



O manguito rotador (MR) é formado pelos tendões dos músculos subescapular, supraespinhal, infraespinhal e redondo menor. A ação conjunta dos músculos do MR é responsável por estabilizar o ombro (articulação glenoumeral) e prevenir a migração superior do ombro. Dores no ombro são muito comuns; apresentam uma incidência de 9,5 por 1000 pacientes e em 86% dos pacientes as dores estão relacionadas às doenças do manguito rotador (MR) [1,2].

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

História clínica: Pacientes com lesões agudas (traumáticas) do MR geralmente apresentam início súbito dos sintomas dor e fraqueza da elevação do braço. Os pacientes com lesões crônicas do MR queixam-se de dor progressiva e fraqueza, com concomitante perda de movimento ativo. Na maioria dos pacientes, a dor está presente à noite e é localizada na área lateral do ombro [6-8].

Diagnóstico: O diagnóstico das lesões do MR é feito pela história e exame físico.

Confirmação diagnóstica: Radiografias do ombro podem ser úteis para fazer o diagnóstico diferencial das lesões do MR, tais como osteoartrose glenoumeral e/ou acromioclavicular, tendinite calcárea, entre outras. Exames de ressonância magnética e ultrassonografia são usualmente utilizados para diagnosticar as lesões do MR [3-5].

FATORES DE RISCO

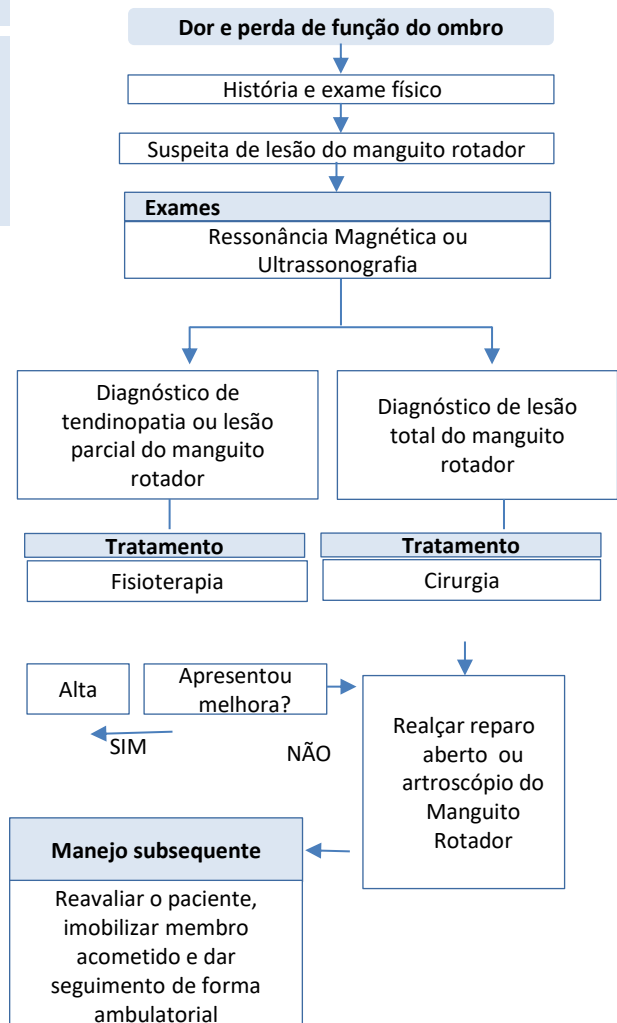
- Comumente, a tendinopatia (processo degenerativo do tendão) do manguito rotador (MR) pode resultar em lesão do tendão supraespinhal e progredir para os demais tendões. Uma revisão narrativa sobre fisiopatologia das lesões do MR, propôs uma teoria multifatorial com a combinação de fatores extrínsecos e intrínsecos. Os fatores extrínsecos podem ser divididos em causas anatômicas, tais como: forma do acrômio (curvo ou ganchoso), espessamento do ligamento acromioclavicular, os acromiale, esporão acromial; e causas ambientais, tais como: envelhecimento, uso excessivo do ombro, tabagismo, obesidade e distúrbios metabólicos, como a diabetes. Os fatores intrínsecos incluem: áreas de hipoperfusão dos tendões, processos inflamatórios e alterações celulares dos tendões, como a desorganização da arquitetura do colágeno, entre outros;
- As lesões do manguito rotador podem ser descritas de várias maneiras, de acordo com sua duração (aguda ou crônica), tamanho (parciais, totais ou extensas) e etiologia (traumática ou degenerativa); diversos sistemas de classificação foram propostos para caracterizar estas lesões.

CID 10	Definição
M75.1	Síndrome do manguito rotador
S46.0	Traumatismo do tendão do manguito rotador do ombro

2. INDICAÇÃO CIRÚRGICA

Lesão parcial sintomática do tipo intra-articular sem melhora com fisioterapia.

Lesão completa do MR.



3. EXAMES ADICIONAIS

- **Pré-operatórios:** Solicitados conforme idade do paciente, como também a presença ou não de comorbidades clínicas.
- **Abaixo de 40 anos:** Hemograma e coagulograma.
- **Acima dos 40 anos:** Os citados acima mais Sódio/ Potássio / Ureia / Creatinina / Eletrocardiograma.
- **Outros exames:** Conforme necessidade.

4. ALOCAÇÃO E DURAÇÃO DA INTERNAÇÃO

TMP	TMP em sala cirúrgica
01 a 02 dias	4 horas

5. ESCORE DE RISCO

Classificação da *American Society of Anesthesiologists (ASA)* [9]:

Classificação ASA	
ASA	Definição
1	Pessoa hígida (excluem-se tabagistas; tolera-se consumo mínimo de álcool).
2	Portador de condição clínica sistêmica leve e ausência de limitação funcional expressiva (p. ex., fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade [IMC > 30 e < 40], DM ou HAS bem controladas, doença pulmonar leve).
3	Doença(s) sistêmica(s) moderada(s)/grave(s) com limitação funcional (como DM ou HAS mal controladas, doença pulmonar obstrutivo-crônica, obesidade mórbida [IMC ≥ 40], hepatite ativa, consumo excessivo de álcool, marca-passo cardíaco, redução moderada da fração de ejeção, IRC em diálise, história de infarto agudo do miocárdio há mais de 3 meses, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória ou stents coronarianos).
4	Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória. Isquemia miocárdica ou disfunção valvar atual, redução acentuada da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, insuficiência respiratória aguda ou IRC terminal fora de diálise regularmente programada).
5	Paciente moribundo sem esperança de sobrevivência sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia intestinal no contexto de doença cardíaca significativa ou insuficiência de múltiplos órgãos).

6. TRATAMENTO

- O objetivo do tratamento das lesões do MR é aliviar os sintomas do paciente e restaurar o movimento e a função do ombro;
- Tratamentos conservadores incluem anti-inflamatórios ou analgésicos, injeções locais de glicocorticoides, acupuntura, hidroterapia, fisioterapia específica e orientação de atividade para evitar o uso excessivo do ombro;
- As indicações para o tratamento cirúrgico das lesões do MR não foram totalmente definidas e consistem em uma decisão complexa; normalmente incluindo a duração dos sintomas, comprometimento dos movimentos do ombro, tamanho da lesão e falha do tratamento conservador;
- Nossas diretrizes suportam o tratamento cirúrgico para as lesões completas (transfixantes) sintomáticas

6.1. TRATAMENTO CONSERVADOR

- Trata-se de orientações das atividades da vida diária, alongamento muscular e cápsula posterior e fortalecimento dos estabilizadores do ombro e escápula.

6.2. TRATAMENTO CIRÚRGICO

- Muitas técnicas têm sido descritas; desde simples desbridamento das lesões parciais e descompressão subacromial (acromioplastia) até reparos das lesões do MR. Estas técnicas podem ser divididas em procedimentos abertos e artroscópicos.

7. PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Internação

- Sugerimos que o paciente seja internado no dia da cirurgia, em jejum há pelo menos 8 horas, exceto quando estiverem agendados para o primeiro horário cirúrgico, uma vez que poderão ser internados a partir das 21 horas do dia anterior;
- Os pacientes devem chegar ao local de internação com pelo menos 3 horas de antecedência, em posse de todos os exames de imagem já realizados;
- Para o cirurgião responsável, sugerimos que deixe a documentação pronta (pré-internação) no guichê de internação com no mínimo 6 horas de antecedência.

8. PÓS OPERATÓRIO

Planejamento pré-operatório

- A pele poderá ser degermada na enfermaria;
- A antibiótico profilaxia deve ser feita em até 60 minutos antes da incisão no centro cirúrgico;
- Tricotomia será realizada no centro cirúrgico, se necessário e a critério do cirurgião;
- O método para a reparação do tendão é de escolha do cirurgião, que poderá escolher pela reparação por via aberta ou artroscópica, dependendo da característica da lesão e do planejamento do cirurgião.

Pós-operatório imediato (POI)

- No caso das reparações artroscópicas, sugerimos que o paciente deixe a sala cirúrgica com um curativo que contenha a drenagem do líquido que costuma ocorrer após o término do procedimento, através das incisões;
- Recomendamos a utilização de tipoia de Velpeau com coxim de abdução;
- Em geral, os pacientes retornam para a enfermaria, após a recuperação anestésica, em alguns casos com bloqueio anestésico.

Período entre POI e primeiro dia após a cirurgia

- Sugerimos que o curativo cirúrgico seja trocado para um curativo simples antes da alta;
- Deve-se ter cuidado especial com a analgesia pós-operatória, principalmente nos casos que não tiveram o bloqueio do plexo braquial;
- A fisioterapia pós-operatória fica a critério médico.

Primeiro pós operatório

- Orientar a correta colocação e a retirada da tipoia, com auxílio da enfermagem, em especial para o primeiro banho e nos pacientes com bloqueio nervoso do plexo braquial;
- Trocar o curativo se necessário;
- Alta hospitalar, se a intensidade da dor for pequena e as condições clínicas permitirem.

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Aderência à antibioticoterapia recomendada;
- Alocação adequada;
- Duração da hospitalização;
- Taxa de readmissão.

III. GLOSSÁRIO

IMC: Índice de massa corpórea
DM: Diabetes Mellitus

HOEB :Hospital Ortopédico do Estado da Bahia
HAS: Hipertensão arterial sistêmica
IRC: Insuficiência renal crônica

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: atualização do template/ alteração do sentido da flecha no fluxograma/ retirei 1ª frase diagnostico
26/05/2026 – Unificação Hospital Ortopédico do Estado da Bahia Roberto Palma Costa Filho

V. Referências Bibliográficas

- [1] Ostör AJ, et al. Diagnosis and relation to general health of shoulder disorders presenting to primary care. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2005;44(6):800-5.
- [2] Oh LS, et al. Indications for rotator cuff repair: a systematic review. *Clinical orthopaedics and related research*. 2007;455:52-63.
- [3] Zanetti M, et al. MR imaging after rotator cuff repair: full-thickness defects and bursitis-like subacromial abnormalities in asymptomatic subjects. *Skeletal radiology*. 2000;29(6):314-9.
- [4] Dinnes J, et al. The effectiveness of diagnostic tests for the assessment of shoulder pain due to soft tissue disorders: a systematic review. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2003;7(29):1-166.
- [5] Lenza M, et al. Magnetic resonance imaging, magnetic resonance arthrography and ultrasonography for assessing rotator cuff tears in people with shoulder pain for whom surgery is being considered. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Sep 24;(9):CD009020.
- [6] Matsen FA 3rd. Clinical practice. Rotator-cuff failure. *The New England journal of medicine*. 2008;358(20):2138-47.
- [7] Piper CC, et al. Operative versus nonoperative treatment for the management of full-thickness rotator cuff tears: a systematic review and meta-analysis. *J Shoulder Elbow Surg*. 2018;27(3):572-6.
- [8] Yang J Jr, et al. The Clinical Effect of a Rotator Cuff Retear: A Meta-analysis of Arthroscopic Single-Row and Double-Row Repairs. *Am J Sports Med*. 2017;45(3):733-41.
- [9] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA)
- [10] [Surgical Interventions for Rotator Cuff Tears: A Comprehensive Literature Review](#).
- [11] Aden A, Alsayeh S, Aburas L, Masood Q. *Cureus*. 2024 Dec 12;16(12):e75606. doi: 10.7759/cureus.75606. eCollection 2024 Dec

[12] [Evaluation of American Academy of Orthopaedic Surgeons Appropriate Use Criteria for the management of full-thickness rotator cuff tears.](#)

[13] Cowan JB, Bedi A, Carpenter JE, Robbins CB, Gagnier JJ, Miller BS.J Shoulder Elbow Surg. 2016 Jul;25(7):1100-6. doi: 10.1016/j.jse.2015.12.009. Epub 2016 Feb 26

Código Documento: CPTW008.4	Elaborador: Mario Lenza Giovani M Pacifico Jr	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data de Revisão: 15/06/2026	Data de Aprovação: 15/06/2026
---------------------------------------	--	--	---	---	---