

**Carta relativa ao artigo publicado na Acta Méd Port 1994; 7: 211-220**

Sr. Director: No artigo de M. V. Fernandes e A. C. Pinto – *Diagnóstico Ecografico da Patologia da Coifa dos Rotadores e da Bolsa Sub-acromial: Critérios* – que só agora chegou às minhas mãos, as autoras abordam com um certo optimismo a objectivação dos critérios ecográficos no diagnóstico diferencial do ombro doloroso.

Embora vários pontos suscitem reticências, limitar-me-ei a dissecar com pormenor o denominado índice de competência da Coifa.

Infelizmente, não encontrei em todo o artigo a essencial fórmula matemática, nem tão pouco a descrição e exemplificação precisa de como calcular o índice; o que vêm escrito no fim da 1ª coluna da pág. 213 não chega – os parâmetros serão do mesmo lado, como parece pelo que vêm escrito na pág. 217? Se forem comparativos entre os dois lados, que peso terá o repouso e a abdução? E que quer dizer 40 – 80° de abdução – será indiferente o ângulo do braço dentro destes limites???

As autoras atribuem ao seu índice uma grande importância que derivaria dos *óptimos resultados no diagnóstico de roturas*, tornando-o no parâmetro de eleição (pág. 219).

No entanto, e qualquer que seja a fórmula exacta, os valores para o cálculo do índice, ou seja o desnível entre as linhas *horizontais* passadas pelo troquiter e o acromion, dependem estritamente da posição da sonda sobre o ombro do doente. A horizontalidade apenas se verifica quanto à fotografia ou quanto ecran, o que as autoras não mencionam mas é fundamental: basta fazer variar ligeiramente a posição da sonda sobre o ombro para as linhas, em termos anatómicos, terem uma projecção completamente diferente.

Assim, o próprio índice estará sujeito às variações dependentes do posicionamento fino da sonda.

Não se trata de uma mera questão teórica pois, por um lado, a geometria dos ombros dolorosos é geralmente diferente da dos ombros sãos, o que à partida impede a obtenção de posições simétricas na colocação da sonda entre os dois ombros; acrescenta-se um importante vizez (*bias*) de observador, resultante do facto do ecografista que executa o exame ter sempre uma pré suposição sobre a existência ou não de rotura no caso concreto que está a examinar, o que o leva a poder, mesmo inconscientemente, a alterar a posição da sonda de maneira a fazer com que as medidas venham a bater certo com a sua pré-suposição.

As fotografias que junto mostram duas distâncias entre acromion e troquiter que produziriam certamente um índice de competência da Coifa anormal. No entanto, tratam-se de duas fotografias do mesmo ombro são, obtidas com um simples deslizar da sonda sobre o ombro sensivelmente ao longo da intersecção do mesmo plano de corte com a superfície cutânea, o que justifica plenamente as minhas reticências.

Que a cabeça umeral tende a elevar-se nas roturas do supra-espinoso não esteja minimamente em causa. Ape-

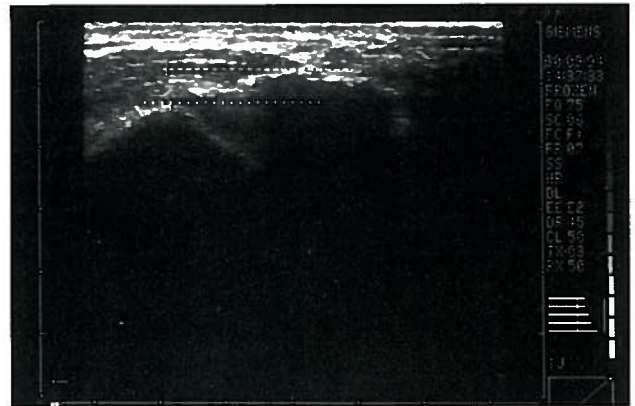


Fig. 1 – Distância de 5,4 mm entre as horizontais passadas pelo troquiter e pelo acromion.

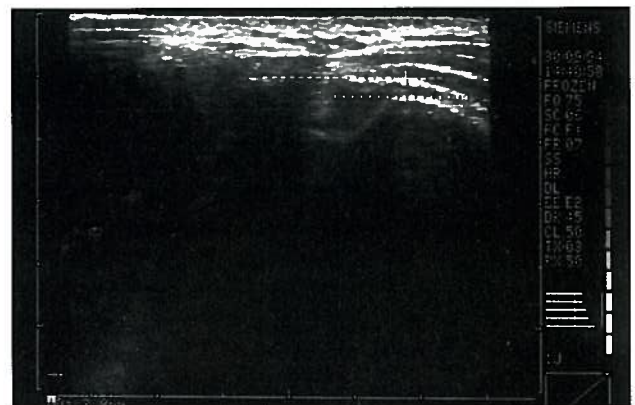


Fig. 2 – Um leve deslizar da sonda reduz este desnível para 2,8 mm. A explicação passa pelo facto de a horizontalidade das linhas traçadas na foto não ter contrapartida anatómica e depender do ângulo que a sonda fazia com a horizontal quando a foto foi obtida. O ombro foi fotografado em posição simétrica para facilitar comparação.

nas está em causa a suposta objectividade do critério proposto para a sua valorização, qualquer que seja a fórmula precisa do índice.

Um outro ponto merecedor de reparo é aquilo a que as autoras chamam de *Gold standard*. Pareceria que os resultados da TAC, da ressonância, artrografia, ou bursografia seriam aceites pacificamente como padrão fiável, contra os quais os resultados ecográficos poderiam, ser avaliados. Ora, na realidade, existe uma enorme controvérsia – bem patente em qualquer análise da literatura – quanto ao valor dos resultados encontrados por cada uma destas técnicas e mesmo, até, pelos resultados da cirurgia de ortopedistas menos experientes (já que a bolsa infradeltoideia pode ocultar pequenas roturas da coifa).

De qualquer forma, a ou as técnicas que em cada caso validaram a ecografia não aparecem especificadas.

Finalmente, uma sugestão: que seja abolida a designação caduca de *partes moles do ombro*. O ombro é uma

estrutura muito complexa e aquela arcaica designação reducionista não tem, no meu entender, qualquer cabimento nos dias presentes.

J. P. Cansado Carvalho  
Hospital Particular

## Resposta

Sr. Director: É com prazer que voltamos a receber comentários do colega C. Carvalho a publicações nossas. No caso presente, o artigo enquadra-se no desenvolvimento de trabalhos anteriores<sup>1-4</sup> um dos quais<sup>1</sup>, aliás, suscitou na altura (1990) algumas considerações a C. Carvalho, que então prometeu a *publicação da sua própria experiência*<sup>5</sup>.

Dela não tivemos ainda conhecimento, o que lamentamos, pois admitimos que nos tivesse auxiliado no aprofundamento dos problemas que, pela nossa parte, temos continuado a investigar.

Relativamente às considerações feitas agora por C. Carvalho, cremos que ficarão sobejamente esclarecidas através da consulta da bibliografia citada no nosso artigo. Julgamos que os artigos científicos não são monografias exaustivas, mas compreendemos que numa área multidisciplinar como a vertente, seja difícil para alguns Especialistas, ter uma visão integrativa dos vários factores inter-

venientes, particularmente se é necessário considerar simultaneamente conhecimentos, entre outros, de fisiopatologia, clínica biomecânica, teste muscular analítico, ecografia. Por essa razão sugerimos a leitura de outras publicações<sup>6-9</sup> que não incluímos na bibliografia do artigo em causa por razões editoriais, mas que nos dispomos desde já a facilitar aos eventuais interessados.

## BIBLIOGRAFIA

1. FERNANDES MSV, PINTO AC: Ombros dolorosos. Avaliação clínico-ecográfica. Acta Med Port 1990; 3: 229-34
2. FERNANDES MSV, PINTO AC: Diagnóstico e follow-up das lesões das partes moles do Ombro, Cotovelo e Pulso com ecografia. Arq Port Reum 1992; 14: 237-53
3. FERNANDES MSV, PINTO AC: Shoulder Ultrasonography Diagnosis and Follow-up. Acta Reum Port 1992; XVII (4): 151-66
4. FERNANDES MSV, PINTO AC: Elementos para uma interpretação anatomo-clínico-ecográfica da região do ombro. Revista do Interno 1993; 4 (1): 31-45
5. CARVALHO C: Carta ao Director realtiva ao artigo (1). Acta Med Port 1990; 3:325
6. POPPEN NK, WALKER PS: Forces at the glenohumeral join in abduction. Clin Orthop 1978; 135: 165-70
7. POPPEM NK, WALKER PS: Normal and abnormal motion of the shoulder. J Bone and Joint Surg 1976; 58-A: 195-201
8. BAGG JB: Biomechanics analysis of scapular rotation during arm abduction in the scapular plane. Am J Phys Med Rehab 1988; 6: 23-27
9. FERNANDES MSV: Ombros dolorosos. Avaliação anatomo-clínica com Ecografia. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa 1994

Maria Severina Veiga Fernandes  
Hospital de Santa Maria