
 - AINE
 - Alongamento
 - Infiltração
- Cirúrgico



Dedo em gatilho

Anatomia

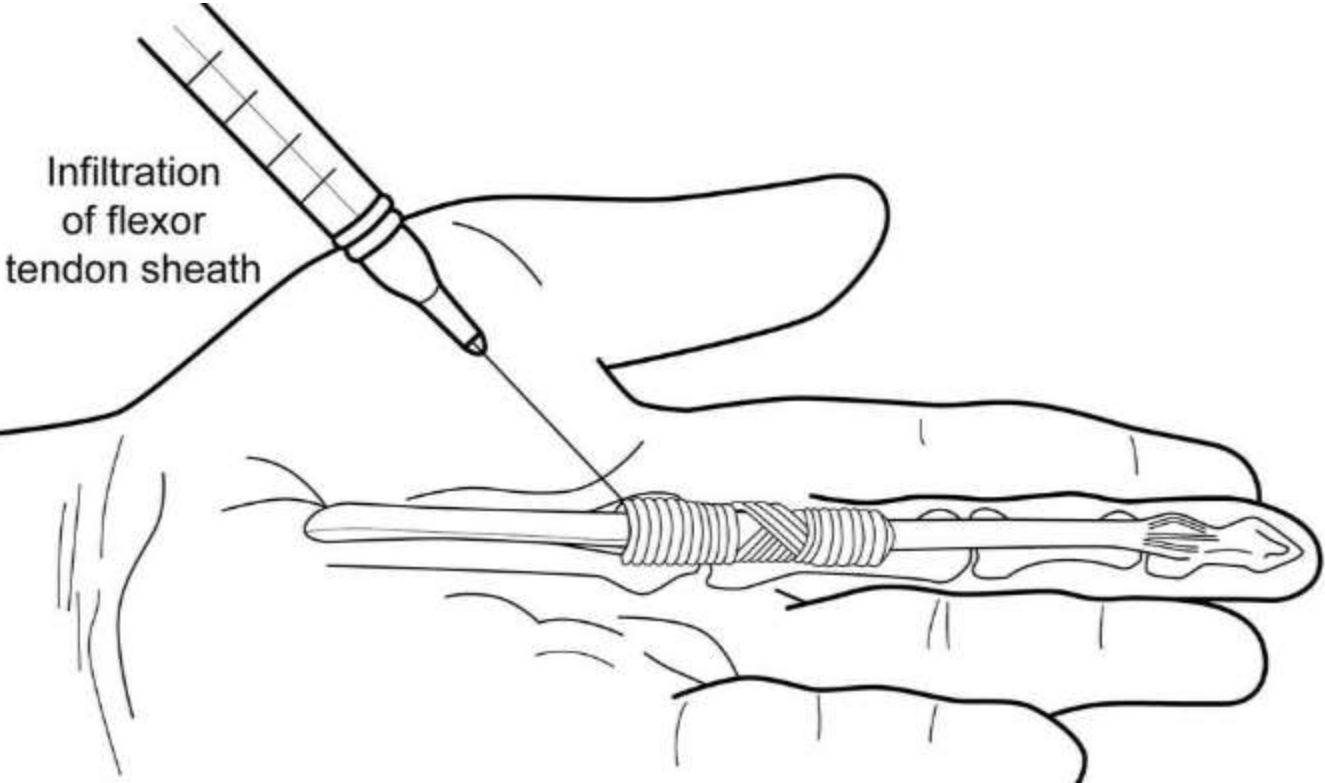
- Polias anulares e cruciformes
- Efeito arco de corda





- Tenossinovite estenosante
- Espessamento da bainha sinovial dos tendões flexores dos dedos
- Polegar, médio e anular
- Movimentos repetitivos + flexão dos dedos das preensão

Tratamento





Obrigado