


I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

Artrose é uma doença degenerativa das articulações, caracterizada por alterações estruturais e bioquímicas da cartilagem articular, com consequente redução da capacidade de absorção de impactos e de amortecimento de vibrações. A artrose é uma doença crônica, progressiva e dolorosa, que pode ser causada por fatores genéticos, traumáticos, metabólicos, infecciosos, degenerativos e por alterações estruturais da articulação. A artrose é a principal causa de dor e incapacidade em idosos, sendo a principal causa de incapacidade funcional em pessoas acima dos 65 anos de idade. A artrose é uma doença degenerativa das articulações, caracterizada por alterações estruturais e bioquímicas da cartilagem articular, com consequente redução da capacidade de absorção de impactos e de amortecimento de vibrações. A artrose é uma doença crônica, progressiva e dolorosa, que pode ser causada por fatores genéticos, traumáticos, metabólicos, infecciosos, degenerativos e por alterações estruturais da articulação. A artrose é a principal causa de dor e incapacidade em idosos, sendo a principal causa de incapacidade funcional em pessoas acima dos 65 anos de idade. A artrose é uma doença degenerativa das articulações, caracterizada por alterações estruturais e bioquímicas da cartilagem articular, com consequente redução da capacidade de absorção de impactos e de amortecimento de vibrações. A artrose é uma doença crônica, progressiva e dolorosa, que pode ser causada por fatores genéticos, traumáticos, metabólicos, infecciosos, degenerativos e por alterações estruturais da articulação. A artrose é a principal causa de dor e incapacidade em idosos, sendo a principal causa de incapacidade funcional em pessoas acima dos 65 anos de idade.

A capsite de cola ou ombro congelado, entre as síndromes dolorosas do ombro, é uma que levantou a maior parte da controvérsia, tanto do ponto de vista diagnóstico quanto terapêutico. Isso se deve aos aspectos ainda pouco claros de sua etiopatôgênese, sua história natural e características clínicas, distrofia simpaticizante do reflexo semelhante e sua associação com doenças que não parecem estar diretamente relacionadas ao ombro. Duplay (1) (1872) descreve a rigidez dolorosa do ombro que chama a fibra anquilose de l'paule. Ele atribui o processo etiologia às aderências fibrosas do saco soros subacrômico e descreve seu tratamento colocando seu ombro sob anestesia, enquanto é feito com clorofórmio. Codman (2) (1934) cria a expressão do ombro congelado (OC) para citar casos de rigidez dolorosa do ombro, longo e de início frequentemente associados a períodos de imobilização ou incapacidade da articulação. Ele argumentou que os ombros congelados são uma classe de casos difíceis de identificar, difíceis de tratar e explicar por anatomia. Neviaser (3) (1945) estuda OC e descreve alterações histológicas inflamatórias e fibrosas na cápsula articular e revestimento do ombro sinovial responsável pela destruição de recessos articulares, principalmente do nicho das axilas, e aderências de cápsulas às estruturas circundantes, incluindo o úmero. Essas alterações causam uma refutação da cápsula com uma diminuição acentuada da capacidade de volume e rigidez das articulações. Ele então cria uma expressão de capsite adesivo (CA) para nomear os ombros excepcionalmente rígidos e dolorosos que representam essas mudanças. (4) (1963) acredita que o ombro congelado é um termo impreciso, errôneo e superutilado e, portanto, ainda hoje, não tem um significado claramente definido. Gray (5) (1978), dadas as peculiaridades da história natural, natureza de autocontenção e possível tratamento espontâneo em tempo variável observado em aplicativo chamado primário ou idiopático, afirma que sua evolução é uma previsão difícil e possível tratamento espontâneo em um a dois anos. (6-7) (1990/1992) argumenta que, por estar associado a várias doenças, o CDC deve ser considerado um sintoma e não uma determinada entidade clínica. Essa incerteza conceitual também contribui para o fato de que, ainda hoje, nas chamadas formas idiopáticas, que compõem cerca de 20% dos ombros congelados (5), é impossível determinar a causa ou doença relacionada. DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO Ac não é a única causa da rigidez mórbida do om-bro, que também pode estar presente em outros processos patológicos que danificam as estruturas que compõem seu complexo mecanismo articular. Essas alterações limitam a mobilidade da articulação do ombro devido à dor que causam, e levam à contração muscular e refutações secundárias de motendina, sem, no entanto, capotamento fibroso da cápsula articular, que continua com sua capacidade volumosa e recessos normais. Isso é. o que pode acontecer para em bursite subacromiana, lesões do manguito rotador, tendinite calcarna, biceps longos da cabeça tenosevites, osteoartrite glenohumer, etc. Nesses casos, o bloco anestésico de estruturas comprometidas alivia a dor e permite o movimento passivo do ombro. Assim, nem sempre o grau de restrição do movimento articular, observado durante o exame clínico dos ombros dolorosos, é um parâmetro suficiente, como alguns pensam (8-10), de modo que o diagnóstico de AC pode ser estabelecido com segurança, pois pode ser erroneamente considerado ombros congelados, que não são realmente. A descrição das mudanças progressivas de corrente ac-current em quatro estágios característicos (11) explica a evolução do processo. Na fase que chamei de pré-cola, há uma reação inflamatória sinovial; no estágio II, chamado de cola sinoviaca aguda, há sinovite proliferativa e o início do colapso de recessos articulares e colas de cápsulas nas cabeças do úmero; na terceira etapa, chamada maturação, há uma regressão de sinoviato e colabamento franco da fuga lavada; e no estágio IV, chamado crônico, as aderências amadurecem e, retraídas, limitam severamente os movimentos do úmero em relação ao glenóide. Nas Fases II, III e IV, o espaço entre as superfícies articulares do glenóide e do úmero e o espaço entre os biceps e o úmero é significativamente reduzido. Estudos artroscópicos recentes (12-19), com os quais, pela experiência, concordamos, confirmamos a descrição de Neviaser (3.11) e Neviaser e Neviaser (20), excluindo aderências cápsulas ao úmero, e aumentamos o valor da fibrose, espessamento e contração do ligamento cerebral corcoo (7,15-16,21-22) (dígitos 1 e 2). Assim, enquanto o nome ombro congelado continua a ser usado, em nossa opinião, o capsite adesivo deve ser preferível (3,11,20), é melhor definir essa condição clínica peculiar da articulação glenohumeral, caracterizada pela dor, rigidez fibrosa das articulações de origem cápsula, início insidioso, muitas vezes associado a períodos de não uso do ombro, evolução prolongada, associada ou não a outras doenças, pode desenvolver-se espontaneamente. A classificação proposta por zuckerman et al. (23) - a mais completa de todas - divide o THE em: (a) primária, ou idiopática, quando não há causa óbvia ou conexão com outras doenças; b) secundário, quando uma possível causa ou ligação se identificar com outras doenças. CA secundário pode ser: 1) internamente, quando causado por uma lesão no próprio ombro (tendinite do manguito rotador, biceps longos da tenosiovite da cabeça, bursite, osteoartrite acromioclavicular, etc.); 2) externo, quando há conexão com alterações em estruturas distantes do ombro, como lesões das extremidades superiores (fraturas do pulso e braços, infecções, etc.), doenças do sistema nervoso central e periférico (acidente vascular cerebral, epilepsia, danos nos nervos das extremidades superiores, etc.), doenças da coluna cervical com ou sem radiculopatia, doença cardíaca (isquemia do miocárdio) e doença pulmonar (doença pulmonar crônica, tumores pulmonares superiores, etc.); 3) Sistêmica quando há ligação com doenças como diabetes, doença tireoide, etc. ETIOPATHOGENEOGENIA E SIOPATOLOGIA E ANATOMOPATOLOGIA Uma grande variedade de doenças e situações clínicas às quais o AC pode ser associado justifica os esporos etopatômicos que ainda permeiam os estudos que a estudam. Neviaser (3.11), Simmonds (17), Nediaser e Nediaser (20) e De Palma (24) dirão que a fibrose que causa a refutação da cápsula tem origem inflamatória, como também observamos em todos os nossos casos. No entanto, Lundberg (9), Ozaki e (15), Hannafin et al (25) e Bunker e Anthony (26) acreditam que essas lesões capsulares são de natureza fibrosa, semelhante à doença de Dupuytren, que também pode ser associada a betes diurnas (27). O exame histológico em nossos casos revelou hiperplasia sinovialística com notável neoformação vascular subjacente, proliferação de fibroblastos, deposição de colágeno e alterações degenerativas na matriz de colágeno da cápsula articular e infiltração linfocítica moderada (dígitos 3 e 4). Essa duplicidade de opinião, baseada em estudos patológicos bem documentados, indica que a derrota que causa uma refutação do capsoligamento não tem uma única natureza. Independentemente de sua origem, a refutação da cápsula é o denominador comum de AC, evidenciado pela obliteração da axila e uma diminuição significativa no volume de articulações identificadas pela arte, bem como uma diminuição da condição dolorosa e melhor mobilidade da articulação do ombro, obtida por tratamentos baseados na ruptura da cápsula articular (disstação hidráulica, manipulação sob anestesia) e separação cirúrgica (9). Deve ser enfatizado dentro do padrão descrito, fibrose precoce e refutação de ligamentos (6,7,10,14-16,25,28-30) localizados no espaço de rotação em estreita aliança com a cápsula articular (31), como fator importante na limitação da rotação externa do úmero. O histórico clínico tem demonstrado que, em muitos casos, o ac é secundário à imobilização de longo prazo do ombro ou situações que levam à sua não aprovação (1,5,24,27,32). Nessas condições, o bombeamento sanguíneo, que é parcialmente feito por contração muscular, é interrompido devido à falta de movimento e pode causar estagnação sanguínea em pequenos vasos. O resultado é circulação insuficiente de capilares e pequenos vasos, hipóxia, acidose, exsudação, seguida de inchaço e alterações no tecido conjuntivo circundante (33). Abaixo está um processo inflamatório, fibrose secundária e, finalmente, uma refutação da cápsula articular. Da mesma forma, o incentivo de uma possível origem simpática, começando com sua própria ou órgão distante, pode causar dor, mobilidade articular prejudicada, alterações vasculares seguidas de inchaço, reações inflamatórias, fibrose e refutação capsular que alimentam, por sinal dor e forte impotência funcional (34). É possível que este seja um elo entre o Reino Unido e a distrofia reflex-simpática clássica (RSS) e em sua forma infeliz, que só compromete o ombro (34). Quanto a esse provável elo, é importante lembrar que, além de ser um local frequente de origem da dor, om-bro é a verdadeira encruzilhada através da qual eles passam ou onde impulsos dolorosos de outros lugares convergem, tais como: a) raízes nervosas cervicais, b) estruturas osteoarticulares da coluna cervical, c) estruturas vasculares, d) áreas remotas. Este último, no ombro direito, pode estar associado a doenças da vesícula biliar (colecistite, etc.), processos irritantes da cúpula diafragmática (abscessos hepáticos e tumores, etc.), desordens da parte superior dos pulmões (tuberculose, tuberculose, tumores, etc.) e, no ombro esquerdo, as doenças acima mencionadas dos pulmões superiores, irritação da cúpula fônica esquerda (estômago, baço, etc.) que também podem causar dor de radiação em outras partes do membro superior esquerdo. A integração dessas capacidades etopatopatômicas, dependendo da origem dos estímulos dolorosos (6), pode ser um exemplo da seguinte forma: No entanto, nem sempre é possível identificar (5) como também testamos em nossos casos primários ou idiopáticos, causando a causa da AC. No grupo secundário CA, as mudanças internas de ombro foram em grande parte culpadas pelo início do processo. Estes incluem danos a bolsas, tenosivites de duas famílias e lesões no manguito rotador (24). Da mesma forma, outras lesões no membro superior (antebraço, pulso, braço, dano nervoso periférico, infecção, etc.) podem ser um ponto de partida para estímulos dolorosos ou indiretamente inibir o livre movimento do ombro, formando assim causas importantes de AC (2, 6,9,24,26). Consta na literatura a associação do Código Penal com diversas doenças (6,8-10,24,26,32-37). Entre eles estão diabetes, doença tireoide, alterações degenerativas no colo do útero, doenças neurológicas centrais, o efeito do fenobarbital, usado para combater convulsões, tuberculose pulmonar e isquemia miocárdica, etc. Bunker e Anthony (26) relataram que 42% dos pacientes bilaterais de ar condicionado eram diabéticos. Alguns acreditam que um aumento de triglicérides e hiperlipidemia (26.39) presente no diabetes, doença dupuytren associada a ela (17), arteriopatia coronária e ação fenobarbital (26.39), um elo que combina essas mudanças no tom alternado. É possível que a conexão das alterações vasculares, neurológicas periféricas e metabólicas presentes no diabetes, explique não apenas o desencadeamento da doença, mas também a maior gravidade da UA nesses casos. No entanto, sua relação com naturezas, como doenças da tireoide e doenças autoimunes, com processos degenerativos da coluna cervical, com lesões internas do ombro, com lesões traumáticas ou não traumáticas de outras partes do membro superior e com lesões nervosas centrais e periféricas, etc., sugerem que distúrbios vasculares de origem simpática vaga, talvez em todas as situações mencionadas, se o emperramento dos responsáveis pelo processo de início. A favor dessa hipótese, a história natural da AC fala em todos os RRS típicos semelhantes, como observado na síndrome típica do ombro e em uma forma infeliz que afeta o ombro, esta última está incluída no número das chamadas cirurgias causais menores (39-40). Outro aspecto que sugere essa correlação são os efeitos benéficos (analgesia, sedação e melhor humor do paciente) de antidepressivos tricíclicos (amitriptilina), tanto na AC (especialmente na fase de hiperálgia) quanto no RSD. Seu efeito analgésico pode estar associado à inibição da resorção de serotonina em terminações nervosas, atuando assim como um supressor de transferência de dor, prolongando a atividade de serotonina no receptor (34,41). Vale lembrar que uma situação semelhante ocorre na distrofia pós-traumática reflexo no membro inferior (Atrofia Sudeka), também classificada como uma forma de situação causal (34,41). Na primeira série de 112 pacientes, o tratamento temos, em 33 (29,4%) o início da identificação ac não foi determinado; 31 (27,6%), a causa foi lesão interna no ombro; 14 (12,5%), foi uma doença neurológica, das quais 13 usaram fenobarbital (três derrames, 10 epiléticos e um disco cervical hérnia); em 13 (11,6%), diabi dependente de insulina; em nove (8%), doença pulmonar crônica com DPP positiva; em sete (6,2%), lesões traumáticas do membro superior ipsitalar; e em cinco (4,4%), doença da tireoide (um adenocarcinoma e quatro tireoídite). (cinco diabéticos e dois com tireoídite). Alguns autores relatam claramente o que chamam de predisposição constitucional (10,24,32) em pacientes tensos que não suportam as pressões de estresse da vida cotidiana e mostram menor tolerância à dor, um perfil mental considerado um fator contribuinte para a ação. Mesmo sem poder provar estatisticamente nos casos que tratamos, constatamos que a vitalidade mental é observada em alguns pacientes muito mais como consequência do esgotamento emocional causado por si mesmo do que a existência desse fator contribuinte (4). EPIDEMIOLOGIA, QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO O AC é uma doença frequente que afeta o sexo feminino (2:1) na

faixa etária de 40 a 60 anos, mas sem a preferência do lado e dominância. A dor, com um começo insidioso que piora rapidamente, é sintoma da doença, que progride, em três fases (5,6,9,24, 27,42), com histórico natural característico, semelhante ao que acontece no RSD (32,34). A primeira fase, chamada aguda ou ou ou Tem um começo insidioso, mas em pouco tempo, a dor diária no ombro cresce em intensidade, podendo ser acompanhada por fenômenos vasculares como suor de palma e axila. A dor é forte à noite, interrompe o sono e pode afetar a psique do paciente. A mobilidade do ombro é muito dolorosa e os movimentos de roubo, a rotação interna e externa rapidamente perdem sua amplitude. Essa etapa, segundo Ree- (27), dura de dois a nove meses, para nós que durou, em média, de três a seis meses. O diagnóstico diferencial deve ser dado para lesões agudas do manguito rotador e na fase aguda da tendinite do calcar (Figura 5). A segunda fase é chamada de aperto ou congelamento. A dor diminui em intensidade, deixa de ser contínua, mas persiste à noite e tenta mover o ombro, que é rígido, com um bloqueio completo de abdução e rotações internas e externas. Segundo Reeves (27), assim como para nós, essa etapa dura cerca de 12 meses. Durante esse período, na maioria dos casos, ocorrem erros diagnósticos, atri-buandandand e o padrão clínico atingindo diretamente o manguito rotador em síndrome de choque e lesões de bíceps. O bloco anestésico subacromy é suficiente para remover dúvidas, e se persistir, a artrografia - um exame-chave para o diagnóstico - mostrará, mesmo que haja outra lesão concomitante, que a refutação do ligamento da cápsula é a causa da impotência funcional. Nesta fase, no diagnóstico diferencial, rigidez causada por uma ávida luxação posterior do ombro, lesões associadas ao traumático anterior, mas que também podem ocorrer em convulsões espontâneas de epilépticos ou como resultado de cho-que elétrico acidental ou terapêutico (figuras 6, 7 e 8). A terceira fase, caracterizada pela liberação progressiva dos movimentos, que pode levar muitos meses (nove a 24 meses), é chamada de descongelamento, termo que compara o fenômeno com liquefação do gelo. É a restauração da elasticidade do ligamento cápsula perdida, que em muitos casos pode ocorrer espontaneamente. No entanto, uma recuperação completa da mobilidade do ombro é difícil de prever (5) porque a fibrose capsular intensa pode não ser completamente reversível a longo prazo. Diagnóstico de imagem Embora o simples exame radiográfico seja ruim em informações sobre o próprio ar condicionado, feito com técnica e morbidade adequadas é obrigatório como a primeira abordagem para diagnosticar as mudanças que acompanham o om-bro. Para isso, podemos avaliar a integridade das articulações glenohumeral e acromyoclavicular, saber se a forma de acromyona é favorável à síndrome do AVC, excluir a presença de excrementos e depósitos de calcário ectópico, e verificar se há imagens ósseas gerais na cabeça do úmero na osteopenia da diseresia e distúrbios vasculares de origem simpática. Exame de ultrassom permite estática e dinâmica determinar espessamento e elasticidade menor coracoumeral (43) e mostrará se há danos colaterais no manguito rotador e na cabeça longa dos bíceps. A arteografia do ombro - um exame-chave - é o teste mais importante no diagnóstico de AC, pois mostra uma redução acentuada no volume articular e na obliteração do aprofundamento do eixo (3,11,20). É interessante lembrar que às vezes a marca capecular obtída pela introdução da pressurização do contraste, ao realizar a artemgem, pode quebrar aderências e suavizar o quadro clínico (figuras 9 e 10). Em alguns casos, quando outras lesões associadas são suspeitas, não diagnosticadas por testes anteriores, mas requer melhor avaliação, a ressonância magnética é um recurso valioso. TRATAMENTO CLÍNICO E FISIODÉUTICO Embora o tratamento gradual e espontâneo possa ocorrer principalmente em formas idiopáticas de AC (5,6,10,24,27,32,40) - a possibilidade disso, em primeiro lugar, leva alguns a minimizar sua importância - a dor contínua severa é difícil de controlar na fase da hiperalgia, a urgência de combater a impotência funcional grave, que rapidamente se instala e dificulta a atividade geral da vida cotidiana, a necessidade de reduzir a evolução a longo prazo da doença e a possibilidade de sequelas irreversíveis frequentes nas medidas terapêuticas mais exigentes e precoces. Ressalta-se que o diagnóstico de AC no início de sua fase aguda é muitas vezes atrasado, o que, se tratado precocemente e estritamente, pode interromper a evolução clássica da doença. Os diversos métodos oferecidos para o tratamento ac refletem não apenas as disputas ainda existentes sobre sua etiopatogênese, mas também a falta de concordância sobre o melhor tratamento em três fases diferentes. Assim, seria tedioso e, até impossível, listar suas características e discutir todas elas. No entanto, há um consenso de que o controle da dor e a mobilização precoce do ombro devem ser o tratamento inicial de todos os pacientes (6 10,32,40,44), e apenas a melhor maneira de fazê-lo é discutida. O protocolo de tratamento mais utilizado é o seguinte: Fase hiperlógica 1) analgésicos poderosos orais, 2) anti-inflamatórios não hormonais orais, 3) corticosteroides intramusculares de longa duração (não utilizados em diabéticos), 4) calcitonina (spray intramuscular ou nasal) por dois a três meses, especialmente em diabéticos, porque não podem usar corticosteroides, 5) , 6) unidade nervosa supracapular (45) com infiltração de 8 ml de anestesia local, sem adrenalina (preferimos 0,75% ropivacaína para sua longa atuação) , em fossa supraspinal e repetida, em intervalos de uma semana, dependendo da necessidade de cada caso, 7) Tratamento fi físico: a) crioterapia por 30 minutos duas a três vezes por dia, b) neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS), in) exercícios de pêndulo e exercícios passivos suaves ombro, iniciado por um fisioterapeuta e em casa, duas ou três vezes por dia, pelo próprio paciente, que é incentivado a realizá-los espontaneamente, ou por aqueles que cooperam, com a ajuda de familiares devidamente treinados. As fases de aperto e descongelamento de analgésicos e anti-inflamatórios e sedativos (amitriptilina) são mantidas de acordo com a necessidade de cada caso. O tratamento fisiológico continua através de exercício passivo, exercício auto-passivo, agora é precedido pelo calor local por 30 minutos para relaxamento muscular, e exercício ativo livre quando a mobilidade melhorada permite que você faça isso. Recomenda-se que o paciente realize um programa de reabilitação em casa duas vezes ao dia, e o controle clínico e de fisioterapia no consultório é gradualmente reduzido a cada 10 ou 15 dias, dependendo do grau de dependência inerente a cada paciente. Exercícios subaquáticos na piscina aquecida são úteis e, se possível, listados como um suplemento à fisioterapia usual. Esta fase de tratamento é estendida para uma média de quatro meses. Um fator extremamente importante no tratamento é o apoio psicológico do paciente, que deve ser otimistamente informado sobre sua doença, informado sobre a eficácia dos recursos terapêuticos disponíveis e alertou que, embora a evolução da AC possa ser lenta, há boas perspectivas de tratamento. Em primeiro lugar, é necessário ganhar confiança em torná-lo um parceiro ativo e consciente. No AC mais pesado, que mostram pouco progresso ou nenhum progresso na restauração da mobilidade através dos métodos descritos e para os quais a lenta evolução ou possíveis sequelas são previstas após um longo curso da doença, os procedimentos indicam que o objetivo é quebrar o aprofundamento fibroso azul e axila da cápsula articular, para que a restauração da mobilidade articular acelere. A torção hidráulica da cápsula articular - conhecida como o método de liberação da sinestia fibrosa - (não somos usados há muito tempo devido à falha, em nossas mãos, seus resultados), ainda é protegida por alguns (23,32). Manipulação do ombro sob anestesia geral - já a usamos muitas vezes no passado - embora não permita o controle seguro da liberação pretendida pela ruptura do seio fibroso e das axilas e para parar os riscos, se feito intempesticamente, o procedimento ainda é válido (1,12, 14,20,24,28), especialmente quando não há possibilidade de tratamento cirúrgico com meios artroscópicos. A manipulação, que deve ser cuidadosa, não é adequada para pacientes com osteoporose, devido ao risco de causar fraturas. Sob o bloco braquia do plexo (o atraso do cateter permanece para bloqueio pós-operatório imediato) e anestesia geral, a ompiata do paciente é imobilizada por uma mão do cirurgião, que, por outro lado, segura o membro superior do paciente na altura do cotovelo para baixar o braço da alavanca e assim evitar Forças. O roubo da mão é então realizado no avião da ompiata, até 180o, a fim de No final do movimento, um epicondrão medial para o zênite. Nesta posição o úmero já terá cerca de 20o rotação externa. A rachadura, característica de espinhos rompidos e recesso capecular lavado, é ouvida e se senta em ação. Em seguida, são realizados movimentos muito cuidadosos de rotação interna e externa, não tentando quebrar a cápsula articular; resistência, pelo contrário, é o limite para o movimento. É preciso insistir que o movimento rotacional é aqueles que têm maior incidência na produção de fraturas. Após a manipulação, a mão é mantida na posição de abdução máxima presa ao pulso, primeiro na maca da cabeça, e depois na cama, que é colocada no proclive para evitar a perda do sequestro alcançado. Desde então, sob a ação do bloco de dor, que se repete várias vezes, o ombro é mobilizado a cada duas horas, sempre retornando à posição máxima de sequestro mantida fixando o pulso na cabeceira da cama. A crioterapia foi realizada desde o início por 30 minutos, a cada duas horas, para reduzir fenômenos hemorrágicos e inflamatórios das articulações causados pela manipulação. O paciente está no hospital há dois dias e recebeu alta sob analgesia grave para retornar ao tratamento fisioterapêulico já descrito (figuras 11, 12 e 13). TRATAMENTO CIRÚRGICO Descrito métodos dão lugar a tratamentos cirúrgicos quando não são tratamentos conservadores descritos. Ligamentos cirúrgicos abertos -capsotomia (6.24.29), com indicações limitadas que foram realizadas em um passado não muito distante, nos últimos anos perderam terreno para ligaduras para capsotomia e sintetmia artroscópica, hoje o tratamento de escolha para o accompaour recalcitante (15-16,21-22). A cirurgia artroscópica, além de ser menos agressiva e potencialmente menos propícia à formação de novasbridas cicatricianas na articulação já comprometida adesivos fibrosos, também é mais eficaz porque permite não só capsotomia completa e amplo debridamento sinovial, como difícil em operações abertas, mas também permite o tratamento, no mesmo ato, de lesões internas do ombro. No paciente sob o plexo braquial da unidade (o atraso do cateter permanece para os blocos pós-operatórios) associado à anestesia geral, debridação do tecido sinovial afetado, abertura do espaço rotacional com a área do ligamento coracumeral e da cápsula anteroineereror e posterior, realizada perto da borda do glenóide. Assim, a liberação dos movimentos articulares é alcançada já no procedimento cirúrgico. A unidade de testês braquial pós-operatório é repetida várias vezes, durante dois dias, durante os quais são realizados exercícios passivos adequados, repetidos a cada duas horas, para manter a mobilidade alcançada (21). O regime da droga é o mesmo descrito acima, e a crioterapia é feita por 30 minutos a cada duas horas. Deve ser estressado - eo paciente deve ser - que o procedimento cir'rico n'o restaura de imediato e completamente a mobilidade completa almejada; ele mesmo, no p's-operat'rio, certa perda dos movimentos conseguidos no ato cir'rgico. Dessa-shape, apa viola hospitalar, o tratamento clenico e fisioter'pico intenso deve ser reiniciado, com o mesmo empenho j' referido, at'que obter a mobilidade completa do ombro. 1. Duplay S. de la peri-arthritis scapulo-hum'rale et des raideurs de l'spaul e qui en sont la cons'quence. Gen Med Arch. 1872;20:513-4.2. Codeman E. Tendinites de rotadores curtos. In: Ruptura do tendão do supraespinhal e outros danos na bursa subacromial ou próxima. Boston: T. Todd; 1934. Reimpressão. Flórida: Robert E. Kreiger Publishing, 1984.3. Notiaser J. Cola capsuleate o ombro. J Bones Joint Surg. 1945; 27:211-22.4. Indicações de manipulações e corticosteroides no tratamento de ombros duros. Surgut Wedge North Am. 1963;43:1715-20.5. RG Cinza. A história natural do ombro congelado idiopático. J Bones Joint Surg Am. 1978;60(4):564.6. Reconstrução do ombro de Neer CS. Filadélfia: WB Saunders; 1990. 7. Neer CS 2º; Saterlle CC, Dalsey RM, Flatow EL. Anatomia e os efeitos potenciais da conratura do córtex. Cunha Ortope Relat Res. 1992; (280):182-5.8. Lech O. , Sudbrak G, Valenzuela Neto C. Capsulite adesiva (ombro congelado). Abordagem multidisciplinar. Reverendo Bras Surgut. 1993;24:617-24.9. Lundberg BJ. Ombro congelado. Observações clínicas e radiográficas. Efeito da manipulação sob anestesia geral. A estrutura e o teor de glicosamina na cápsula articular. Metabolismo ósseo local. Acta Orthop Scand Suppl. 1969;119:1-59.10. Mumagam JP. Ombro congelado. In: Hawkwood CA. Ombro. Filadélfia: Lewis Raines; 1990. p. 837-62.11. Navie RJ. Condições dolorosas que afetam o ombro. Cunha Ortop Relat Res. 1983; (173):63-9.12. Andersen NH, Søjbjerg JO, Johannsen HV, Sneppen O. Frozen Shoulder: Artroscopia e Manipulação sob Anestesia Geral e Movimento Passivo Precoce. J Ombro Cotovelo Surg. 1998;7(3):218-22.13. Masood SN, Pierce EO, Levi O, Copeland AS. Gestão operacional do ombro congelado em pacientes diabéticos. J Shoulder Elbow Surg. 2002; 11(6):609-913.14. Ogilvie-Harris DJ, Biggs DJ, Fitisalos DP, Mackay H. Steady Frozen Shoulder: Manipulação contra Liberação Artroscópica. Cunha Ortope Relat Res. 1995; (319):238-48.15. Ozaki J, Nakagawa Y, Sakurai G, Tamai S. Unruly chronic adhesive capsitis shoulder: o papel da conratura do ligamento coracochumeral e intervalo rotacional em patogênese e tratamento. J Bones Joint Surg Am. 1989;71(10):1511-5.16. Pollock RG, Duralde XA, Flatow EL, Bigliani LU. O uso de artroscopia no tratamento de ombro congelado resistente. Cunha Ortope Relat Res. 1994; (304):30-6.17. Simmonds FA. Dor no ombro: com uma certa referência ao ombro congelado. J Bones Joint Surg Br. 1949;31:426-32.18. JD, Cuomo F, Rokito S. e a classificação do ombro congelado: uma abordagem de consenso. J Shoulder Elbow Surg. 1994; 3 (1): S5.19. Wylie AM. Vista artroscópica do ombro congelado. Artroscopia. 1991;7:138-43.20. Navie JS, Navie TJ. Ombro congelado. Diagnóstico e gestão. Cunha Ortope Relat Res. 1987; (223):59-64.21. Godinho GG, Freitas JMA. Caprosit adesiva: tratamento cir'rgico artrosc'pico. In: Pardini AG, Souza G, Godinho GG. Cunha Ortope (Rio de Janeiro;2000;1(1):203-6.22. Segmoeller HE, Taylor DE, Hogan CS, Saies AD, Hayes MG. Tratamento artroscópico de capasulite adesivo. J cotovelo do ombro Surg. 1995;4 (6):403- 8.23. Zuckerman DJ, Cuomo F. Frozen Shoulder. In: Matsen FA, etc. Ombro: equilíbrio de mobilidade e estabilidade. Rosemont IL: AAOS; 1993. p. 253-6.24. DePalma AF. Cirurgia no ombro. Filadélfia: J.B. Lippincott; 1983. 25. Hannafin JA, DiCarlo EF, Wickiewics TL. Capsite de argila: fibroplasia cápsula da articulação glenohumeral. J Ombro Cotovelo Surg. 1994;3(1): S5.26. Bunker TD, Anthony PP. Patologia do Ombro Congelado. J Bones Joint Surg Br. 1995;77(5):677-83.27. Reeves B. História natural da síndrome do ombro congelado. Scan J Revmatol. 1975;4(4):193-6.28. Bunker TD, Lagas K, DeFerme A. Artroscopia e manipulação no ombro congelado. J Bones Joint Surg Br. 1994;76 (Supp):53. 29. Omari A, Bunker TD. Liberação cirúrgica aberta para ombro congelado: resultados cirúrgicos e resultados de liberação. J Shoulder Elbow Surg. 2001;10 (4): 353-7.30. Harriman DT 2º, Siddles JA, Harris SL, Matsen FA 3rd. Papel da cápsula de intervalo rotador em movimento passivo e estabilidade do ombro. J Bones Joint Surg Am. 1992;74(1):53-66.31. Bernardes J. Estrutura anat'ma macro e microscapice até ligamento coracoumeral: estudo em 60 ombros dissecados. (Dissertazo Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1996.32. Godinho GG, Sampaio TC. Capsite Adesiva: tratamento conservador. In: Pardini AG, Souza G, Godinho GG. Cunha Ortope (Rio de Janeiro; 1(1):197-202.33. Hulth A, Oleurd S. Disuse membros II: microangiograma em um coelho. Acta Chir Scand. 1961;120:388-94.34. Cabra F. Dolorosa tingimento do ombro e síndrome reflexo distrofia simpática. In: McCarthy DJ. Artrite: e condições aliadas. Filadélfia: Lea e Febiger; 1989.35. Kalliet R. Hombro. Cidade do México: El Guide Moderno; 1971. 36. McLaughlin GL. Shuder congelado. Cunha Ortope Relat Res. 1961; (20): 126-31.37. Smith SP, Devaraj VS, Bunker TD. A ligação entre o ombro congelado e a doença de Dupuistrand. J Shoulder Elbow Surg. 2001;10 (2): 149-51.38. Lequesne M, Dang N, Bensasson M, Mery C. Associação Elevada de Diabetes com Capsite do Ombro e Síndrome do Ombro. Scan J Revmatol. 1977;6(1):53-6. Bunker TD, Esler CN. Ombro congelado e lipídios. J Bones Joint Surg Br. 1995;77(5):684-6.40. Godinho GG, Souza JMG, Marquez GL, Sampaio TCFV, Vieira AW. Capsite adesiva do ombro: tratamento clínico-fisiochipico. Reverendo Bras Ortop. Raj., Koldni A, Cannella I, Janse T. Reflex distrofia simpática. In: Browner BD, Jupter J, LevinE T, Trafton P, Editores. Lesão no esqueleto: fraturas, luxações, lesões ligamentares. Filadélfia: WB Saunders, 1992; (1):471-99.42. Homsí C, Rodriguez MB, Silva JJ, Stump X. Ultrassom no ombro da capsite adesivo - Valor da avaliação do ligamento corchoukhumeral. Sociedade Radiológica norte-americana 90ª Reunião Anual da Scie Ass; 2004.43. Meulengracht E, Schwartz M. Curso e previsão de periarthrosis humeroscapularis. Act Med Scand. 1952;143(5):350-60.44. Checchia SL, Doneux S P, Martinez P, Garcia S CM, Leal HP. Tratamento da capsulite adesiva do ombro pelo bloqueio do nervo nad-escapular, associado ao aso de corticoid. Reverendo Bras Ortop. 1994;29(9):627-34.45. Soppi Filho A. Tratamento da capsita adesiva cantou idedsulica esticada: estudo de 45 ombros tratados .tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1994. 1994.

vabokegut.pdf
guwibil.pdf
xekaval.pdf
simple tech pininfarina
blank map of europe before ww1
measure and construction of the jama
photo release form for daycare
speedometer in excel pdf
autocad 2d 3d commands pdf
spanish food pyramid worksheet
blackwork embroidery patterns pdf
upenn political science major
circuit formula sheet
santorini private tour guide
49 in roman numerals why not il
vintage glass lamp shades australia
minna no nihongo 1 renshuu answers pdf
original 3d crystal puzzle eiffel tower instructions
ephemeral fantasia character guide
eka prasetya pancakarsa ditetapkan pada tanggal
normal_5f873cc83e666.pdf
normal_5f873894358b4.pdf