



DISCINESIA DE ESCÁPULA

MELO, Marcelo da Câmara¹; KOHL, Leandro de Moraes²

Palavras-Chave: Escápula. Reabilitação. Fisioterapia.

INTRODUÇÃO

A Discinesia de escápula pode ser definida por alterações na posição e movimento da escápula, isso tem como consequência a falta de harmonia para o estímulo entre os músculos estabilizadores da escápula, principalmente o serrátil anterior e o trapézio. Essas alterações prejudicam o ritmo escápulo umeral e podem favorecer o surgimento de dores na região do ombro. (Oliveira, Valéria et al; 2013).

A escápula desempenha funções essenciais para o correto desempenho biomecânico dos membros superiores. Sua adequada ação é necessário para o bom funcionamento da articulação glenoumeral, em especial durante a elevação (abdução e flexão) do complexo articular do ombro acima de 90°. O movimento da escápula se dá em torno dos 3 eixos de rotação. No plano frontal, acontece rotação da escápula para cima e para baixo (de acordo com a orientação da fossa glenóide para cima e para baixo, respectivamente), no plano transversal, rotação interna e externa (fossa glenóide orientada para anterior e para posterior, respectivamente) e, no plano sagital, inclinação anterior e posterior (quando o acrômio desloca-se anterior ou posteriormente, respectivamente). A harmonia da escápula nestes três planos permite que o úmero se desloque com efetividade, por atuar como uma plataforma estável para a ativação dos músculos proximais, conseqüentemente, favorece na funcionalidade correta da articulação glenoumeral. (Bley, Andre et al; 2016).

Os movimentos da escápula e possíveis irregularidades nestes movimentos podem ser avaliados clinicamente através de uma escala subjetiva conhecida como escala de Kibler, em que os padrões de discinesia escapular foram classificados em três categorias que correspondem aos três planos de movimentos da escápula em relação ao tórax. Tipo I se caracterizado pela proeminência do ângulo inferior da borda medial da escápula. Tipo II pela

¹Aluno do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta RS, UNICRUZ.
E-mail: marcelocamara.melo@gmail.com

² Professor Assistente do Curso de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta RS, UNICRUZ. E-mail: lkohl@unicruz.edu.br



proeminência de toda a borda medial da escápula e tipo III pela translação superior da escápula e proeminência da borda medial superior da escápula.

A escala de Kibler é hoje considerada como referência para avaliação dos movimentos da escápula. As classificações tipo I e II estão comumente associadas a lesões labrais e a tipo III a lesões de manguito e síndrome do impacto. Geralmente esta avaliação clínica da escápula é feita pelo aspecto posterior do tronco. Deve se observar a escápula em repouso e durante a abdução do ombro no plano da escápula. Dessa forma, podem ser observadas anormalidades como rotação, alamento e/ou elevação das escápulas em relação ao gradil costal, assim como assimetrias e ritmo durante o movimento elevação e depressão do ombro. Apesar deste método de avaliação ser considerado clinicamente simples e de fácil execução, ele possui algumas limitações devido ao seu aspecto qualitativo e a dificuldade de classificação da escápula nos três planos de movimento apenas visualmente. (Kibler et al; 2009)

O objetivo desse estudo de caso é demonstrar a importância da abordagem terapêutica da escapula no processo de ganho de amplitude de movimento do ombro em um paciente com limitação de ADM.

METODOLOGIA OU MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa caracteriza-se como um estudo de caso realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Unicruz durante o estágio de ortopedia e traumatologia. A coleta de dados se deu mediante análise de prontuário com a autorização da supervisão geral do estágio do curso de Fisioterapia. Participou dessa pesquisa o sujeito A.M., 37 anos, gênero masculino, natural de Cruz Alta RS, policial militar do POE e salva-vidas na operação golfinho, para tratamento pós-cirúrgico de fratura no terço medial da clavícula resultante de uma queda de moto; na correção da lesão foi utilizado um fixador interno do tipo placa de *titanium* e parafusos.

O Paciente começou o tratamento com 2 meses de pós-operatório, realizando atendimento três vezes por semana, com duração de 50 minutos cada sessão o que totalizou 23 atendimentos. As 10 sessões iniciais tiveram como conduta terapêutica prioritária a mobilização de cicatriz, alongamento e fortalecimento muscular geral do ombro. Nessa fase o paciente relatou dores (moderadas a fortes) e não obteve um ganho significativo de ADM. A



partir disto se realizou uma nova avaliação onde se identificou a presença de uma discinesia escapular, sendo incrementada uma nova conduta terapêutica baseada em bandagem rígida, exercícios aliados à eletroterapia com corrente russa tendo como foco da abordagem terapêutica a alteração escapular. Ressalta-se que essa abordagem muda por completo os objetivos do tratamento uma vez que abandona os exercícios gerais, dirigidos para a musculatura do ombro e passa a se dedicar a alteração do posicionamento da escápula objetivando reduzir a dor e propiciar o aumento da ADM.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

No momento, não há normatização em relação ao posicionamento escapular em indivíduos saudáveis durante o repouso e também não existe um método que tenha aplicação clínica capaz de fornecer medidas relacionadas à posição escapular mais correta. Esse estudo foi realizado de forma objetiva, se propôs em analisar e identificar a causa das dores no ombro do paciente. Para avaliação foi usado o método Kliber, que é considerado clinicamente simples e de fácil execução, ele possui algumas limitações devido ao seu aspecto qualitativo e a dificuldade de classificação da escápula nos três planos de movimento apenas visualmente (Kibler et al., 2003).

Os resultados demonstraram uma discinesia escapular tipo 2, que além de ser a causa da dor no ombro apresentou uma diminuição da força dos estabilizadores escapulares, e ainda uma redução clara de funcionalidade no membro superior mesmo após analgesia. Para Fonsêca (2013), a dor no ombro é o 3º distúrbio musculoesquelético mais comum, atrás apenas das queixas algicas em região lombar e joelho.

Ficou claro que a nova proposta terapêutica visando a correção da discinesia foi muito mais eficiente que a proposta inicial. O paciente relatou que houve uma melhora na sua postura, percebida inclusive pela esposa e claro um ganho de ADM muito maior ao obtido com a primeira conduta. Esse ganho de ADM, associado à diminuição da dor e correção da postura foram fundamentais para o paciente uma vez que propiciaram que o mesmo volte a praticar natação atividade física importante para sua atividade laboral uma vez que ele participa da operação golfinho.

Assim como Bley (2016), no início, os exercícios propostos devem priorizar a estabilização escapular, para isso, são necessárias técnicas com intuito de manter a escápula



na posição desejada e alinhada, para assim evitar o impacto e manter as relações comprimento-tensão dos músculos. Cada progressão dos exercícios deve começar com um bom alongamento, que ajuda a manter uma postura correta, logo após se iniciaram uma sequência exercícios de fortalecimento dos músculos escapulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO

Após a realização das 23 sessões foi possível observar que o paciente obteve aumento da amplitude de movimento com a abordagem terapêutica que leva em consideração a discinesia escapular. Ficou clara a importância de se avaliar o posicionamento da escápula, pois ela influencia diretamente na ADM e no quando doloroso do ombro.

REFERÊNCIAS

- OLIVEIRA, Valéria Mayaly Alves et al; **Efeito do Kinesio Taping na dor e discinesia escapular em atletas com síndrome do impacto do ombro**; Rev. dor vol.14 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2013
- BLEY, Andre Serra et al; **Discinesia escapular: Revisão sobre implicações clínicas, aspectos biomecânicos, avaliação e reabilitação**; Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida | Vol.8| N°. 2 | Ano 2016| p. 2
- MIANA, Andreia Nogueira et al; **Discinesia escapular: avaliação clínica e análise cinemática tridimensional**, RBM Out 2009 V 66 pág 17-24 Edição Especial Ortopedia; Indexado Lilacs
- KIBLER, W. Ben, et al; **Scapular Summit 2009**, Lexington, Kentucky." journal of orthopaedic & sports physical therapy 39.11 (2009): A1-A13.
- FONSÊCA, Nina Teixeira et al; **Análise da força dos músculos estabilizadores da escápula em pacientes com dor no ombro**, Ter Man. 2013; 11(53):378-383
- KIBLER, W.B et al; **A.T.C. Scapular Dyskinesia and Its Relation to Shoulder Pain**. J Am Acad Orthop Surg, 2003.