

Transferência do músculo subescapular no tratamento da luxação posterior do ombro

Fabiano Rebouças Ribeiro¹, Lamar Franco Pena², Rômulo Brasil Filho³,
Cantidio S. Filardi Filho¹, Eduardo L. Menniti⁴

RESUMO

As luxações posteriores do ombro, freqüentemente, passam despercebidas no atendimento inicial, pela sua baixa incidência e falta de radiografias de boa qualidade. O tratamento depende do tempo de evolução, e do grau de acometimento da superfície articular do úmero. Os autores descrevem a técnica de transferência do músculo subescapular, para o tratamento da luxação posterior do ombro.

Descritores: Luxação posterior; Ombro/cirurgia

SUMMARY

The posterior shoulders dislocations are often missed at the first appointment because of its low incidence and poor quality of the radiographies. The treatment depends on the time of evolution and the degree of lesion of the humerus articular surface. The authors describe the technique of transferring the subscapularis muscle for the posterior shoulder dislocation treatment.

Keywords: Posterior dislocation; Shoulder/surgery

-
1. Assistente do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE- IAMSPE -SP
 2. Residente do 2º ano do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-AMSPE -SP
 3. Chefe do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-IAMSPE -SP
 4. Colaborador do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-IAMSPE -SP

Endereço para correspondência : SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO – IAMSPE – Rua Pedro de Toledo – 1800 – CEP 04039-901 – São Paulo – SP – 1º andar
- Centro de Estudos Ortopédicos do HSPE

INTRODUÇÃO

A luxação posterior do ombro corresponde a aproximadamente 2% dos casos das luxações do ombro. A etiologia mais comum é a convulsão (neurológica ou elétrica), pela contratura dos músculos rotadores internos do ombro. Outra causa, menos freqüente, é o trauma direto na face anterior do ombro^(1,2,3).

A baixa freqüência de casos de luxação posterior do ombro nos pronto-socorros, associado a radiografias com má qualidade e/ou falta da realização das incidências da série trauma (ântero-posterior verdadeiro, perfil escapular e axilar), faz com que o médico, muitas vezes, não faça o diagnóstico (Figura 1). A literatura mostra que, em até 60% dos casos, o diagnóstico não é feito no primeiro atendimento^(3,4,5).

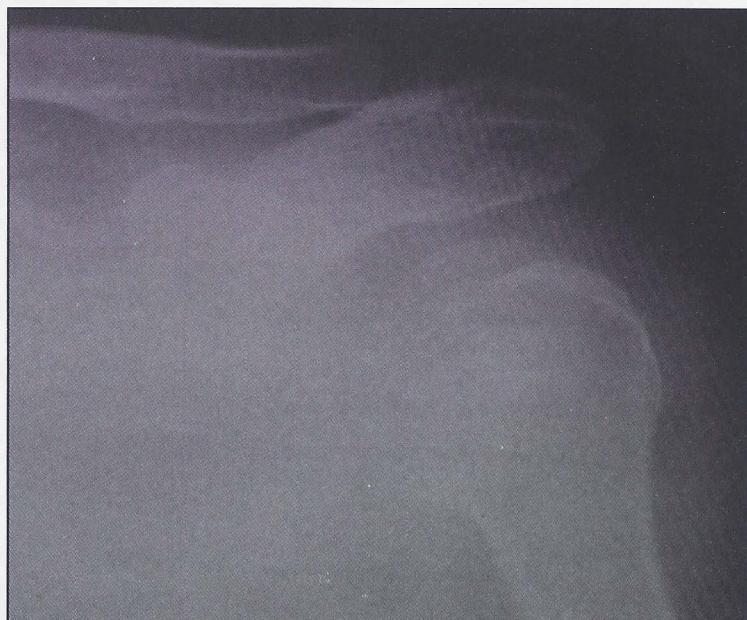


Figura 1 - Radiografia do ombro realizada com má qualidade.

Ao exame físico, o paciente apresenta dor e limitação dos movimentos (principalmente abdução e rotação externa) do ombro acometido. As radiografias com boa qualidade, em incidências ântero-posterior verdadeiro, perfil escapular e axilar, são essenciais para o diagnóstico da luxação posterior (Figuras 2 e 3). A radiografia na incidência axilar, pode ser de difícil realização, devido à dor e diminuição da amplitude de movimento do ombro, podendo, no entanto, ser realizada uma incidência com raios no sentido crânio-caudal, com o braço junto ao corpo (incidência de Velpeau), para visibilização da articulação gleno-umeral^(6,7).

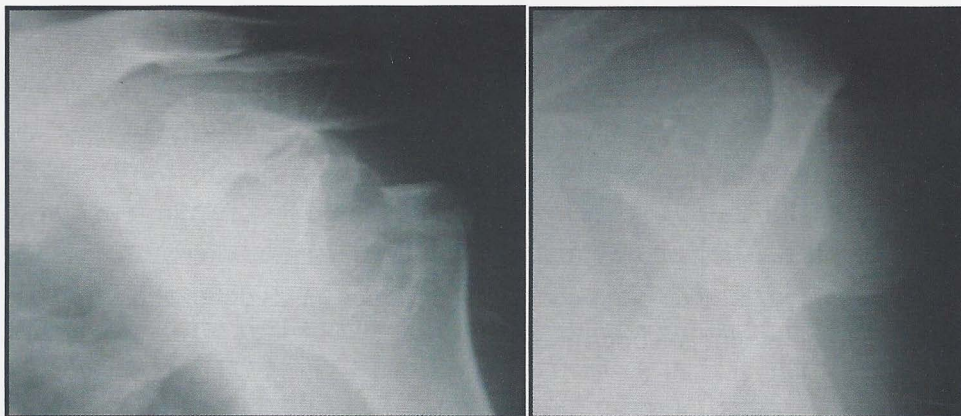


Figura 2 - Radiografias do ombro nas incidências frente verdadeira e perfil escapular, mostrando a luxação posterior.



Figura 3 - Radiografia do ombro na incidência axilar, mostrando a luxação posterior.

A lesão de Hill-Sachs inversa, também conhecida como lesão de Mac Laughlin, é a lesão da região ântero-medial da cabeça umeral, causada pelo seu trauma na borda posterior da glenóide, no momento da luxação posterior. Esta lesão pode variar de uma erosão na cartilagem articular, até uma depressão profunda na face ântero-medial da cabeça umeral e/ou sobre o tubérculo menor. O comprometimento da congruência articular e/ou lesão do tendão do músculo subescapular, podem causar a instabilidade posterior do ombro^(5,6,7).

O tratamento da luxação posterior do ombro baseia-se na porcentagem da superfície articular da cabeça umeral acometida:

- Quando ocorre o comprometimento menor que 20% da superfície articular umeral, realiza-se a redução incruenta e imobilização gessada do membro em abdução de 20° e rotação externa de 30°.
- Quando a lesão umeral é maior que 20% e menor que 40%, realiza-se a redução da luxação e transferência do músculo subescapular, para ocupar a depressão ocasionada.
- Quando maior que 40%, as opções são: artroplastia parcial, artroplastia total ou artrotese, dependendo do grau de artrose^(5,6,7).

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

A cirurgia de transferência do tendão do músculo subescapular, está indicada para os casos de luxação posterior aguda do ombro, com lesão de Hill-Sachs inversa, que comprometa de 20 a 40% da superfície articular da cabeça umeral.

Não indicamos esta cirurgia para pacientes que apresentem infecção local ou sistêmica, falta de condições clínicas, e nos casos de luxação crônica, com tempo de evolução superior a 6 meses.

AValiação PRÉ-OPERATÓRIA

O planejamento do tratamento é feito após a avaliação de: radiografias nas incidências ântero-posterior verdadeiro, perfil escapular e axilar, e de uma tomografia computadorizada do ombro (Figura 4), que fornece melhor visibilização da articulação gleno-umeral, do tamanho da lesão de Hill-Sachs inversa e presença de fragmentos fraturados intra-articulares⁽⁷⁾.

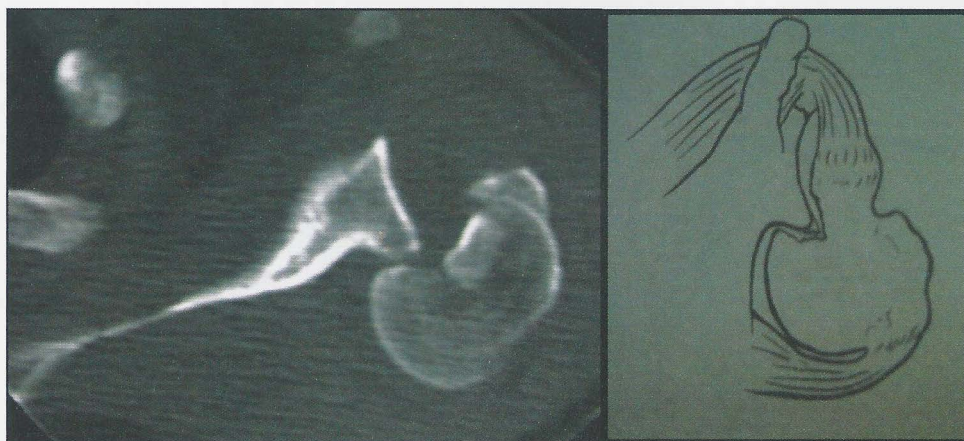


Figura 4 - Tomografia computadorizada do ombro, corte transversal.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é submetido à anestesia do tipo bloqueio regional e/ou geral, colocado na posição de decúbito dorsal horizontal, com o membro apoiado. Após anestesia pode tentar-se a redução incruenta para facilitar a dissecação. Faz-se a assepsia de todo o membro e colocam-se os campos cirúrgicos

estéreis. O acesso é feito pela via deltopeitoral, realizando-se uma incisão cutânea de aproximadamente 7 cm sobre a região anterior do ombro, afastando-se a veia cefálica e o músculo deltóide lateralmente. Identifica-se e repara-se o tendão do músculo bíceps. Visibiliza-se o músculo subescapular, e realiza-se uma incisão longitudinal do seu tendão junto ao úmero, desinserindo-o com a cápsula articular, e reparando-o com fios inabsorvíveis fortes (Ethibond® número 5) (Figura 5). Vê-se, então, a lesão de Hill-Sachs inversa (Figura 6), que deve ser desbridada e perfurada na sua borda lateral, usando-se um fio de Kirschner número 1,5, para passagem dos fios reparados. Pode-se usar fios de Kirschner perfurados na extremidade, para facilitar a passagem dos fios de sutura pelas perfurações ósseas. O tendão do músculo subescapular é suturado, então, dentro da lesão óssea (Figura 7), e pode ser melhor fixado com o auxílio de uma âncora, colocada dentro da lesão óssea, conseguindo-se, assim, aumentar a superfície de contato entre o tendão e o osso (Figura 8). Testa-se a estabilidade da articulação gleno-umeral, com a realização de movimentos de rotação interna e externa do ombro.

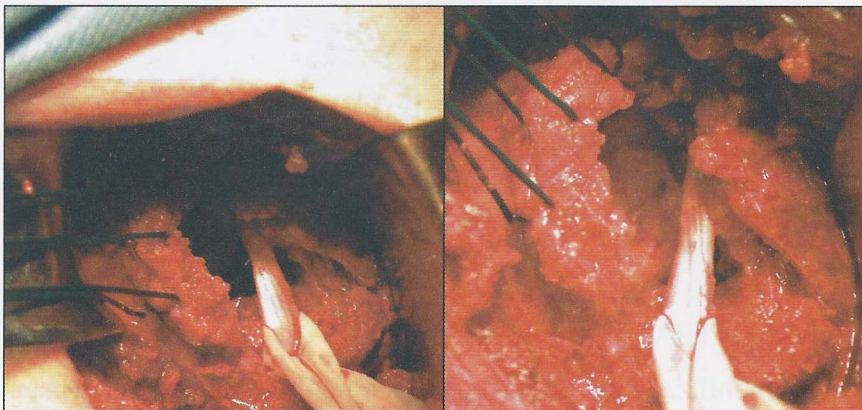


Figura 5 - Cabo longo do bíceps e músculo subescapular reparados. A cabeça umeral está luxada posterior.

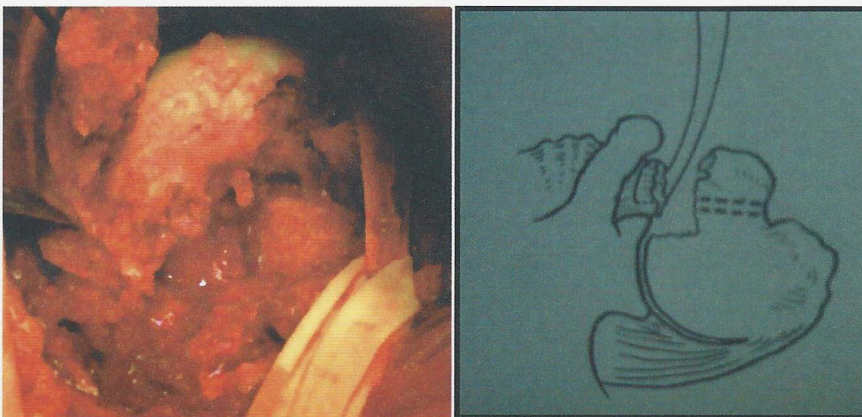


Figura 6 - Luxação reduzida, mostrando a lesão de Hill-Sachs inversa.

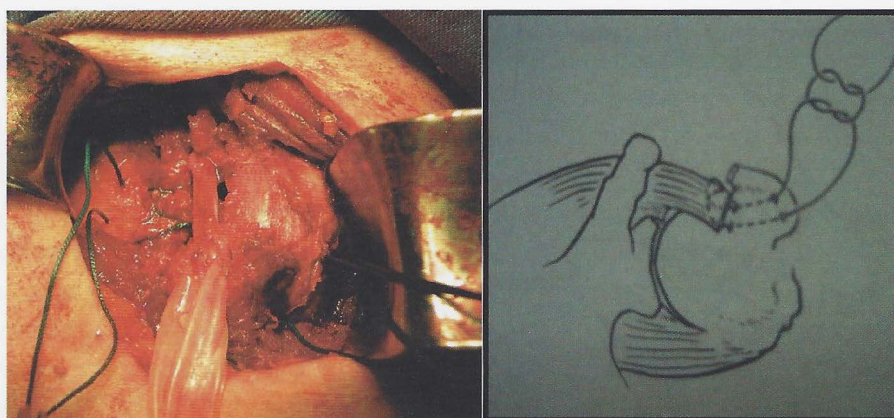


Figura 7 - O músculo subescapular é suturado dentro da lesão umeral.



Figura 8 - Radiografias pós-operatórias do ombro.

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA

O ombro é imobilizado em rotação neutra, com uma tipóia tipo Velpeau. Movimentos de flexo/extensão do cotovelo são estimulados no pós-operatório imediato. Inicia-se exercícios pendulares e de elevação passiva para o ombro na terceira semana pós-operatória, e a fisioterapia assistida na sexta semana.

COMPLICAÇÕES

O risco de artrose pós-traumática e necrose avascular da cabeça umeral deve ser explicado ao paciente⁽⁷⁾. Outras complicações possíveis são: infecção, reluxação e lesão neuro-vascular.

RECOMENDAÇÕES

Em pacientes epiléticos o controle da medicação é importante para evitar convulsões e novas luxações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McLaughlin, HL. Posterior dislocation of the shoulder. J Bone Joint Surg (A) 1952; 34: 584-590.
2. Hawkins RJ, Neer CS, Pianta RM. Locked posterior dislocation of the shoulder. J Bone Joint Surg (A) 1987; 69:9-18.
3. Checchia SL, Doneux PS, Miyazaki AN. Fratura-Luxação posterior permanente de ombro: experiência após 86 casos. Rev Bras Ortop 1996; 31: 705-712.
4. Mestdagh H, Maynou C, Dellobelle JM, Urvoy P, Butin E. Les luxations traumatiques postérieures de l'épaule chez l'adulte. Ann Chir 1994; 48: 355-363.
5. Neer CS, Brown TH, McLaughlin HL: Fracture of the neck of the humerus with dislocation of the head fragment. Am J Surg 1953; 85: 252-258.
6. S. Terry Canale. Campbell's Operative Orthopaedics. Philadelphia: Mosby; 2003, 10a edição, volume 3. p. 2431 – 2434.
7. Michos IB, Michaelides DP. Reduction of missed posterior dislocation of the shoulder. Acta Orthop Scand 1993; 64: 599-600.