

PROTOCOLOS DE TRATAMENTO DA CAPSULITE ADESIVA - METANÁLISE

Alisson Guimbala dos Santos Araujo¹, Thayna Lais Meurer²

RESUMO

Introdução: A Capsulite Adesiva (CA) é uma patologia idiopática que afeta cerca de 3-5% da população geral, sendo a maioria de idade igual ou superior a 50 anos. É dividida em três fases: aguda ou hiperálgica, fase de rigidez ou congelamento e fase de descongelamento. A presente pesquisa teve como objetivo analisar os protocolos de tratamentos para a CA. **Metodologia:** Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas, BIREME, SciELO, LILACS e PubMed, sendo analisados 20 artigos dos quais sete preencheram os critérios de inclusão desse estudo. **Resultados:** Dos 20 artigos analisados, observou-se que apenas sete apresentavam ensaios clínicos controlados, sendo que os artigos selecionados quanto ao tratamento da CA foram: fisioterapia e medicação, manipulação, distensão hidráulica, bloqueios seriados do nervo supraescapular, acupuntura, cinesioterapia, fisioterapia e anti-inflamatório não esteróide, terapia dynasplint, massagem de fricção profunda e diatermia de ondas. **Conclusão:** Conforme verificado nos estudos, existe uma gama de tratamentos que se mostraram eficazes para a CA, não conseguindo chegar a uma conclusão de qual seria o tratamento mais indicado. Porém, notou-se que a fisioterapia através da cinesioterapia continua sendo a melhor opção, e quanto mais precoce for o início da intervenção terapêutica, melhores serão os resultados. **Palavras-Chave:** Bursite; fisioterapia; cápsula articular.

TREATMENT PROTOCOLS OF ADHESIVE CAPSULITIS - METANALYSIS

ABSTRACT

Introduction: The adhesive capsulitis (AC) is an idiopathic disorder that affects about 3-5% of the general population, the majority being aged 50 years. It is divided into three stages: acute or hiperálgica, rigidity phase or stage of freezing and thawing. This study aimed to analyze the protocols of treatments for adhesive capsulitis. **Methods:** We performed literature search in electronic databases, BIREME, SciELO, LILACS and PubMed, we analyzed 20 articles of which seven met the inclusion criteria of this study. **Results:** Of the 20 articles analyzed, it was found that only seven had controlled clinical trials, and the articles selected for the treatment of AC were: medication and physiotherapy, manipulation, hydraulic distension, serials suprascapular nerve blocks, acupuncture, exercise, physiotherapy and nonsteroidal anti-inflammatory therapy dynasplint, deep friction massage and wave diathermy. **Conclusion:** As noted in the studies, there is a range of treatments that have proven effective for AC, failing to come to a conclusion of what would be the most appropriate treatment. However it was noted that physiotherapy through kinesiotherapy remains the best option, and the earlier therapeutic intervention performed, the better the results.

Keywords: bursitis; physiotherapy; joint capsule.

¹ Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica. Mestre em Ciências do Movimento Humano – UDESC. Supervisor do Ambulatório de Disfunções Músculo-esqueléticas da Faculdade Guilherme Guimbala – Joinville – SC. E-mail: Alisson.araujo@ace.br

² Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Faculdade Guilherme Guimbala – FGG – Joinville – SC.

INTRODUÇÃO

O ombro é formado por três articulações sinoviais, sendo elas: esterno-clavicular, acrômio-clavicular e glenoumeral e uma articulação fisiológica: a escapulo-torácica. Os movimentos combinados dessas quatro articulações distintas, somando os músculos e as demais estruturas periarticulares envolvidos, permitem que o braço e a mão se posicionem no espaço para darem início a uma variedade de funções, resultando em uma amplitude de movimento que ultrapassa a de qualquer outra articulação do corpo humano¹.

A capsulite adesiva (CA), também conhecida como “ombro congelado”, é uma patologia idiopática que afeta cerca de 3-5% da população geral, sendo a maioria de idade igual ou superior a 50 anos^{2,3,4}. Ocorrem alterações histológicas inflamatórias e fibrosas na cápsula articular e no revestimento sinovial, gerando retrações da cápsula e rigidez articular⁵, limitando os movimentos tanto ativos quanto passivos², tendo muitas vezes um curso prolongado de dois ou três anos⁶.

É dividida em três fases: aguda ou hiperálgica, fase de rigidez ou congelamento e fase de descongelamento¹. A fase aguda é caracterizada pelo aparecimento gradual de dor difusa no ombro e que dura em torno de um a dois meses. A fase de congelamento é caracterizada pela perda progressiva do movimento que pode durar vários meses². Na fase de descongelamento, os sintomas começam a aliviar, diminuindo a dor e conseqüentemente melhorando a amplitude de movimento⁷, essa fase pode durar vários meses ou anos, uma vez que a melhora acontece gradualmente².

Normalmente, os pacientes com capsulite adesiva possuem uma característica durante a elevação do ombro afetado, em que a escápula se eleva antes dos 60 graus de abdução, indicando uma compensação devido à falta de extensibilidade capsular, assim como uma alteração do padrão motor do sistema nervoso central, devido ao movimento adaptativo. Portanto a limitação mais comum na amplitude de movimento para esses pacientes é na flexão, abdução e rotação externa e interna⁸.

Para um diagnóstico mais eficaz, é recomendado exames radiológicos, como por exemplo, o raio – X (RX) e a artrografia. O RX, pode apresentar diminuição do espaço articular entre a glenóide e a cabeça do úmero na incidência ântero-posterior, indicando retração capsular⁹. Porém, o mais indicado é a artrografia, que embora seja um procedimento doloroso é o mais eficaz, pois avalia a integridade do manguito rotador e o volume articular do ombro¹. A artrografia mostra já na primeira fase uma sinovite hipervascular. Na segunda fase pode-se notar uma diminuição da hipervascularidade com espessamento e contração capsular. Na terceira fase não se observa mais a sinovite e ocorre uma diminuição da espessura da cápsula. Este exame, porém, é mais indicado na segunda fase da capsulite¹⁰.

O tratamento deve ser focado na prevenção da progressão da lesão¹¹. Os tratamentos clínicos mais indicados são os antiinflamatórios não hormonais, juntamente com a fisioterapia⁷. Métodos de preparação como o ultrassom terapêutico¹¹ pode ser usado antes das manipulações fisioterapêuticas e exercícios de alongamento manuais^{7,11}. Os tratamentos cirúrgicos são indicados quando o tratamento clínico não se mostra eficaz³.

É imprescindível a precocidade para se iniciarem os procedimentos fisioterapêuticos, sendo que o exercício é o estímulo fisiológico específico que aumenta a capacidade funcional e reverte a hipotrofia por desuso e a fraqueza muscular, se a intensidade, frequência e duração apropriada forem aplicadas¹². Pode-se fazer a fisioterapia associada a termoterapia e cinesioterapia objetivando aumentar a amplitude de movimento do membro superior afetado. Os exercícios devem começar de forma suave, através de exercícios pendulares e alongamentos, respeitando sempre o limite tolerável do paciente, e se preciso, pode-se fazer também manipulação articular¹³.

O objetivo da fisioterapia é eliminar o desconforto e restaurar a mobilidade e a função do ombro. A fisiopatologia do ombro “congelado” é muito complexa, portanto existem várias modalidades de tratamento físico. Por isso o tratamento deverá estar de acordo com os aspectos

clínicos e com o estágio do quadro disfuncional⁹. Portanto a presente pesquisa tem como objetivo, analisar os protocolos de tratamentos para a capsulite adesiva.

MÉTODODO

Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas BIREME, SciELO, LILACS e PubMed. Para tanto, foram utilizados os termos: “frozen shoulder” “adhesive capsulitis”, “adhesive capsulitis physical therapy”, “ombro congelado”, “capsulite adesiva”, “capsulite adesiva fisioterapia” e “hidroterapia na capsulite adesiva”. As buscas foram realizadas restringindo a data para artigos publicados entre 2000 a 2012, em língua inglesa e portuguesa, sendo inclusos os estudos que abordavam casos nos quais apresentavam dados referentes ao tratamento da capsulite adesiva. Desta forma, foram analisados 20 artigos, dos quais sete preencheram os critérios de inclusão deste estudo.

RESULTADOS

Dos 20 artigos analisados, observou-se que apenas sete apresentavam ensaios clínicos controlados, sendo que os artigos selecionados quanto ao tratamento da CA foram: fisioterapia e medicação, manipulação, distensão hidráulica, bloqueios seriados do nervo supraescapular, acupuntura, cinesioterapia, fisioterapia e antiinflamatório não esteróide, terapia dynasplint, massagem de fricção profunda e diatermia de ondas.

A tabela 1 apresenta os dados de cada estudo selecionado, demonstrando respectivamente autor, objetivo/paciente, metodologia e conclusão.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos selecionados no tratamento da capsulite adesiva.

AUTOR	OBJETIVO/PACIENTES	METODOLOGIA	CONCLUSÃO
Gaspar, Willis ²	Examinar a eficácia da tala dinâmica. n= 62 pacientes.	Quatro grupos: Grupo I (controle), grupo II (fisioterapia com protocolos padronizados), grupo III (sistema de terapia dynasplint), e grupo IV (terapia dynasplint e fisioterapia padrão). Duração de 90 dias.	Não houve diferença significativa para todos os grupos, apenas o grupo IV obteve significativo índice de melhora.
Miyazaki, et al. ³	Tratamento a longo prazo pela técnica dos bloqueios seriados do nervo supraescapular. n= 136 pacientes.	Os pacientes foram analisados de acordo com a etiologia e gravidades de perda funcional.	84% resultados satisfatórios; 91,7% melhora da dor.
Guler-Uysal, Kozanoglu ⁷	Comparação de métodos diferentes de reabilitação/eficácia clínica e relação custo-eficácia. n= 40 pacientes.	Dois Grupos: grupo I (abordagem Cyriax profunda e mobilização e exercícios 3 vezes por semana), grupo II (terapia física diária, aplicação de diatermia de ondas).	19 (95%) grupo I e 13 (65%) grupo II atingiram a porcentagem.
Lech, Sudbrack, Neto ⁹	Evolução da doença. n= 57 pacientes.	Quatro grupos: 1- fisioterapia e medicação (66,6%); 2- manipulação sob anestesia e distensão hidráulica (22,8%); 3- manipulação sob anestesia e cirurgia (15,7%); 4- infiltração e fisioterapia (3,5%).	Dos 57, 19 conceito excelente, 29 conceito bom, os demais ficaram entre os conceitos regular e mau.

Plavsic, et al. ¹⁴	Como a acupuntura e a terapia com exercícios afetam a função motora e espasmodicidade das mãos de pacientes com acidente vascular cerebral. n= 20 pacientes	Dois grupos: grupo A: acupuntura e terapia de exercícios (AP – ET), grupo B: apenas terapia de exercícios (ET).	Acupuntura e terapias de exercícios são úteis no tratamento do ombro congelado, e seus efeitos tem duração de pelo menos 6 meses.
Dudkikewicz, et al. ¹⁵	Avaliar os pacientes em longo prazo, com tratamento conservador. n= 54 pacientes.	Fisioterapia antiinflamatórios e esteróides.	Melhora significativa nos movimentos trabalhados.
Santos e Facci ¹⁶	Mostrar atuação fisioterapêutica na capsulite adesiva após a distensão hidráulica e manipulação. n= 01 paciente.	Distensão hidráulica e manipulação seguida de 40 sessões de cinesioterapia.	Houve ganho da amplitude de movimento em todos os movimentos do ombro.

DISCUSSÃO

Diversos estudos sugerem que o tratamento conservador através de fisioterapia seria um bom tratamento para a CA, porém ainda se discute se apenas a terapia física seria o suficiente, ou se tratamentos combinados produzem melhores resultados¹⁷.

Os artigos relacionados tiveram uma variação de 1 a 136 pacientes nos grupos, somando um total de 370 pacientes. Em quatro artigos^{1,2,3,15} os grupos envolveram mais de 50 pacientes, em dois artigos^{7,14} os grupos envolveram entre 20 e 40 pacientes, e um artigo¹⁶ envolveu apenas uma paciente.

Dois artigos^{7,14} tiveram suas amostras divididas em dois grupos, em três artigos^{1,2,3} as amostras foram divididas em quatro grupos, e em dois artigos^{15,16} as amostras tiveram apenas um grupo geral, formando assim 16 grupos de estudo, sendo que a maioria dos grupos analisados utilizaram treinamento físico supervisionado, correspondendo a 56,25% (9 grupos) da pesquisa, e o restante, que corresponde a 43,75% (7 grupos), obtiveram outro tipo de tratamento (passivo) que não o treinamento físico.

No estudo de Gaspar e Willis² realizado no Texas, Califórnia, constatou-se que dos quatro grupos estudados, apenas o grupo IV obteve uma melhora significativa, usando a técnica de terapia dynasplint (baixa carga de alongamento com duração prolongada e tensão dinâmica para redução de contraturas) e fisioterapia padrão, chegando à conclusão que esta técnica é um complemento mensurável para o tratamento fisioterapêutico, principalmente em domicílio, e poderia ser uma modalidade eficaz inicial do tratamento conservador.

Guler-Uysal e Kozanoglu⁷ em Adana, Turquia, realizaram um estudo dividindo os 40 pacientes em dois grupos, um deles recebeu a abordagem Cyriax de massagem de fricção profunda e exercícios de mobilização três vezes por semana e o segundo grupo recebeu o tratamento de terapia física diária incluindo bloco quente e aplicação de diatermia de ondas curtas. Ambos terminaram seus tratamentos com alongamentos. O primeiro grupo obteve melhora da amplitude de movimento em todos os movimentos do ombro logo na primeira semana. Foi concluído então que o método de Cyriax proporciona uma resposta mais rápida e melhor do que os métodos convencionais de fisioterapia na fase inicial do tratamento da capsulite adesiva.

Em estudo realizado em Belgrado na Sérvia¹⁴ dois grupos com diferentes tratamentos foram analisados. No grupo A, foi realizado acupuntura juntamente com exercícios físicos; no grupo B, foi realizado apenas exercícios físicos. Os grupos não foram diferentes quanto ao sexo, idade média dos pacientes, e o início do tratamento. Verificou-se que o grupo A obteve uma melhora significativa na maioria dos testes realizados. Concluiu-se que a acupuntura, juntamente com os exercícios físicos são úteis no tratamento da CA, porém sugerem mais estudos na área com um maior número de pacientes para uma melhor verificação final.

Santos e Facci¹⁶ realizaram um estudo de caso com uma mulher de 50 anos de idade. Para isto, mensuraram a ADM tanto passiva como ativa e a força do ombro afetado, antes e após o tratamento. Foram realizadas 40 sessões de fisioterapia, e ao final verificaram-se os seguintes ganhos na ADM: 90° na abdução, 20° na adução, 80° na flexão, 21° na extensão, 50° na rotação interna e 64° na rotação externa, mensurados com o ombro em 90° de abdução. Houve também um ganho gradativo da força dos músculos da cintura escapular. Concluíram então que a distensão hidráulica e manipulação seguida de fisioterapia intensiva melhoram significativamente a função e possibilitam o retorno precoce as atividades de vida diária do indivíduo.

Miyazaki et al.³ em seu estudo realizado no Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, avaliou 136 pacientes com idade média de 47 anos, sendo 53,7% do sexo feminino e 46,3% do sexo masculino. Os pacientes foram divididos de acordo com a etiologia e gravidade da perda funcional. Foram classificados 46,5% dos casos com causa idiopática e 53,5% devido a causas secundárias. Depois de estabelecido o diagnóstico, iniciou-se o tratamento com bloqueios seriados do nervo supraescapular através de injeção do anestésico, e após uma melhora significativa foi adicionado ao tratamento os exercícios de alongamento para ganho de ADM. O número de aplicações variou de 4 a 17, tendo um resultado satisfatório em 84% dos pacientes. Concluiu-se que esta técnica promoveu uma rápida e duradoura melhora da dor, facilitando a integração de exercícios para ganho de ADM.

Dudkikewicz et al.¹⁵ realizaram seu estudo com um único grupo composto por 54 pacientes, tendo como objetivo avaliar a evolução dos pacientes em um tratamento conservador de longo prazo. Neste tratamento, utilizaram a fisioterapia convencional juntamente com antiinflamatórios não esteróides. Foram realizados exercícios para melhora da ADM no ombro afetado, principalmente nos movimentos de elevação, rotação interna e externa. Verificou-se que aproximadamente 90% dos pacientes obtiveram uma melhora significativa, sendo que apenas cinco pacientes não retornaram para suas ocupações anteriores. Concluiu-se então que apesar de algumas vezes demorado, o tratamento conservador mostrou-se mais uma vez eficaz, trazendo resultados significativos de melhora.

Lech et al.⁹ dividiram seus pacientes em quatro grupos de diferentes tratamentos, sendo que no grupo I foi realizado fisioterapia e medicação, no grupo II manipulação sob anestesia e distensão hidráulica, no grupo III manipulação sob anestesia e cirurgia, e no grupo IV foi feito infiltração e fisioterapia. Verificou-se que 43,7% (paciente com patologias apenas do ombro) dos pacientes obtiveram melhora no tratamento. Concluiu-se que existem fatores ainda não conhecidos na gênese da capsulite adesiva e que os tratamentos atuais ainda não são capazes de modificar.

Existe uma variedade de tratamentos disponíveis para a CA, e que vem sendo defendidas por diversos autores, não se obtendo nenhuma conclusão de qual seria o melhor tratamento^{18,19}. Porém, não foram realizados ainda nenhum estudo randomizado sobre o tratamento da CA através da hidroterapia. Sabe-se que a água aquecida traz alguns benefícios como o relaxamento, a analgesia, a redução do impacto e da agressão sobre as articulações, e talvez seria uma outra opção para o tratamento da CA, pois os objetivos da hidroterapia neste caso seriam: dar especial atenção à dor, à perda da mobilidade e à perda da força muscular, prevenir a instalação da fraqueza muscular por desuso e as alterações das relações de comprimento e tensão da musculatura circunvizinha, impedindo assim, a perda da função deste membro²⁰.

CONCLUSÃO

Conforme verificado nos estudos, existe uma gama de tratamentos que se mostraram eficazes para a CA, não sendo possível chegar a uma conclusão de qual seria o tratamento mais

indicado. Porém, notou-se que a fisioterapia, através da cinesioterapia, continua sendo a melhor opção, e quanto mais precoce realizado a intervenção terapêutica, melhores serão os resultados.

Sugere-se que sejam realizados estudos de intervenção terapêutica através da hidroterapia, para que se possa verificar a eficácia deste recurso nesta patologia, e talvez então traçar um protocolo terapêutico completo para a CA.

REFERÊNCIAS

1. Ciccone CC, Oliveira MAD, Hildebrand AS. Revisão bibliográfica da anatomia de ombro e da Capsulite adesiva para futura abordagem na terapia manual de Maitland. SARE. 1(1), 285, 2007.
2. Gaspar PD, Willis FB. Adhesive capsulitis and dynamic splinting: a controlled, cohort Study. BMC Musculoskeletal Disorders. 10, 111, 2009.
3. Miyazaki NA, Fregoneze M, Doneux OS, Silva LA, Sella GV, Ossada A, et. al. Avaliação do resultado do tratamento da capsulite adesiva de ombro com bloqueios seriados do nervo supraescapular. Rev Bras Med. 67(3), 13-8, 2010.
4. Carbone S, Gumina S, Vestri AR, Postacchini R. Coracoid pain test: a new clinical sign of shoulder adhesive capsulitis. International Orthopaedics (SICOT). 34,385-8, 2010.
5. Ferreira FAA. Capsulite adesiva. Rev Bras Ortop. 40(10), 565-74, 2005.
6. Buchbinder R, Green S, Youd JM, Johnston RV, Cumpston M. Arthrographic distension for adhesive capsulitis (frozen shoulder). Cochrane Database Syst Rev. 23(1), 2008.
7. Guler-Uysal F, Kozanoglu E. Comparison of the early response to two methods of rehabilitation in adhesive capsulitis. Swiss Med Wkly. 134, 353-8, 2004.
8. Page P, Labbe A. Adhesive Capsulitis: Use the evidence to integrate your interventions. N Am J Sports Phys Ther. 5(4), 266-73, 2010.
9. Lech O, Sudbrack G, Neto CV. Capsulite adesiva (“ombro congelado”) Abordagem multidisciplinar. Rev Bras Ortop. 28(9), 617-24, 1993.
10. Tasto JP, Elias DW. Adhesive Capsulitis. Sports Med Arthrosc Rev. 15(4), 216-21, 2007.
11. Earley D, Shannon M. The Use of Occupation-Based Treatment With a Person Who Has Shoulder Adhesive Capsulitis: A Case Report. The American Journal of Occupational Therapy. 60(4), 397-403, 2006.
12. Silva DDM; Marim FRSS, Lamari NM. Qualidade de vida de paciente com capsulite adesiva. Fisioter. Bras. 10(2), 131-4, 2009.
13. Lin TY, Teixeira MJ, Picarelli H, Okane SY, Romano MA, Benegas E, et. al. Síndromes dolorosas dos membros superiores. Rev. Med. 80(2), 317- 34, 2001.
14. Plavsic A, Foti C, Bella GD, Brdareski Z, Nikcevic L, Konstantinovic L. Avaliação dos efeitos a longo prazo da acupuntura e exercícios terapêuticos em ombro congelado de pacientes com acidente cerebral vascular. ACTA FISIATR. 16(3), 121-5, 2009.
15. Dudkikewicz I, Oran A, Salai M, Palti R, Pritsch M. Idiopathic adhesive capsulitis; Long-term results of conservative treatment. IMAJ. 6, 524-26, 2004.
16. Santos AT, Facci LM. Tratamento fisioterapêutico da capsulite adesiva após distensão hidráulica e manipulação. Fisioter. Bras. 4(4), 289-94, 2003.
17. Buchbinder R, Youd JM, Green S, Stein A, Forbes A, Harris A, Bennell K, Bell S, Wright WJL. Efficacy and Cost-Effectiveness of Physiotherapy Following Glenohumeral Joint

Distension for Adhesive Capsulitis: A Randomized Trial. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 57(6), 1027-37, 2007.

18. Favejee MM, Huisstede BM, Koes BW. Frozen shoulder: the effectiveness of conservative and surgical interventions--systematic review. *British Journal of Sports Medicine*. 45(1), 49-56, 2011.

19. Buchbinder R, Hoving JL, Green S, Hall S, Forbes A, Nashet P. Short course prednisolone for adhesive capsulitis (frozen shoulder or stiff painful shoulder): a randomised, double blind, placebo controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 63, 1460-69, 2004.

20. Biasoli MC; Machado CMC. Hidroterapia: aplicabilidades clínicas / Hydrotherapy: the use in different clinical disorders. *RBM Rev. Bras. Med*. 63(5), 225-37, 2006.

Recebido em Julho de 2012

Aceito em Agosto de 2012

Publicado em Setembro de 2012
