

Abordagem da Omalgia nos Cuidados de Saúde Primários: Revisão da Literatura

Approach to Shoulder Pain in Primary Health Care: Literature Review

Rosana Pereira Dias^{1*}

*Autor Correspondente/Corresponding Author:

Rosana Pereira Dias [rosana_p_dias@hotmail.com]
Rua de Guimarei, nº1043, 4825-189 Santo Tirso, Porto, Portugal
ORCID iD: 0000-0002-1852-6700

RESUMO

A omalgia é a terceira queixa musculoesquelética mais frequente nos cuidados de saúde primários (CSP). Este artigo pretende compreender a omalgia, a sua abordagem diagnóstica e terapêutica nos CSP. Realizou-se uma revisão narrativa. Identificaram-se 73 artigos na pesquisa e incluíram-se na revisão dados de 7 referências bibliográficas. A omalgia é mais frequente no sexo feminino, dos 45 aos 64 anos. Há pior prognóstico se idade avançada, sexo feminino, sintomatologia inicial intensa e associação a cervicalgia. As etiologias mais frequentes são: patologia da coifa dos rotadores, instabilidade e artrose gleno-umeral, capsulite adesiva e patologia da articulação acromioclavicular. Com uma anamnese completa a maioria das situações pode ser diagnosticada e gerida na primeira consulta, sem necessidade de investigação adicional. Quando necessária, a ecografia e a ressonância magnética nuclear são preferíveis. A referenciação a cuidados hospitalares deve ocorrer se queixas refratárias à terapêutica inicial (fármacos analgésicos e anti-inflamatórios e reabilitação física).

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Saúde Primários; Dor de Ombro

1. USF Ao Encontro da Saúde, ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa, ARS Norte, Santo Tirso, Portugal.

Recebido/Received: 24/10/2021 - Aceite/Accepted: 17/12/2021 - Publicado Online/Published Online: 21/12/2021 - Publicado/Published: 31/12/2021

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Gazeta Médica 2021. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. © Author(s) (or their employer(s)) and Gazeta Médica 2021. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

ABSTRACT

Shoulder pain is the third most frequent musculoskeletal complaint in primary health care (PHC). This article aims to understand shoulder pain, its diagnostic approach and therapy in PHC. A narrative review was carried out. Seventy-three articles were identified in the research and were included in the review data from 7 bibliographic references. Shoulder pain is more frequent in females, between 45 and 64 years old. There is worst prognosis if advanced age, female gender, intense initial symptoms, and association with neck pain. The most frequent etiologies are rotator cuff pathology, glenohumeral instability and arthrosis, adhesive capsulitis, and acromioclavicular joint pathology. With a complete clinical history and physical examination, most situations can be diagnosed and managed in a first visit without further investigation. If necessary, ultrasound and magnetic resonance imaging are preferable. Hospital referral should occur when complaints are refractory to the initial therapeutic approach (analgesic and anti-inflammatory drugs and physical rehabilitation).

KEYWORDS: Primary Health Care; Shoulder Pain

INTRODUÇÃO

O ombro é um complexo articular com um grande grau de mobilidade, permitindo o posicionamento do membro superior e movimentos em todos os planos.¹

A omalgia é a terceira queixa musculoesquelética mais frequente de recurso aos cuidados de saúde primários (CSP), com uma prevalência estimada de 16%-26%, sendo uma das causas mais comuns de realização de tratamento de reabilitação.¹⁻⁴ Se não tratada, é responsável por disfunção significativa, física e psicológica, má qualidade de vida e alta taxa de absentismo laboral, condicionando um importante impacto económico.¹⁻³

O principal objetivo deste trabalho é compreender a omalgia, nomeadamente a abordagem diagnóstica e terapêutica das suas causas mais comuns nos CSP.

MÉTODOS

Este artigo consiste num trabalho de revisão narrativa.

A 31 de julho de 2021 realizou-se uma pesquisa, nas plataformas *PubMed* e *UpToDate*, tendo como discriminador os termos MeSH “shoulder pain” e “primary health care”. Restringiu-se a pesquisa a meta-análises e revisões sistemáticas ou narrativas, publicadas entre janeiro de 2000 e julho de 2021 e escritas em inglês e português. Foram excluídos artigos de âmbito laboratorial ou animal, artigos que consistiam na descrição por menorizada de técnicas diagnósticas ou terapêuticas, artigos que se referiam a outros sinais, sintomas e patologias distintas das do ombro, e artigos sem *abstract* ou texto completo disponível para análise. Posteriormente procedeu-se à leitura integral de artigos que não foram excluídos no passo anterior. Assim, foram analisados: a) cinco referências bibliográficas relevantes, identifi-

cadados nos artigos previamente lidos na íntegra; b) dois livros sobre patologia reumatológica no âmbito dos cuidados de saúde primários em Portugal; c) três artigos tidos como relevantes para a elaboração deste trabalho, não abrangidos pelo método de pesquisa efetuado.

RESULTADOS

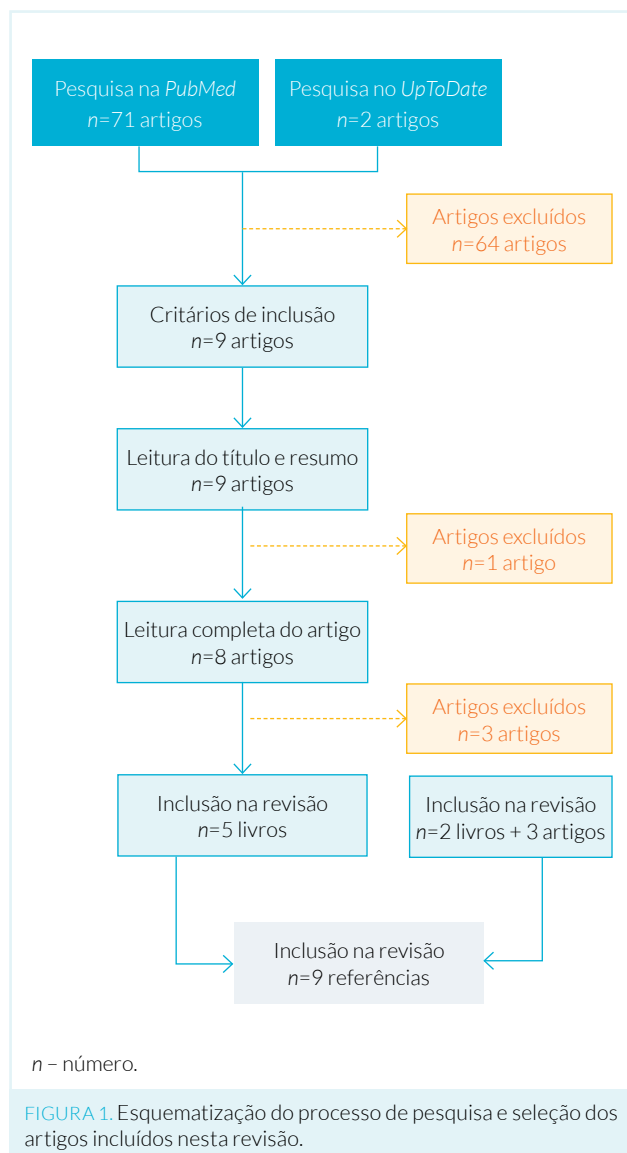
A Fig. 1 esquematiza o processo de pesquisa e seleção dos artigos incluídos nesta revisão.

Identificaram-se 71 artigos na pesquisa e incluíram-se na revisão, dados referentes a 7 referências bibliográficas. De seguida, serão apresentados os dados pertinentes no que diz respeito à anatomia, epidemiologia, anamnese e exame objetivo na omalgia, bem como principais síndromes clínicas associadas a omalgia e a sua abordagem diagnóstica e terapêutica e critérios de referência para cuidados hospitalares.

ANATOMIA

O complexo articular do ombro é constituído por um conjunto de pontos de mobilidade articular e planos de deslizamento miofascial. Do ponto de vista anatómico, o ombro apresenta três articulações verdadeiras: a articulação esterno-clavicular, a acrómio-clavicular e a glenoumeral, as quais estão associadas a dois planos de deslizamento/articulações funcionais, a escapulo-torácica e o arco subdeltoideu.^{1,2}

As estruturas do ombro são a origem e inserção de um elevado número de músculos que atuam em sinergia e possibilitam a mobilidade do membro superior.¹ Por exemplo, no que se refere à coifa dos rotadores, esta é constituída por quatro músculos, o supraespinhoso, o infraespinhoso, o redondo menor e o subescapular, e a sua principal função é a de estabilização primária e



coaptação da articulação gleno-umeral. O músculo supraespinhoso tem origem na fossa supraespinhosa da omoplata e insere-se na grande tuberosidade do úmero; tem como função a realização do 15º iniciais de abdução do membro superior, em colaboração com o músculo deltoide. O músculo infraespinhoso tem origem na fossa infraespinhosa da omoplata e insere-se também na grande tuberosidade do úmero, mas na região mais posterior, fundindo-se na região pósterio-superior com a inserção do tendão do músculo supraespinhoso; é o principal rotador lateral do ombro. O músculo redondo menor tem origem na porção pósterio-inferior da omoplata e insere-se inferiormente ao tendão do músculo infraespinhoso; para além de rotador lateral do ombro, auxilia na sua adução. Por fim, o músculo subescapular tem origem na fossa subescapular da omoplata e insere-se na pequena tuberosidade umeral, auxiliando ainda na adução.¹

A biomecânica articular complexa do ombro é um sistema de rotações que se inicia na clavícula, passa pela

omoplata, como base de suporte do braço e culmina no úmero. Ao nível da omoplata, podemos definir 3 movimentos isolados, com relevância em termos funcionais no seu apoio ao movimento do ombro: a rotação interna e externa, a rotação superior e inferior, e o *tilt* anterior e posterior (inclinação escapular com afastamento ou aproximação do ângulo inferior da omoplata à parede torácica). Estes movimentos estão dependentes do balanço entre duas forças iguais em magnitude, mas em direções opostas que, em equilíbrio, estabilizam e mobilizam a omoplata (denominados pares funcionais ou *force-couples*). Ou seja, a rotação externa e interna da omoplata associa-se ao serreado anterior e trapézio médio/romboides; por outro lado, a combinação de forças de vetor oposto do trapézio superior e serreado anterior permite a rotação superior da omoplata, movimento de extrema importância no ritmo escapulo-umeral; por fim, o movimento de *tilt* depende da combinação de forças do trapézio inferior e peitoral menor.¹ Assim se compreende que, a ativação dos músculos escapulo-torácicos não sendo síncrona, deverá ocorrer num ritmo coordenado com a articulação gleno-umeral, chamado ritmo escapulo-umeral. Quando tal não acontece, surge uma condição conhecida como discinesia escapulo-torácica, definida como uma alteração na posição em repouso ou na mobilidade escapular, vista mais frequentemente como uma disfunção do ombro, em vez de uma patologia em si mesma.^{1,5}

É esta conjugação de movimentos e da dinâmica muscular que permite movimentar a mão com uma amplitude superior a todas as articulações do corpo humano.^{1,2}

EPIDEMIOLOGIA

A omalgia tem uma incidência de 15 episódios por 1000 utente, com uma prevalência de 70% ao longo da vida, na população geral. Estima-se que 25% dos doentes com omalgia já tiveram episódios semelhantes anteriormente e desses, a maioria apresentou dor persistente ao longo de 1 ano.^{1,6}

A omalgia é mais frequente no sexo feminino, entre os 45 e os 64 anos. Na população mais jovem, a patologia do ombro é desencadeada principalmente por atividades desportivas, nomeadamente aquelas que exijam movimentos repetidos acima do nível da cabeça (por exemplo, natação ou voleibol). Na população mais idosa, as lesões devem-se a atividades diárias (recreativas ou profissionais) com movimentos repetitivos.^{1,2} Assim se compreende que ocorre uma incidência aumentada de diferentes patologias por grupos etários: nos jovens as mais representativas são as lesões labrais, os conflitos e as roturas parciais articulares; na meia-idade ocorrem sobretudo tendinopatias calcificantes e capsulites ade-

sivas; e nos mais idosos surgem as roturas degenerativas da coifa e a omartrose.^{1,2}

A patologia do ombro pode ter um curso autolimitado (como por exemplo, na tendinopatia simples ou calcificante, que se devem a alterações nos feixes tendinosos – hiperplasia fibroblástica, neovascularização, espessamento ou alterações na matriz do colagénio, ou deposição intratendinosa de cristais de fosfato de cálcio) ou tornar-se crónica, com evolução desfavorável quer em termos de gravidade, quer de extensão da doença (como por exemplo, na patologia da coifa dos rotadores, que compreende um espectro de alterações patológicas,

desde a tendinose degenerativa às roturas tendinosas parciais ou totais; ou na omartrose, que pode ser uni ou bilateral, de etiologia primária/essencial ou secundária).¹ O pior prognóstico associa-se a idade avançada, sexo feminino, sintomatologia inicial intensa e associação a cervicalgia.⁴

ANAMNESE

A história clínica deve ser minuciosa, dado ter implicações diagnósticas e terapêuticas.⁶ Além do motivo da consulta, deve-se determinar a idade, o género, o membro superior dominante, a profissão e/ou prática desportiva, antecedentes médicos e cirúrgicos (incluindo trau-

TABELA 1. Testes para avaliação do ombro.^{1,2,7,8}

NOME	IMPORTÂNCIA	TÉCNICA PARA EXECUÇÃO	SIGNIFICADO
Teste de Jobe	Específico para avaliação do tendão do músculo supraespinhoso.	Elevação do ombro a 90° e angulação a 30° com o plano frontal, alinhando o úmero com o plano da omoplata; com o ombro em rotação medial, apontando o polegar para baixo, o examinador aplica força para baixo contra resistência.	Teste reativo se a manobra despoletar dor e positivo se o doente ceder à resistência exercida.
Palm Up Test	Específico para patologia do tendão da longa porção do bicipite braquial.	Cotovelo do doente em extensão e palma da mão voltada para cima; o examinador exerce resistência contra a elevação anterior do ombro.	Teste positivo quando é desencadeada dor, referida ao trajeto deste tendão.
Teste de Patte	Avalia a integridade do tendão infraespinhoso.	Ombro do doente a 90° de elevação lateral e cotovelo em flexão de 90°; doente faz rotação externa contra resistência exercida pelo examinador.	Teste positivo se o doente não for capaz de realizar rotação externa ou se apresentar dor exacerbada (pode indicar rotura ou tendinopatia, respetivamente).
Lift Off Test	Avalia a integridade do tendão do músculo subescapular.	Doente coloca a mão na região dorsal, com o dorso da mão voltado para a frente; o examinador pede ao doente para fazer força posterior (afastar a mão do dorso) contra resistência.	Teste positivo quando despoleta dor.
Arco doloroso		O ombro é estabilizado com uma mão do examinador, enquanto o membro superior é abduzido.	Dor entre 60°-120° de amplitude indica conflito subacromial. Dor >120° de amplitude indica patologia da articulação acromioclavicular.
Teste de Hawkins	Deteção do conflito subacromial.	Com o ombro elevado a 90° no plano da omoplata e com o cotovelo em flexão, o examinador faz rotação medial do ombro (diminuindo o espaço subacromial).	Teste positivo quando despoleta dor.
Teste de Neer	Deteção do conflito subacromial.	Com o membro superior em pronação e a omoplata estabilizada, o primeiro é fletido.	Teste positivo quando há dor.
Teste de Yergason	Avalia alterações na longa porção do bicipete ou no <i>labrum</i> glenoideu.	Com o membro superior ao longo do corpo e com o antebraço fletido a 90°, o antebraço faz supinação contra resistência.	A existência de dor indica inflamação na longa porção do bicipete ou lesões no <i>labrum</i> glenoideu.
Drop arm test	Avalia alterações na coifa dos rotadores.	O membro superior é levado passivamente a abdução total; depois o doente tenta a adução.	Incapacidade em aduzir indica rotura da coifa dos rotadores.
Cross arm test	Específico para patologia da articulação acromioclavicular.	Com o cotovelo em extensão, faz-se adução horizontal do ombro a 90° de elevação anterior.	Teste positivo se dor localizada na articulação acromioclavicular.
Teste de O'Brien	Específico para patologia do <i>labrum</i> e da articulação acromioclavicular.	Com o cotovelo em extensão completa, o doente faz elevação anterior até 90° com rotação medial, contra resistência. Posteriormente o teste é repetido em rotação lateral (polegar a apontar para cima).	Teste positivo quando despoleta dor ou clique na rotação medial, com redução ou ausência de dor na rotação lateral: <ul style="list-style-type: none"> • se dor superficial na articulação acromioclavicular, suspeitar de lesão nesta articulação; • se dor mais profunda e generalizada, suspeitar de lesão do <i>labrum</i>.
Teste de apreensão e recolocação	Específico para instabilidade da articulação gleno-umeral.	Doente em decúbito dorsal, com o cotovelo a 90° e o ombro em elevação lateral a 90°, sendo realizada rotação lateral do ombro. Caso haja sensação de apreensão/instabilidade, repete-se com o examinador a colocar a mão sobre a região anterior do ombro, para o doente não sentir a apreensão/instabilidade.	Teste positivo quando o doente sente instabilidade na primeira manobra, mas não na segunda.

TABELA 2. Classificação etiológica da omalgia.^{1,2}

PATOLOGIA INTRÍNSECA	
Patologia Periarticular	
•	Tendinopatia da coifa
•	Patologia do tendão da longa porção do bicipite braquial
•	Síndrome do conflito subacromial
•	Patologia da bursa subacromial, subdeitoideia, subcoracóideia
•	Instabilidade não traumática
Patologia Articular	
•	Omartrose
•	Capsulite adesiva
•	Artrose da articulação acromioclavicular
Traumatologia	
•	Fratura da clavícula
•	Fratura do úmero proximal
•	Luxação da gleno-umeral e instabilidade articular traumática
•	Luxação acromioclavicular
PATOLOGIA EXTRÍNSECA	
Origem Visceral	
•	Cardiovascular
•	Pulmonar
•	Abdominal
•	Patologia Maligna
Origem Neurológica	
•	Radiculopatia
•	Síndrome do desfiladeiro torácico
•	Omoplata alada
•	Síndrome do conflito do nervo subescapular
•	Síndrome doloroso regional complexo

máticos) e a medicação habitual.^{1-4,7} Importa lembrar que a patologia traumática é mais frequente em jovens, enquanto a patologia degenerativa é mais comum nos idosos. Antecedentes cirúrgicos do ombro aumentam a probabilidade de capsulite adesiva ou osteoartrose. A história médica de doenças reumatológicas alerta para as artrites inflamatórias.⁶

Na caracterização da omalgia, importa definir a duração dos sintomas e o seu início (agudo ou insidioso), descrever o mecanismo lesional, no caso de traumatismo, caracterizar os sintomas associados (por exemplo, equimose imediata, edema, deformidade, assimetria, amiotrofia), o tipo de dor (lancinante, moedeira, picada) e os fatores de alívio ou agravamento.^{1,2,7} O ritmo dos sintomas (mecânico ou inflamatório) é um dos aspetos mais relevantes. Se houver predomínio das queixas ao final do dia e relacionadas com o esforço/progressão da atividade desportiva/profissional/lazer, com melhoria após o repouso, a dor é considerada mecânica.^{1,3} Se o predomínio das queixas for noturno ou matinal, com despertares noturnos pela dor, com rigidez matinal, a dor é inflama-

tória. Quando ambos os componentes estão presentes, a dor é de características mistas.¹ Por exemplo, quando falamos das tendinopatias da coifa dos rotadores ou da longa porção do bicipite braquial e da patologia da bursa subacromial, subdeitoideia ou subcoracóideia, as queixas álgicas podem ocorrer apenas associadas a esforços (dor mecânica) ou podem surgir em repouso, com agravamento noturno, sobretudo quando na fase inflamatória (dor inflamatória); o mesmo ocorre no conflito subacromial, onde as queixas álgicas agravam com os movimentos e em carga, podendo ocorrer também dor noturna (dor de características mistas). Outro exemplo, a instabilidade não traumática do ombro surge como uma dor mais mecânica, dado ser desencadeada sobretudo com atividades de elevação lateral e rotação externa do ombro. No caso da omartrrose, a dor pode ser de natureza mecânica ou de natureza mista nas situações de agudização da patologia osteoarticular. Na capsulite adesiva, na fase de maior dor (fase dolorosa ou inflamatória), esta é tipicamente inflamatória, sendo particularmente pronunciada à noite.¹

É ainda importante compreender o impacto da omalgia na qualidade de vida do doente (na atividade desportiva, na qualidade do sono, nas atividades básicas do quotidiano, recreativas ou profissionais) e procurar fatores predisponentes, como erros posturais ou descondição físico, com especial atenção para os atletas no que respeita a excesso de carga nos treinos ou erros na execução do gesto técnico.^{1,2}

Além disto, deve-se prestar atenção a alguns “red flags”:

- antecedentes de cancro, sinais ou sintomas sugestivos de doença neoplásica (edema, tumefações ou deformidades *de novo* e sem etiologia conhecida);
- eritema, febre, mau-estar geral, queixas respiratórias;
- trauma, deformidade do membro, limitação da mobilidade articular, dor intensa
- défices motores e sensitivos significativos sem etiologia conhecida.^{3,4}

Assim, uma anamnese cuidada é uma ferramenta diagnóstica para a maioria das etiologias de omalgia, intrínsecas (patologia da coifa dos rotadores, patologia gleno-umeral, patologia da articulação acromioclavicular, infeção ou fratura/luxação traumática) ou extrínsecas (irritação diafragmática, pneumonia, tumores apicais do pulmão, enfarte do miocárdio, metástases, radiculopatia cervical).^{1,2,4}

EXAME OBJETIVO

O exame objetivo permite identificar a existência de patologia, medir e monitorizar o grau de disfunção, promover um programa de reabilitação personalizado às

necessidades do doente e aumentar a confiança deste no processo terapêutico.³ O exame objetivo deve incluir a inspeção (avaliação de assimetrias, atrofia muscular e deformidades evidentes), palpação e a mobilidade ativa e passiva do ombro, complementados com testes específicos (Tabela 1).^{1,2,7,8} A combinação destes fatores, reduz o leque de diagnósticos diferenciais.

PRINCIPAIS SÍNDROMES CLÍNICAS E A SUA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

As causas de omalgia podem ser divididas em 2 grandes grupos etiológicos: intrínsecos (a causa está no próprio ombro) e extrínsecos ou dor referida (Tabela 2). A patologia intrínseca pode ter origem articular ou periarticu-

TABELA 3. Abordagem diagnóstica e terapêutica das principais etiologias intrínsecas periarticulares de omalgia.^{1,2,6,7,9}

PATOLOGIA	OBSERVAÇÕES	MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
PATOLOGIA INTRÍNSECA			
Patologia Periarticular			
• Tendinopatia da coifa dos rotadores	Responsável por 65%-70% das consultas por omalgia nos CSP. Abrange: tendinose degenerativa, tendinopatia simples e calcificada e roturas. O tendão do supraespinhoso é o mais afetado.	A ECO é um excelente exame e apresenta acuidade diagnóstica semelhante à RM. A artro-RM tem maior sensibilidade e especificidade para roturas parciais e tendinopatia do subescapular. A Rx é importante no diagnóstico de tendinopatia calcificada. A TC é poucas vezes usada.	Na maioria dos casos é TxC (evicção de movimentos causais, uso de analgésicos, AINEs e/ou relaxantes musculares). O TxF e as infiltrações locais com ou sem corticosteroide podem ajudar no alívio algico e melhoria da funcionalidade. A infiltração de produtos ortobiológicos (por exemplo: plasma rico em plaquetas) tem pouca evidência. O TxCx (habitualmente artroscópico) deve ser reservado para as situações refratárias.
• Tendinopatia calcificante da coifa dos rotadores	É uma das causas mais frequentes de morbidade do ombro e é responsável por 10% das consultas por omalgia. Afeta sobretudo mulheres entre os 30 e os 50 anos.	A Rx simples ântero-posterior em posição neutra com rotação interna e externa é habitualmente suficiente para o diagnóstico. A ECO tem a mesma sensibilidade que a Rx. O estudo doppler é útil para prever a evolução da patologia e da dor. A RMN raramente está indicada, sendo mais usada em doentes com dor refratária, para identificar complicações (exemplo: rotura tendinosa).	As calcificações em fase de reabsorção (fase mais dolorosa) têm prioridade terapêutica. O TxC é de 1ª linha (TxF e AINEs). Quando falha, há outras opções para resolver os sintomas e evitar o TxCx; estas são: ondas-choque, barbotage ecoguiada e infiltração local com corticoides. Se falência destas duas linhas terapêuticas por mais de 6 meses, o TxCx, sobretudo artroscópico, é uma opção.
• Patologia do TLPBB	É difícil de distinguir da tendinopatia da coifa, sendo que estas entidades podem ocorrer concomitantemente.	A Rx não está indicada. A ECO é o exame usado com maior frequência, com resultados semelhantes à RM no diagnóstico de roturas totais, luxação e subluxação. A artro-RM tem maior sensibilidade diagnóstica.	Tratamento inicial é TxC (modificação das atividades diárias, medicação analgésica e anti-inflamatória) e TxF. O TxCx não está indicado na tendinopatia do TLPBB isolado, mas está perante falência do TxC, sendo frequentemente artroscópico.
• Síndrome do conflito subacromial ("shoulder impingement syndrome")	Na população geral associa-se a alterações posturais (coluna vertebral e cintura escapular), gestos repetidos ou posicionamentos incorretos na atividade laboral, ausência de exercício físico ou incorreta execução técnica de exercícios desportivos.	É clínico. Os exames de imagem (ECO e RM) são relevantes na confirmação diagnóstica, identificação de etiologia e de sequelas provocadas pelo conflito.	É primariamente TxC: TxF para correção do ritmo escapulo-umeral e escapulo-torácico por 3-6 meses, com controlo algico e inflamatório farmacológico. A infiltração cortico-anestésica está indicada em casos muito sintomáticos e com grande limitação funcional. O TxCx está direcionado para a resolução das patologias na base da síndrome do conflito subacromial.
• Patologia da bursa subacromial, subdeitoideia, subcoroideia	Pode apresentar quadro clínico semelhante ao da tendinopatia da coifa.	A ECO é o exame recomendado.	O tratamento inicial é TxC (crioterapia, tratamento farmacológico analgésico e anti-inflamatório e evicção dos fatores predisponentes). O TxF também pode estar indicado. Na omalgia intensa e incapacitante ou renitente a infiltração local com corticosteroides poderá ser usada. Nos poucos casos sintomáticos refratários, o TxCx com descompressão subacromial poderá estar indicado.
• Instabilidade não traumática	Inclui a luxação do ombro, a subluxação do ombro e a hiperlaxidez ligamentar. Afeta sobretudo mulheres, atletas e < 40 anos. A omalgia é o sintoma inicial, mas com o tempo surge parestesias, fraqueza muscular, limitação das amplitudes articulares ou sensação de subluxação.	É clínico, servindo os exames de imagem para identificar possíveis variantes anatómicas e causas patológicas. A TC é habitualmente usada para planeamento pré-operatório. A ECO serve para exclusão de patologia da coifa associada. A RM é o exame recomendado na instabilidade gleno-umeral não traumática porque diagnóstica as suas principais causas.	Na maioria das vezes é TxC (modificação das atividades causais, técnicas para analgesia e um programa intensivo de reabilitação para manutenção/restauração do movimento funcional completo, fortalecimento muscular e treino proprioceptivo). Quando os episódios de luxação são frequentes ou no caso de atletas e jovens poderá ser indicado TxCx.

AINE – Anti-inflamatório não esteroide; ECO – Ecografia; RM – Ressonância magnética; Rx – Radiografia; TC – Tomografia computadorizada; TLPBB – Tendão da longa porção do bicipite braquial; TxC – Tratamento conservador; TxCx – Tratamento cirúrgico; TxF – Tratamento fisiátrico.

TABELA 4. Abordagem diagnóstica e terapêutica das principais etiologias intrínsecas articulares de omalgia.^{1,2,6,7,10}

PATOLOGIA	OBSERVAÇÕES	MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
PATOLOGIA INTRÍNSECA			
Patologia Articular			
• Omartrose	Doença degenerativa; causa de omalgia em 2%-5% dos casos. Os sintomas mais comuns são: dor e limitação da amplitude articular do ombro nas AVDs.	A Rx é o exame de eleição, com achados característicos (diminuição do espaço articular, esclerose da cortical óssea, osteófitos). A TC pode ser útil no planeamento pré-cirúrgico. A ECO é de 2ª linha, na suspeita de outras patologias do ombro. A RMN é útil na avaliação do estado da coifa dos rotadores e no diagnóstico de necrose avascular da cabeça do úmero.	A maioria dos doentes responde ao TxC (modificação da atividade, fisioterapia, controlo algico farmacológico). São opções: infiltração corticoanestésica ecoguiada intra-articular na fase aguda e visco-suplementação com ácido hialurónico na fase crónica. Suplementos de condroitina ou glucosamina carecem de evidência científica. O TxCx está reservado na falência dos anteriores.
• Capsulite adesiva ("ombro congelado")	O membro superior não dominante é ligeiramente mais afetado. Existem alguns FR (> 50 anos; trauma do ombro; imobilização prolongada do membro superior; cirurgia prévia; diabetes <i>mellitus</i> , hipo e hipertireoidismo; doenças autoimunes; doença de Parkinson; AVC). Curso da doença: fase dolorosa ou inflamatória (2-9 meses); fase de congelamento ou rigidez (4-12 meses); fase de recuperação ou descongelamento (5-24 meses). Vários doentes reportam sequelas, perdendo de forma definitiva 15% da mobilidade do ombro.	É clínico. A Rx ou a ECO são para exclusão de outras causas de omalgia. Perante um exame objetivo inconclusivo, a RM ou a artro-RM podem ser consideradas.	A abordagem terapêutica não é consensual. Na fase dolorosa ou inflamatória: pode incluir tratamento farmacológico com analgésicos e AINES e injeção intra-articular corticoanestésica (com benefício sobretudo a curto prazo). Na fase de rigidez: é fundamental a reabilitação com fisioterapia. O TxC é eficaz na maioria dos doentes. Outras opções terapêuticas mais recentes e em estudo, com evidência crescente são terapia por ondas-choque extracorporeal; calcitonina e colagenases, distensão capsular ecoguiada com ácido hialurónico, hidrodistensão capsular e distensão capsular artrográfica. Perante falência do tratamento conservador (após 6 meses) pode-se considerar o TxCx, sempre seguido de reabilitação física.
• Artrose da articulação acromioclavicular	Patologia degenerativa e 2ª doença mais comum no ombro em > 40 anos. Os doentes referem dor bem localizada e estalos, cliques e rangidos com o movimento.	É clínico com a Rx como a imagem recomendada para apoio ao diagnóstico.	TxC com modificação da atividade, tratamento de reabilitação (com fisioterapia), controlo algico farmacológico e infiltração cortico-anestésica ecoguiada. O TxCx é considerado perante ausência de melhoria com TxC após 3-6 meses.

AINE – Anti-inflamatório não esteroide; AVC – Acidente vascular cerebral; AVD – Atividade de vida diária; ECO – Ecografia; FR – Fatores de risco; RMN – Ressonância magnética; Rx – Radiografia; TC – Tomografia computadorizada; TxC – Tratamento conservador; TxCx – Tratamento cirúrgico.

lar, sendo esta última a causadora da maioria dos casos de omalgia crónica.^{1,2,6}

As patologias mais frequentes causadoras de omalgia são: patologia da coifa dos rotadores (incluindo a tendinopatia calcificante), instabilidade gleno-umeral, artrose gleno-umeral, capsulite adesiva e patologia da articulação acromioclavicular.^{1,2}

De seguida, nas Tabelas 3, 4 e 5 resume-se a abordagem diagnóstica e terapêutica das principais etiologias intrínsecas de omalgia, por serem mais frequentes, não pretendendo esta descrição ser uma revisão exaustiva dessas patologias.

CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO PARA CUIDADOS HOSPITALARES

Os doentes devem ser referenciados para os cuidados de saúde secundários quando têm queixas algicas não controladas com perturbação nas rotinas quotidianas (por exemplo, hábitos de sono) e disfunção significativa, apesar dos cuidados terapêuticos iniciais (por exemplo, reabilitação física); quando há confirmação ecográfica

de rotura tendinosa da coifa dos rotadores sem melhoria com tratamento conservador ao fim de 3 meses; quando há história de instabilidade ou dor articular, aguda e/ou pós-traumática; quando o diagnóstico não foi estabelecido no estudo inicial e estão presentes *red flags* mencionados previamente.^{1,3,7}

CONCLUSÃO

A omalgia é um sintoma comum associado a morbidade significativa. Os médicos de família têm a oportunidade de abordar, diagnosticar e orientar terapêuticamente este problema precocemente, enquanto o prognóstico é favorável. Com uma história clínica e exame objetivo completos, a maioria das patologias do ombro podem ser diagnosticadas numa primeira consulta e os planos de acompanhamento e terapêutica podem ser implementados com reduzidos meios de investigação laboratorial e imagiológica. Se esta última for necessária, a ecografia e a RMN são preferíveis à radiografia. No entanto, também é verdade que a radiografia continua a ser um

TABELA 5. Abordagem diagnóstica e terapêutica das principais etiologias intrínsecas traumáticas de omalgia.^{1,2,6,7}

PATOLOGIA	OBSERVAÇÕES	MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
PATOLOGIA INTRÍNSECA			
Traumatologia			
• Fratura da clavícula	Mais comum nos < 20 anos. O terço médio é o mais afetado.	A Rx é o exame inicial; a TC permite melhor caracterização de desvios, encurtamentos, cominuição, extensão articular lesão vascular associada.	Maioria, com TxC com suspensão braquial simples ou um cruzado posterior, 4-6 semanas, coadjuvado com reabilitação muscular adequada. São indicações absolutas para TxCx (osteossíntese com placa e parafusos): fratura aberta; risco iminente de perfuração da pele; deterioração neurológica e vascular progressiva; dissociação escapulo-torácica.
• Fratura do úmero proximal	Correspondem a 45% das fraturas do ombro.	Estudo inicial com Rx. Para exclusão de fraturas não visíveis na Rx ou melhor caracterização das identificadas, realizar TC.	80%-85% são resolvidas com TxC, com imobilização por 3-4 semanas com suspensão braquial simples. As indicações absolutas para TxCx são: fraturas expostas, lesão neurovascular, fratura patológica e ombro flutuante.
• Luxação da gleno-umeral e instabilidade articular traumática	Podem ser luxações anteriores (maioria), posteriores, inferiores (raras) e superiores (raras). São emergências médicas e devem ser reduzidas o mais rapidamente possível.	No diagnóstico deve ser realizado Rx. A ECO é importante para excluir rotura da coifa a partir dos 60 anos. A artro-RM é útil para avaliar instabilidade gleno-umeral quando doentes com < 40 anos.	Inicia-se com a redução da luxação e avaliação da integridade do nervo axilar. É essencial a suspensão braquial 2-3 semanas e TxF. O TxCx deve ser ponderado e adaptado às lesões encontradas e ao tipo de doente.
• Luxação acromioclavicular	Patologia comum em jovens, sobretudo no sexo masculino. É classificada em 6 tipos (I a VI) consoante o padrão de rotura dos ligamentos coracoclavicular e acromioclavicular e na distância coracoclavicular.	É recomendada a Rx e é fundamental a comparação com o lado não afetado.	O TxC (crioterapia, analgesia farmacológica e suspensão braquial por 3 semanas) está indicado nas luxações tipo I, II e na maioria das III. O TxCx está indicado nas luxações tipo IV, V e VI.

ECO – Ecografia; RM – Ressonância magnética; Rx – Radiografia; TC – Tomografia computadorizada; TxC – Tratamento conservador; TxCx – Tratamento cirúrgico; TxF – Tratamento fisioterápico.

importante método de *screening* (para deteção de calcificações, artrose e conflito subacromial), especialmente se associada à ecografia articular; ao contrário da RMN, que pela limitação de requisição nos cuidados de saúde primários, deve ser reservada para as consultas hospitalares de especialidade do ombro, para diagnósticos mais complexos e relacionados com patologia intra-articular (por exemplo nos jovens com sinais de instabilidade para despiste de lesões labrais) e na definição de critérios de cirurgia nos doentes com rotura da coifa. A referência a cuidados de saúde secundários (Ortopedia, Reumatologia, Medicina Interna) deve ser levada a cabo, quando as queixas são refratárias à abordagem inicial.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

SUPORTE FINANCEIRO: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCIAL SUPPORT: This work has not received any contribution grant or scholarship.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer reviewed.

REFERÊNCIAS

- Vaz R, Silva AJ, Cordeiro A, Aires A, Gonçalves AF, Costa AJ, et al. Patologia Musculo-esquelética para médicos de família. Lisboa: Heartbrain – Consultores em Comunicação Lda; 2021.
- House J, Mooradian A. Evaluation and management of shoulder pain in primary care clinicians. *South Med J*. 2010;103:1129-35. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181f5e85f.
- Masters S, Burley S. Shoulder pain. *Aust Fam Physician*. 2007;36:414-6, 418-20.
- Mitchell C, Adebajo A, Hay Elaine, Carr A. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *BMJ*. 2005;331:1124-8. doi: 10.1136/bmj.331.7525.1124.
- Teixeira DC, Alves L, Gutierrez M. The role of scapular dyskinesis on rotator cuff tears: a narrative review of the current knowledge. *EFORT Open Rev*. 2021;6:932-40. doi: 10.1302/2058-5241.6.210043.

6. Vaughan A, Hulkower S. Evaluation of the adult with shoulder complains. UpToDate. [Acedido a 31 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-shoulder-complaints>.
7. Cardoso A, Branco JC, Silva JP, Cruz M, Costa MM. Regras de Ouro em Reumatologia. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2005.
8. Simons SM, Dixon JB. Physical examination of the shoulder. UpToDate. [Acedido a 31 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/physical-examination-of-the-shoulder>.
9. Silva R, Pimentel A, Gutierrez M. Calcific Tendinopathy of the Rotator Cuff. Current Solutions. Prog Orthop Sci. 2020;6:1-8. doi: 10.47363/POS/20201004.
10. Silva R, Pimentel A, Gutierrez M. A literature review of the treatment options for Idiopathic Adhesive Capsulitis of the Shoulder. Orthop Spo Med Op Acc J. 2021;4:460-8. doi: 10.32474/OSMOAJ.2021.04.000199.