

## Relato de caso

# Qualidade de vida de paciente com capsulite adesiva *Quality of life of patient with adhesive capsulitis*

Denise Danielle Martins da Silva\*, Flávia Renata Sônego Siqueira Marim\*, Neuseli Marino Lamari, D.Sc.\*\*

.....  
\*Fisioterapeuta, pós-graduada em Fisioterapia Músculo-Esquelética, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP,

\*\*Fisioterapeuta, Professora Adjunta, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

### Resumo

Capsulite adesiva é uma condição clínica da articulação glenoumeral, caracterizada por dor, rigidez articular fibrosa de origem capsular, muitas vezes relacionada a períodos de desuso do ombro, de evolução arrastada, associada ou não a outras doenças. É freqüente causa de dor e incapacidade funcional, sendo que a dor é a queixa mais freqüente nas afecções músculo-esqueléticas e esta por sua vez leva a incapacidade física. A imobilidade física produz redução da capacidade funcional, desta forma a precocidade para iniciar os procedimentos fisioterapêuticos é imprescindível, uma vez que o exercício é o estímulo fisiológico específico que aumentam a capacidade funcional e revertem a hipotrofia por desuso e a fraqueza muscular, se a intensidade, freqüência e duração apropriada são aplicadas. Este relato de caso teve como objetivo mensurar o impacto da doença na qualidade de vida do paciente utilizando o questionário *Medical Outcome Survey 36* e demonstrar que mesmo com o início da fisioterapia após a instalação da capsulite adesiva, ainda é possível reverter o quadro em longo prazo, bem como incentivar a precocidade da fisioterapia.

**Palavras-chave:** qualidade de vida, capsulite adesiva, dor, bursite, ombro.

### Abstract

Adhesive capsulitis is a clinical condition of the glenohumeral articulation, characterized by pain, fibrous articular rigidity from capsular origin, mainly related to periods in which the shoulder was not being used, with slow evolution and associated or not to other diseases. Pain and functional incapability are frequent, being pain the most common complain in muscle-skeletal illness, leading to physical incapability. Physical immobility results in functional incapability, therefore the precociousness to initiate physical therapy is essential, once the exercise is a specific physiological stimulus that increases functional capability and reverts the hypotrophy caused by the disuse and the muscular weakness, if the intensity, the frequency and the appropriate duration are applied. This case report aims to measure the impact of the referred illness in the patient's quality of life through the *Medical Outcome Survey 36* and demonstrates that even with the beginning of the physical therapy after the arise of the adhesive capsulitis, it is still possible to revert the presented state in the long term, as well as to encourage precocious physical therapy.

**Key-words:** quality of life, adhesive capsulitis, pain, bursitis, shoulder.

Recebido em 6 de janeiro de 2007; aceito em 10 de janeiro de 2009.

**Endereço para correspondência:** Flávia Renata Sônego Siqueira Marim, Rua São Paulo, 1122 Centro 15470-000 Palestina SP, Tel: (17) 3293 1938 / 9177 8470, E-mail: [fly\\_fisio@hotmail.com](mailto:fly_fisio@hotmail.com)

## Introdução

Capsulite adesiva é uma patologia do ombro doloroso, seu início é espontâneo e caracterizado por dor e limitação global progressiva do movimento ativo e passivo da articulação glenoumeral [1]. Acomete principalmente mulheres entre 40 à 65 anos, podendo ou não surgir de outros acometimentos do ombro, onde a cápsula inflamada pode tornar-se aderente à cabeça do úmero, ocorrendo contratura e retração, o que impedirá o movimento tornando a articulação rígida em uma determinada posição [2].

Ainda que a denominação ombro congelado continue sendo utilizada, capsulite adesiva deve ser preferida, por melhor definir essa peculiar condição clínica da articulação glenoumeral, caracterizada por dor, rigidez articular fibrosa de origem capsular, muitas vezes, relacionada a períodos de desuso do ombro, de evolução arrastada, associada ou não a outras doenças e que, em muitos casos, pode evoluir espontaneamente para a cura [3].

O diagnóstico da CA abrange capsulite adesiva primária que é caracterizada como idiopática, progressiva, com perda das atividades e movimentos passivos do ombro; capsulite adesiva secundária tem uma histopatologia similar, mas os resultados vêm de causas intrínsecas ou extrínsecas e secundária a uma rigidez no ombro ou a uma intervenção cirúrgica [4].

De acordo com a fase da doença capsulite adesiva é dividida em: 1) *fase dolorosa*, com diminuição gradual da amplitude de movimento da articulação glenoumeral, dor difusa, desuso do membro e substituição dos movimentos do ombro pela articulação escapulo-torácica; 2) *fase de rigidez*, onde há grave restrição dos movimentos de rotação externa, rotação interna e abdução, caracterizando a capsulite; e 3) *fase de congelamento*, havendo retorno gradual da mobilidade da articulação glenoumeral [2].

Alterações articulares progressivas da capsulite adesiva apresentam quatro estágios característicos: estágio I denominado pré-adesivo há reação inflamatória sinovial; estágio II denominado sinovite adesiva aguda, com sinovite proliferativa e início do colapamento das paredes dos recessos articulares e aderências da cápsula à cabeça do úmero; estágio III denominado maturação, onde há regressão da sinovite e franco colapamento do recesso axilar; no estágio IV denominado crônico, as aderências estão maduras e retraídas, restringindo fortemente os movimentos da cabeça do úmero em relação à glenóide [3].

Dentre as propostas terapêuticas mais utilizadas, encontram-se: reconstrução cirúrgica, precedida por manipulação sob anestesia; terapêutica medicamentosa; tratamento fisioterapêutico e distensão hidráulica associada à manipulação, seguida de tratamento fisioterapêutico. Quando há restrição da mobilidade, na presença ou não da dor, é recomendado o tratamento fisioterapêutico [2].

Os objetivos dos tratamentos existentes são alívio da dor e reestabelecimento da função normal do ombro, sendo

parte mais importante do programa de tratamento associado à participação ativa do paciente [5]. Fato comprovado por Ryans *et al.* [1], que identificaram a eficácia da fisioterapia para melhorar a mobilidade da articulação do ombro.

Neste contexto, em 1999, Neto [6] concluiu que somente a aplicação dos métodos fisioterápicos como a mobilização passiva da articulação, exercícios ativos assistidos e o ultra-som são eficazes no tratamento da CA, propiciando relaxamento muscular progressivo. E ainda, segundo Mulligan [7], a mobilização passiva oscilatória controlada (MPOC) é eficaz na analgesia quando empregada anteriormente ao alongamento pela seletividade do compartilhamento capsular mobilizado e pela atenuação dos mecanismos de retenção capsular.

Outro tipo de tratamento estudado na CA é o bloqueio do nervo supra escapular associado ao uso de corticóide, esse tipo de intervenção é realizado ambulatorialmente, com intervalos de três semanas, sendo que o resultado foi uma rápida diminuição da dor, e quanto ao movimento houve uma melhora na amplitude de movimento [8].

Dor é a queixa mais freqüente nas afecções do sistema músculo-esquelético. Esta, muitas vezes, deixa de ser apenas sintoma e torna-se o principal fator limitante da capacidade funcional e da qualidade de vida destes indivíduos [9].

Imobilidade produz redução da capacidade funcional que produzirá fraqueza e hipotrofia por desuso, e consequentemente a síndrome do desuso, que leva à incapacidade. Desta forma, no repouso prolongado um músculo perderá de 10% a 15% de força por semana e 50% em três ou cinco semanas. Em dois meses o volume do músculo poderá diminuir pela metade do tamanho original. Sendo o exercício é o estímulo fisiológico específico que pode aumentar a capacidade funcional e reverter à atrofia por desuso e a fraqueza muscular, se a intensidade, freqüência e duração apropriada forem aplicadas [10].

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1952, reformulou o conceito de saúde, como não somente ausência de uma doença, mas também presença de bem estar físico, mental e social. Vem crescendo atualmente, na comunidade científica, o interesse pela qualidade de vida. O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) a definiu como percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive. A qualidade de vida engloba pelo menos quatro aspectos: atividades da vida diária, função social, psicológica e habilidade de participar de atividades de lazer [11].

Avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) analisa aspectos considerados relevantes, particularmente a variável de *outcome measure* capaz de verificar o impacto da doença, saúde e tratamento. Indicadores de QVRS são multidimensionais, que permite várias condições de avaliação, quando na mesma doença apresentam diferentes níveis de saúde e de bem-estares físico e emocional. Uma das formas mais empregadas de avaliação são os questionários, que tem por finalidade transformar medidas subjetivas em

dados objetivos. O SF-36 (*Medical Outcomes Study 36*) é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, é um questionário auto-administrável, multidimensional, formado por 36 itens, com oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final é de 0 à 100, onde zero corresponde a um pior estado geral de saúde e cem a um melhor estado de saúde [12,13].

## Relato de caso

Homem, 61 anos de idade, caucasóide, operador de caldeira aposentado, portador de capsulite adesiva no ombro direito diagnosticada em 28/06/06. Foi encaminhado ao Serviço de Fisioterapia após dois meses do diagnóstico, neste período não realizou nenhum procedimento fisioterapêutico, apenas tratamento medicamentoso.

Aplicou-se o questionário para avaliação de qualidade de vida SF 36, que apresentou um escore de 5 para capacidade funcional, 0 de limitação por aspectos físicos, 30 de dor, 32 aspecto geral de saúde, 65 de vitalidade, 62 de aspectos sociais, 0 de aspectos emocionais, 60 de saúde mental.

Realizou-se a anamnese físico funcional pela inspeção, palpação, teste físicos, amplitude de movimento (ADM) e escala analógica de dor, que detectou dor à palpação, hipotrofia generalizada do membro, com limitação articular na abdução do ombro a 60°, adução a 15°, flexão de ombro a 45°, extensão a 15°, rotação externa a 15°, não realizava a rotação interna.

Iniciaram-se os procedimentos com a cinesioterapia passiva e ativo-assistida, com sessão presencial de 45 minutos, com frequência de três sessões semanais. Primeiras sessões: posição ortostática com exercícios ativos pendulares, repetidos por 20 vezes e duração de 10 segundos cada um, exercícios ativos de abdução, adução, elevação flexão, rotação interna e externa do ombro, respeitando-se os limites de dor, nas mesmas condições dos exercícios anteriores, e ainda cinesioterapia passiva: em decúbito dorsal o fisioterapeuta manipula passivamente o ombro, também nas mesmas condições dos exercícios anteriores. Paciente era orientado para realizar exercícios ativos domiciliares com as mesmas condições outra duas vezes ao dia. A escala analógica de dor no início totalizou um escore oito.

Após 20 dias realizou-se nova avaliação físico-funcional que identificou abdução do ombro a 90°, adução à 30°, flexão a 60°, extensão a 30°, rotação externa a 30°, e rotação interna a 15°. A escala analógica da dor totalizou um escore cinco. Foram mantidas as mesmas condutas fisioterapêuticas anteriores.

Após 40 dias apresenta abdução do ombro a 150°, adução a 45°, flexão a 80°, extensão à 40°, rotação externa à 40° e rotação interna à 45°. A escala analógica de dor totalizou um escore dois. A conduta fisioterapêutica foi mantida, sendo acrescentados exercícios de fortalecimentos com halteres de 500 gramas.

Após 60 dias de intervenção fisioterapêutica, houve ganho representativo na abdução de ombro a 180°, adução a 45°, flexão a 90°, extensão a 45°, rotação interna a 55° e rotação externa a 40°, estando portanto com a ADM normal do ombro, com a escala analógica de dor apresentando um escore zero. Atualmente realiza exercícios ativos e de fortalecimento do ombro com halteres de 1.000 gramas, para manutenção dos ganhos.

Aplicou-se novamente o questionário SF 36, que apresentou um escore para capacidade funcional de 100, limitação por aspectos físicos 100, dor 90, aspecto geral de saúde 32, vitalidade 90, aspectos sociais 100, aspectos emocionais 100, saúde mental 96, mostrando que depois da conduta fisioterapêutica houve uma melhora da qualidade de vida do portador de capsulite adesiva, ausência da dor e retorno normal as atividades de vida diária.

## Discussão

A cinesioterapia é relevante na reabilitação da CA, devido à condição clínica de dor e rigidez da articulação glenoumeral, muitas vezes relacionada a períodos de desuso do ombro, [3], que levará a redução funcional, incapacidade e inatividade que geram impacto na qualidade de vida do portador de CA, justificando a relevância do exercício precoce sendo ele um estímulo fisiológico específico que aumenta a capacidade funcional e reverte a atrofia por desuso e a fraqueza muscular, se a intensidade, frequência e duração apropriada forem aplicadas, visto as perdas da força e do volume do músculo no repouso prolongado ou imobilização [10].

Vários autores como Checchia *et al.* [8], Santos e Facci [2] citam técnicas invasivas para a capsulite ou associadas a outros procedimentos fisioterapêuticos. No entanto, verifica-se que a precocidade associada aos exercícios melhoram a qualidade de vida do portador de CA, visto que a dor e a rigidez limitam em muito a movimentação e que quando mais tempo imobilizado ou inativa a musculatura, pior o prognóstico.

No estudo de Ryans *et al.* [1], foi avaliado 4 grupos de pacientes portadores de CA, sendo que o grupo A recebeu 20 injeções de corticosteróides e 8 sessões de fisioterapia, o grupo B recebeu 20 injeções de corticosteróides, o grupo C recebeu 20 injeções de placebo e 8 sessões de fisioterapia e o grupo D recebeu 20 injeções de placebo. Concluíram que a aplicação de corticosteróides é eficaz para melhorar a mobilidade da articulação do ombro, já o tratamento fisioterapêutico melhora o grau de rotação externa.

Por outro lado, Mulligan [7] relata que a mobilização passiva oscilatória controlada (MPOC) é eficaz na analgesia quando empregada anteriormente ao alongamento pela selatividade do compartilhamento capsular mobilizado e pela atenuação dos mecanismos de retenção capsular.

Desta forma, no caso em questão, observou-se que a cinesioterapia é essencial para a atenuação da retenção capsular e da analgesia do membro afetado e que mesmo com o início

tardio da fisioterapia e após a instalação da deformidade, a efetividade da mesma na reabilitação funcional do membro afetado é essencial, sem a necessidade de procedimento invasivo como alguns autores citam.

No entanto, verifica-se na literatura pesquisada que a precocidade tem evitado as complicações causadas pelo desuso, afetando menos a qualidade de vida do portador da CA.

## Referências

1. Ryans I, Montgomery A, Galway R, Kernohan WG, McKane R. A randomized controlled trial of intra articular triamcinolone and/or physiotherapy in shoulder capsulitis. *Rheumatology* 2005;44:529-35. Santos AT, Facci LM. Tratamento fisioterapêutico da capsulite adesiva após distensão hidráulica e manipulação. *FisioBrasil* 2003;4(4):289-94.
2. Filho AAF. Capsulite adesiva. *Rev Bras Ortop* 2005;40(10):566-74.
3. Hannafin JA, Chiaia TA. Adhesive capsulitis. *Clin Orthop Relat Res* 2000;372:95-109.
4. Karatas GK, Meray J. Supraescapular nerve block for pain relief in adhesive capsulitis: comparison of different techniques. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83:593-7.
5. Neto CV. Fisioterapia na capsulite adesiva. *Fisioter Mov* 1999;13(1):49-59.
6. Mulligan B. The painful dysfunctional shoulder: o new treatment approach using "mobilization with movement". *NZ Journal of Physiotherapy* 2003;31:140-2.
7. Checchia SL, Doneux P, Martinez E, Garcia CM, Leal HP. Tratamento da capsulite adesiva do ombro pelo bloqueio do nervo supra-escapular, associado ao uso de corticóide. *Rev Bras Ortop* 1994;29(9):627-34.
8. Romano MA, Teixeira MJ, Oliveira PR. Dor em afecções reumatológicas. *Rev Méd* 2001;80(1):128-34.
9. Kothe FJ, Lehmann JF. Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen; 1994. p.1105-24.
10. Britto RR, Santos CFF, Bueno FF. Reabilitação pulmonar e qualidade de vida dos pacientes portadores de DPOC. *Rev Fisio Univ São Paulo* 2002;9(1):9-16.
11. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Reumato* 2003; 43(2):09-13.
12. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida (SF-36). *Rev Bras Reumato* 1999;39(3):143-9.