

RUPTURA DO TENDÃO DO REDONDO MENOR – RELATO DE CASO

Pelegrina Júnior, C. C. ^{1 2}; Pacheco, M. T. T. ¹

¹ Universidade do Vale do Paraíba – UNIVAP/ Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento – IP&D/
Curso de Mestrado em Bioengenharia, Av.: Shishima Hifumi, 2911, Urbanova, São José dos
Campos, SP, CEP.: 12244 – 000, mtadeu@univap.br.

² Faculdade Estácio de Sá de Vitória – FESV/ Departamento de Fisioterapia, Rua Herwan
Modenesi Wanderlei, quadra 6, lote 1, Jardim Camburi, Vitória, ES, CEP.: 29090 – 640,
claudineifisio@gmail.com.

Resumo - Os autores relatam uma condição inédita na literatura científica, a ocorrência de um caso de ruptura completa do tendão do músculo redondo menor, em paciente sem história de trauma e lesão completa dos outros tendões do manguito rotador. Este é o primeiro relato de caso na literatura científica pertinente, desta forma alguns estudos devem ser iniciados para solucionar este tipo de alteração corporal.

Palavras-chave: lesões do manguito rotador, músculo redondo menor, relato de caso.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

Introdução:

O manguito rotador é constituído pelos músculos redondo menor, subescapular, supra-espinhoso e infra-espinhoso, sendo estes os estabilizadores dinâmicos da articulação gleno-umeral.

As lesões do manguito rotador são as maiores causas de dor no ombro e disfunção no membro superior na população acima dos 30 anos (MELL *et al.*, 2005). Sendo que no ano 2000 nos EUA os gastos para tratarem patologias do ombro chegaram a 7 (sete) bilhões de dólares. Onde as lesões do manguito rotador foram responsáveis por 10% dos quadros dolorosos e disfuncionais com persistência no ombro (MEISLIN; STITIK, 2005), com prevalência de 7 a 40% na população geral (ANDRADE; QUEIROZ, 2004).

As lesões do manguito rotador são ocasionadas por várias causas e dentre elas, temos a fragilidade do tendão do músculo supra-espinhoso com sua zona crítica, que alguns autores referem esta devido à área de anastomose entre os vasos derivados do osso, no ponto de inserção do tendão, e os vasos longitudinais derivados das arteríolas musculares, possibilitando uma região de fragilidade tecidual devido a baixo aporte sanguíneo (CHECCHIA; VOLPE NETO; CURY, 1994).

Vários são os autores que referem as lesões tendíneas do manguito rotador, separadamente ou em conjunto – na

terminologia clínica esta lesão é denominada de lesão maciça do manguito rotador. No caso das lesões maciças normalmente estas são oriundas de traumas que comprometem a cintura escapular, enquanto a lesão de um único tendão pode surgir devido a processo degenerativo (RODRIGUES; LOUZADA, 1994; REILLY; EMERY, 2000). Em lesões traumáticas da cintura escapular, comprometendo todos os tendões do manguito rotador – lesões maciças, e nos casos de lesões tendíneas de um ou dois tendões, os músculos subescapular e supra-espinhoso são mais citados como comprometidos, a literatura científica pertinente possui grande quantidade de publicações (REILLY; EMERY, 2000). Mas no caso de lesão completa e única do tendão do redondo menor e com gênese atraumática, não foi encontrado nas bases de dados científicas nenhum artigo que reportasse esta afecção.

Devido a esta carência de publicações sobre este assunto e o aparecimento de um caso de ruptura completa do tendão do músculo redondo menor atraumático, vêm se a relatar este caso.

Relato do caso:

Caracterização do Indivíduo – A.G.S., 54 (cinquenta e quatro) anos, engenheiro mecânico, branco, bom estado de saúde

geral, não possuindo nenhuma patologia sistêmica, relata não fazer uso de substâncias ilícitas nem medicamentosas. Realiza atividades físicas regularmente. Não possui nenhuma contra – indicação tanto relativa como absoluta a avaliação e terapêutica manipulativa fisioterápica.

Avaliação do paciente – Paciente chegou ao consultório fisioterápico referindo quadro doloroso no ombro esquerdo, sendo esta profunda, tendo dor ocasionalmente. Os sintomas iniciaram-se há 2 meses com retomada das atividades de lazer, pescaria. Evoluindo com piora progressiva. A queixa principal que o paciente relata é o quadro doloroso e a perda do movimento de elevação do membro superior esquerdo.

No exame objetivo (EXAME FÍSICO) foi encontrada a inspeção o ombro esquerdo inferiorizado em relação ao direito. Nos movimentos ativos o paciente teve perda

funcional bizarra. No movimento de abdução no plano frontal o paciente com 30° de amplitude de movimento (ADM) iniciou quadro doloroso e com 45° não conseguiu dar continuidade ao movimento devido à “fraqueza muscular” e aumento da dor. No movimento de abdução no plano escapular (que é a elevação do membro superior angulado 60° anteriormente em relação ao eixo látero-lateral) o paciente teve como ADM máxima 100° sendo impossibilitado pelas mesmas características do movimento anterior. Nos testes isométricos dos grupamentos musculares o grupo dos rotadores laterais do ombro (m. infra-espinhoso e m. redondo menor) demonstrou claramente alteração, pois pela Medical Research Council (MRC) para mensurar a força muscular apresentaram grau 3 (PARREIRA, 2005) e com grande quadro doloroso quando solicitado. Diferente dos outros grupamentos musculares (tabela 1).

Tabela 1 – Grupamentos Musculares e Testes Isométricos.

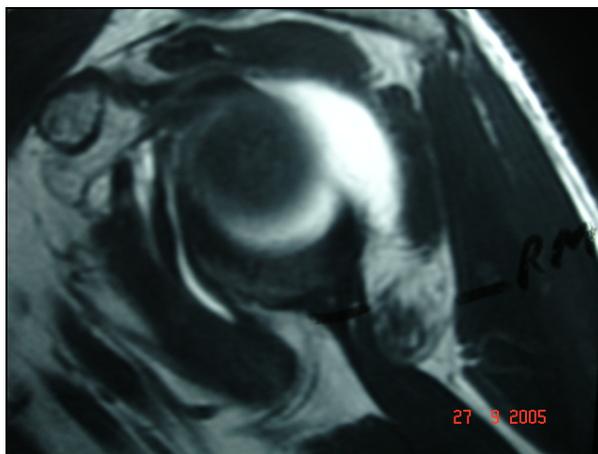
Grupamentos musculares/ Membro Superior	Direito		Esquerdo	
	dor	força muscular	dor	força muscular
ADUTORES (peitoral maior, latíssimo do dorso, redondo maior e menor)	ausente	5	ausente	5
ABDUTORES (deltóide, supraespinhoso)	ausente	5	presente	3
ROTADORES MEDIAIS (peitoral maior, latíssimo do dorso, redondo maior, subescapular)	ausente	5	ausente	5
ROTADORES LATERAIS (infraespinhoso, redondo menor)	ausente	5	presente	3
FLEXORES (coracobraquial, deltóide, peitoral maior)	ausente	5	presente	3
EXTENSORES (tríceps braquial, deltóide, latíssimo do dorso, redondo maior)	ausente	5	presente	3

Nos testes de movimentos passivos fisiológicos e acessórios das articulações da cintura escapular apenas na articulação acrômio-clavicular, quando realizado o deslocamento antero-posterior encontrou-se rigidez articular na sensação final.

No exame imagenológico de Arthro-Ressonância Nuclear Magnética fica claro a

lesão completa do tendão do redondo menor, com redução volumétrica e substituição gordurosa do ventre muscular maior que 75% (figura 1). Rotura parcial do segmento intramuscular do tendão do infra-espinhoso. Tendinopatia leve dos músculos supra-espinhoso e subescapular. Bursite sub-acromial e atrose acrômio-clavicular.

Figura 1 – Exame de artro-ressonância nuclear magnética evidenciando lesão completa do tendão do redondo menor e redução volumétrica e substituição gordurosa do ventre muscular maior que 75%.



Discussão:

A literatura científica pesquisada através de várias bases de dados, como PubMed, ISI Web of Science, Sciencedirect, OVID não forneceu artigos científicos que apresentassem algum caso de ruptura total do tendão do redondo menor por causa atraumática. A literatura pertinente relata lesão deste tendão conjuntamente a todos os outros tendões do manguito rotador, em casos de lesão maciça (RODRIGUES;LOUZADA,1994; ANDRADE;QUEIROZ, 2004) sendo que estas normalmente estão associadas a grandes traumas (ANDRADE;QUEIROZ,2004).

Devido à literatura científica ainda não fornecer relatos de casos e muito menos trabalhos científicos que apresentem esta

disfunção e discutam esta, existe uma imensa dificuldade em discutir sobre este caso, pois não são fornecidas pistas delineadas cientificamente sobre este assunto.

Conclusão:

Este é o primeiro caso relatado na literatura sobre lesão completa do tendão do músculo redondo menor, por causa atraumática e sem este tipo de lesão nos demais tendões do manguito rotador. Outros relatos de casos devem publicados para que o meio científico possa entender melhor esta disfunção, e estudos com delineamento adequado devem ser realizados em centros de referência destinados a atender pacientes acometidos por lesão do manguito rotador.

Referências :

ANDRADE, R. P. C. F.; QUEIROZ, B. C. Lesões do manguito rotador. **Revista Brasileira de Ortopedia**. V.39, n.11-12, p.621-636, 2004.

CHECCHIA, S. L. S.; VOLPE NETO, F.; CURY, R. P. L. Tratamento cirúrgico das lesões completas do manguito rotador. **Revista Brasileira de Ortopedia**. V.29, n.11-12, p.827-837, 1994

MEISLIN, R. J. S.; STITIK, T. P. Persistent shoulder pain: epidemiology, pathophysiology and diagnosis. **American Journal Orthopaedic**. V.34, n.12 suppl, p.5-9, 2005

MELL, A.; LASCALZA, S.; GUFFEY, P.; RAY, J.; MACIEJEWSKI, M.; CARPENTER, J.E.; HUGHES, R.E. Effect of rotator cuff pathology on shoulder rhythm. **Journal of Shoulder and Elbow Surgery**. V.14, n.1S, p.58S - 64S, 2005.

PARREIRA, S.L.S. Quantificação da força muscular e habilidades motoras de pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne, em tratamento com corticoterapia. Dissertação de Mestrado, USP, p.17, 2005.

REILLY, P.; EMERY, R. Full thickness rotator cuff tears.**Current Orthopaedics**.V.14, p.173-181,2000.

RODRIGUES, S. A. F., L. S.; LOUZADA, P. H. V. Transposição do latissimus dorsi para tratamento das lesões maciças do manguito rotador.**Revista Brasileira de Ortopedia**. V.29,n.9,p.638-643,1994.