Estabilização do cabo longo do tendão do bíceps nas lesões do manguito rotador

Rômulo Brasil Filho[1], Cantidio S. Filardi Filho[2], Eduardo Libório Meniti[2], Fabiano Rebouças Ribeiro[2], Daniel Henrique Nascimento[3]

RESUMO

A luxação do cabo longo do tendão do bíceps braquial da goteira bicipital pode ocorrer nos casos de lesão do manguito rotador em que o músculo subescapular está envolvido. Os autores descrevem uma técnica para estabilizar o tendão bicipital, e reinserir o músculo subescapular medialmente à goteira bicipital utilizando âncora como fixação.

Descritores: Manguito rotador; Úmero

SUMMARY

The dislocation of the long head of the biceps brachii from bicipital groove usually happens in cases of rotator cuff tears when the subscapularis tendon lesion is involved. The authors present one technique to stabilize the biceps tendon and reinsert the subscapularis tendon medialy to the bicipital groove utilizing fixation with anchor.

Key Words: Rotator cuff; Humerus

1 - Chefe do Grupo de Ombro e Cotovelo do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
2 - Assistentes do Grupo de Ombro e Cotovelo do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
3 - Residente do Grupo de Ombro e Cotovelo do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo
Endereço para correspondência: Centro de Estudos Ortopédicos do HSPE - SP
Rua Pedro de Toledo, 1800 - 1° and. - CEP 04039-901 - São Paulo - SP

ESTABILIZAÇÃO DO CABO LONGO DO TENDÃO

INTRODUÇÃO

O cabo longo do tendão do bíceps tem origem no *labrum* póstero-superior da glenóide em aproximadamente 50% da população; no tubérculo supraglenoidal em 20%; e em ambos locais em 30%. Seus 9 cm de tendão correm obliquamente pelo topo da cabeça umeral e goteira bicipital exercendo a função de estabilização e contensão da cabeça do úmero, impedindo sua ascensão e impacto [1,2].

A luxação do cabo longo do tendão do bíceps da goteira bicipital pode ocorrer devido à falha dos seus estabilizadores: estrutura óssea, ligamento transverso, ligamento coracoumeral, ligamento glenoumeral superior, tendão do músculo supraespinhal e do subescapular, principalmente nos casos de lesão maciça do manguito rotador após uma luxação glenoumeral em pacientes idosos [3,4].

As técnicas de restauração da excursão do cabo longo do bíceps em seu sulco, pelo aprofundamento da goteira e reparo do ligamento transverso do úmero e demais estruturas envolvidas, levam a aderência do tendão optando-se, então, pela tenodese na maioria dos casos [5,6].

O objetivo do trabalho é a descrição de uma técnica para estabilização do tendão bicipital em sua goteira, nos casos em que a lesão do manguito rotador está associada.

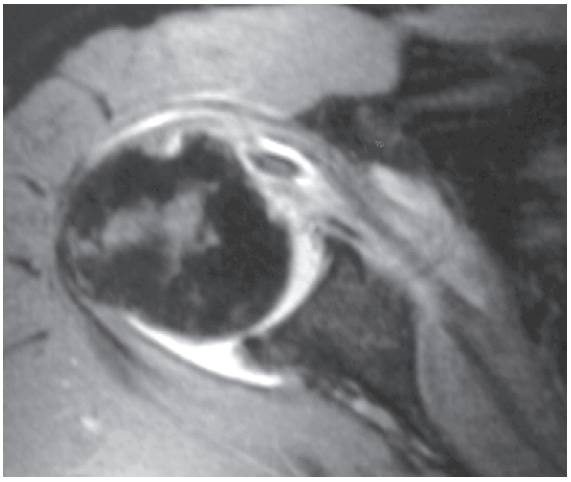


Figura 1. *Ressonância magnética mostrando em corte axial a lesão do manguito rotador com o tendão bicipital luxado medialmente.*

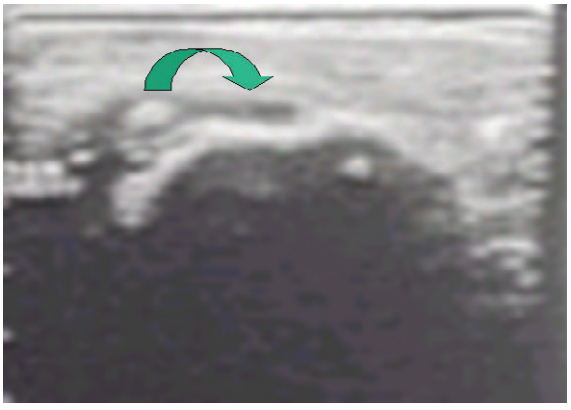


Figura 2. *Tendão bicipital luxado em imagem de ultra-som.*

INDICAÇÃO E CONTRA-INDICAÇÃO

Nossa indicação para esta técnica está baseada no diagnóstico pré-operatório clínico e por imagem (ressonância nuclear magnética ou ultra-sonografia) [5,7] ou mesmo quando a luxação do cabo longo do tendão do bíceps de sua goteira é observada no intra-operatório, nos casos de lesão do manguito rotador que envolvam o músculo subescapular (FIG.1 e 2).

As possíveis contra-indicações para esta técnica são a degeneração gordurosa e retração do músculo subescapular encontrados nos casos crônicos, em que o desbridamento e/ou tenodese podem ser a melhor conduta [8].

TÉCNICA CIRÚRGICA



Figura 3. *Posição de cadeira de praia.*

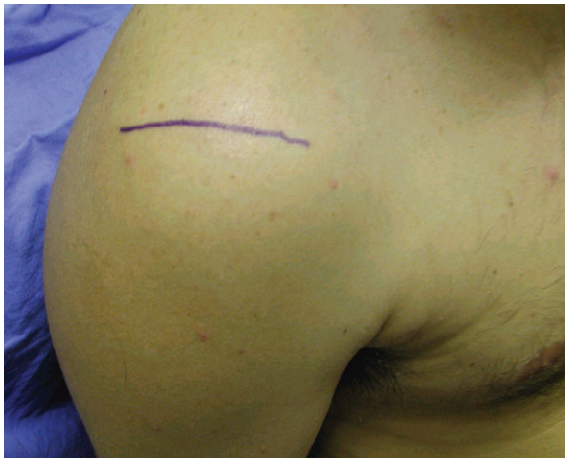


Figura 4. *Marcação da incisão.*

O paciente é submetido à anestesia do tipo bloqueio regional e/ou geral e colocado em posição semi-sentado (cadeira de praia) (FIG. 3). É rotina a verificação da amplitude dos movimentos glenoumerais quando o paciente está anestesiado, eliminando-se as restrições pela manipulação fechada, quando necessário. Faz-se a assepsia de todo o membro e colocam-se campos cirúrgicos de modo que fique livre para movimentar em várias posições. Realiza-se uma incisão cutânea de 5 cm paralela às linhas de Langer, com início num ponto imediatamente medial a face lateral do acrômio e direcionada ao processo coracóide (FIG. 4). O tecido subcutâneo é descolado e isolado da fáscia profunda do músculo deltóide e da articulação acromioclavicular. A abordagem para acromioplastia anterior é realizada com a desinserção cuidadosa do músculo deltóide anterior de sua origem. O ligamento coracoacromial é exposto e cortado na sua inserção para facilitar a exposição do acrômio anterior e do manguito. Quando necessário resseca-se a superfície inferior do terço anterior do acrômio com um osteótomo segundo a técnica de Neer. A parte espessada da bursa é em seguida excisada com uma tesoura, facilitando a completa inspeção do manguito (FIG. 5). Reparam-se os tendões lesionados do manguito rotador, sendo possível à identificação do tendão do cabo longo do bíceps luxado medialmente (FIG. 6). O tendão bicipi-

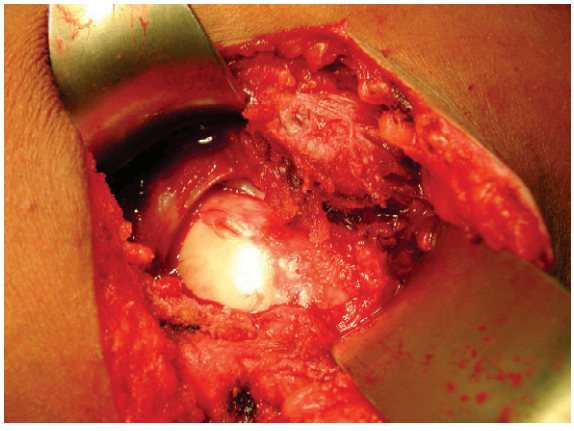


Figura 5. *Lesão completa do manguito rotador.*

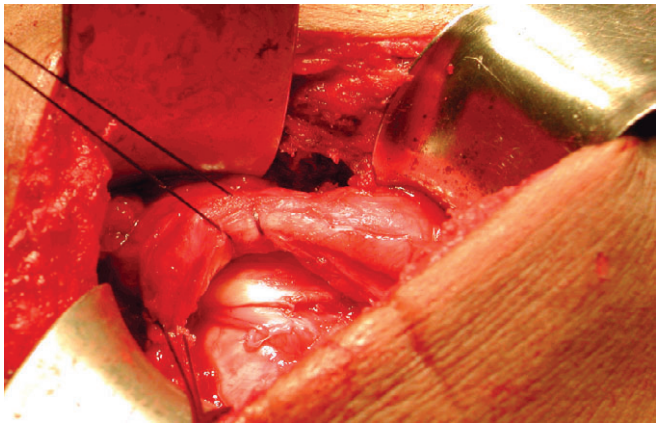


Figura 6. *Manguito rotador reparado.*

tal é reduzido e uma âncora nº4.5 mm é inserida medialmente a goteira (FIG. 7 e 8). Os fios da âncora são passados através do músculo subescapular (FIG. 9) e amarrados, fixando-o junto à goteira e impedindo a luxação do tendão bicipital. A seguir é realizado o tratamento da lesão do manguito rotador.

PÓS-OPERATÓRIO

O tratamento pós-operatório vai seguir a rotina para reabilitação de uma lesão maciça do manguito rotador.

Fase 1: 1ª- 6ª semanas

-Uso contínuo da tipóia

-Exercícios pendulares

-Elevação passiva assistida até 140º

-Rotação lateral assistida até 30º

Fase 2: 6ª - 12ª semanas

-Exercícios isométricos

-Ganho de amplitude de movimento total

Fase 3: após 12ª semanas

- Fortalecimento isotônico com pesos e elásticos.

RECOMENDAÇÕES

Um bom isolamento dos tendões do manguito rotador lesionado é importante para uma boa visualização e redução do tendão bicipital luxado (medialmente à goteira).

Geralmente uma âncora é suficiente para fixar o músculo subescapular junto à goteira e estabilizar o tendão bicipital, porém se necessário, poderão ser usadas duas.

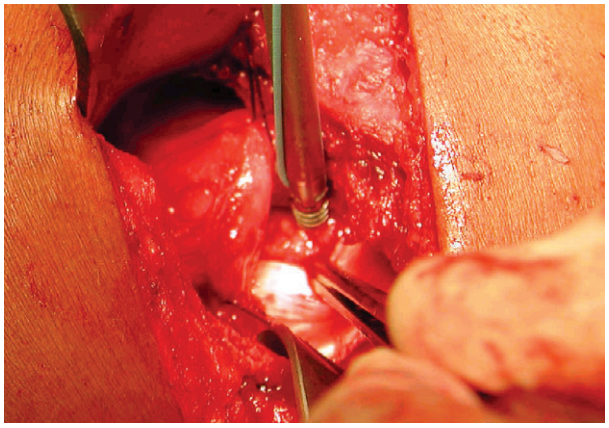


Figura 7. *Introdução de âncora 3.5 mm medial à goteira e tendão bicipital.*

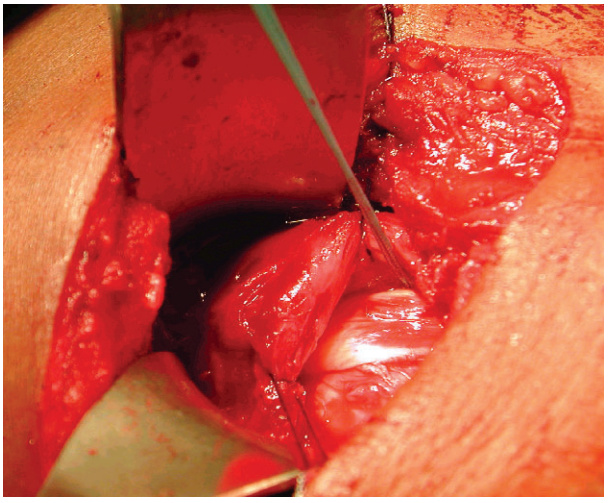


Figura 8. *Âncora introduzida medial à goteira sob o m.subescapular.*

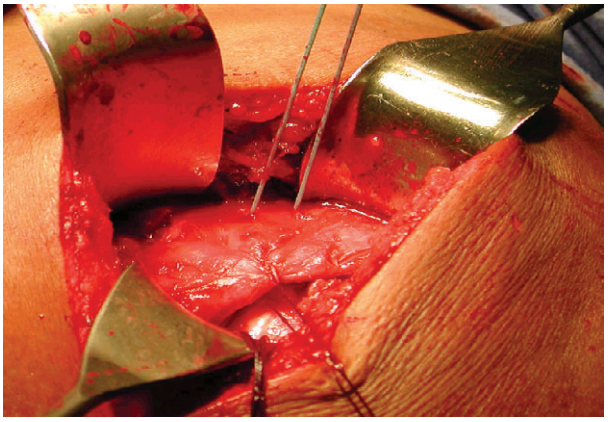


Figura 9. *Fios da âncora passados através do m.subescapular estabilizando o tendão bicipital na goteira.*

COMPLICAÇÕES

As possíveis complicações envolvem a desinserção do manguito ou mesmo da âncora que está fixando o músculo subescapular junto à goteira, principalmente nos casos de intensa osteoporose, ou manguito friável. Nestes casos prolonga-se o tempo de imobilização e retarda-se o início da reabilitação ativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pal GP, Bhatt RH, Pate LVS. Relationship between the tendon of the long head of biceps brachii and the glenoidal labrum in humans. Anat Rec 1991; 229: 278-80
2. Neer CS II, Bigliani LU, Hawkins RJ. Rupture of the long head of the biceps related to subacromial impingement. Orthop Trans 1977; 1 :111
3. Clark JM, Harrymann DT. Tendons, ligaments and capsule of the rotator cuff. J Bone Joint Surg (A) 1992; 74: 713-25
4. Nové-Josserand L. Subluxation et luxation du tendon du long biceps. Journëes Lyonnaise de L'Epaule. Lyon , France; 1993
5. Deutsch A, Altchek DW, Veltri DM, Potter HG, Warren RF. Traumatic tears of the subscapularis tendon. Clinical diagnosis, magnetic resonance imaging findings, and operative treatment. Am J Sports Med 1997; 25: 13-22
6. Dines D, Warren RF, Inglis AE. Surgical treatment of lesions of the long head of the biceps.Clin Orthop 1982; 164: 165-71
7. Read JW, Perko M. Shoulder ultrasound: diagnostic accuracy for impingement syndrome, rotator cuff tear, and biceps tendon pathology. J Shoulder Elbow Surg 1998; 7: 264-71
8. Goutallier D, Postel JM, Lavaul L, Bernageau J. Influence de la degenerescence graisseuse des muscles supraepineux et infraepineaux sur le pronostic des reparations chirurgicales de la coiffe des rotateurs./ Impact of fatty degeneration of the supraspinatus muscles on the prognosis of surgical repair of the rotator cuff. Rev Chir Orthop Reparatrice Apper Mot 1999; 85: 668-76

ENVIE SEU ARTIGO PARA A REVISTA TÉCNICAS EM ORTOPEDIA

Os documentos deverão ser enviados pelo correio, ao endereço:
Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE - IAMSPE
Rua Borges Lagoa, 1755 - 1° andar - sala 180 – CEP 04039-004 - Vila Clementino
São Paulo - Brasil – Fone/Fax (11) 5573-3087