

Pesquisar

Todos



Buscar

Busca Avançada (/busca-avancada)



(/idioma/pt-BR)



(/idioma/en-US)

ISSN - Versão Impressa: 0102-3616 ISSN - Versão Online: 1982-4378

[Home \(/\)](#) / [Números Anteriores \(/edicoes-anteriores\)](#) / [Sumário Vol.38 Número 11/12 / 2003 \(/sumario/114\)](#) / [Artigo](#)

ACESSO ABERTO REVISADO POR PARES

ORIGINAL ARTICLE

1.893
VISUALIZAÇÕES

O uso de âncoras no reparo aberto da luxação anterior recidivante do ombro*

OSVANDRÉ LECH, SÉRGIO CORREA PINTO JÚNIOR, ANTÔNIO SEVERO

Rev Bras Ortop. 2003;38(11/12):

[Artigo \(/detalhes/1626/pt-BR/o-uso-de-ancoras-no-reparo-aberto-da-luxacao-anterior-recidivante-do-ombro-\)](/detalhes/1626/pt-BR/o-uso-de-ancoras-no-reparo-aberto-da-luxacao-anterior-recidivante-do-ombro-)

[Sobre os autores \(/about-the-authors/1626/pt-BR\)](/about-the-authors/1626/pt-BR)

[Estatísticas \(/estatisticas-artigo/1626?idioma=pt-BR\)](/estatisticas-artigo/1626?idioma=pt-BR)

[Comentários \(/comments/1626/pt-BR\)](/comments/1626/pt-BR)

[Conteúdo relacionado \(/related-content/1626/pt-BR\)](/related-content/1626/pt-BR)

RESUMO

Foram avaliados 54 pacientes (54 ombros), com diagnóstico de instabilidade ântero-inferior do ombro devida a luxação recidivante, submetidos a tratamento cirúrgico da lesão de Bankart pela técnica de reparação aberta do lábio da glenóide com âncoras, com o objetivo de demonstrar a validade deste método terapêutico. As

cirurgias fo-ram realizadas entre março de 1995 e julho de 2000, e o seguimento médio foi de 50,2 meses. A média de idade dos pacientes era de 26,7 anos. A análise dos resultados cirúrgicos foi feita pelos critérios de Rowe, obtendo-se 87,1% de resultados excelentes e bons e 12,9% de regulares e ruins.

INTRODUÇÃO

A instabilidade anterior do ombro devida a luxação traumática é lesão comum, que acomete principalmente indivíduos jovens. Segundo Neer, sua ocorrência já era descrita pelos egípcios desde o ano 3000a.C. e Hipócrates, no Século V a.C., responsabilizou causas traumáticas e não traumáticas por esse tipo de luxações(1).

A articulação glenoumeral é aquela que possui maior mobilidade no corpo humano. A fossa glenoidal corresponde a cerca de um terço da circunferência da cabeça umeral, sendo a relação das superfícies articulares mantida por um complexo sistema capsuloligamentar e muscular(1).

Isoladamente, a fossa glenoidal tem profundidade de 2,5mm, mas com a adição do lábio da glenóide alcança aproximadamente 5mm. A congruência articular também é mantida por uma pressão intra-articular negativa de aproximadamente 146N(2). Outros elementos de estabilidade estática são a cápsula articular e os ligamentos glenoumerais, sendo o ligamento glenoumeral inferior o mais importante estabilizador passivo(3). O complexo ligamentar é protegido pelos estabilizadores dinâmicos, que são o manguito rotador, a cabeça longa do bíceps e o deltóide, e mais indiretamente pela musculatura estabilizadora da escápula. Qualquer lesão nesse intrincado sistema pode alterar a função da articulação glenoumeral(2).

O mecanismo mais comum de uma luxação traumática inicial é um vetor de força anteriormente direcionada aplicada ao braço externamente rodado e abduzido, forçando a cabeça umeral anterior e medialmente em relação à glenóide(4).

A luxação anterior da articulação glenoumeral freqüentemente avulsiona o complexo capsulolabral ântero-inferior do rebordo da glenóide. Essa lesão é comumente referida como lesão de Bankart(5). A luxação anterior também pode apenas lesar a cápsula, sem acometer o lábio(2).

A luxação anterior glenoumeral tem alto índice de associação com fratura-compressão póstero-lateral da cabeça do úmero (lesão de Hill-Sachs) e, em menor escala, com rupturas do manguito rotador, corpos livres intra-articulares e fra-tura-avulsão da glenóide(2,6), além de lesão do nervo axilar.

Thomas e Matsen(7) classificaram as instabilidades pelas siglas TUBS e AMBRI. TUBS refere-se a pacientes com lesões traumáticas, com componente unilateral, que freqüentemente têm lesão de Bankart, e respondem bem à cirurgia (surgery). AMBRI refere-se a pacientes que têm instabilidade de etiologia atraumática, multidirecional, com componente bilateral, respondendo bem à reabilitação; caso não haja boa evolução, uma capsuloplastia (inferior capsular shift) deve ser realizada. Posteriormente um novo "I" incorporou-se à sigla, tradu-zindo-se pela opção do fechamento do intervalo dos rotadores durante o procedimento cirúrgico, já que ele pode ser um dos fatores adicionais de manutenção da instabilidade. Não raro, esses dois quadros aparentemente distintos se inter-rela-cionam e podem apresentar ambas as características.

Rockwood(8) descreveu quatro padrões de instabilidade: tipo I, subluxação traumática sem luxação prévia; tipo II, subluxação traumática após luxação prévia; tipo III, subluxação voluntária em pacientes sem problemas psiquiátricos; e tipo IV, subluxação involuntária atraumática.

Clinicamente, a estabilidade anterior do ombro é avaliada pelos testes da gaveta anterior, apreensão, teste do fulcro e teste da relocação(9). Testes de gaveta posterior, sulco e de frouxidão ligamentar são importantes para descartar instabilidade multidirecional(10). O sinal do sulco, muito valorizado, deve ser avaliado com cuidado, pois não é achado patognomônico de instabilidade e, às vezes, encontrado em ombros normais(11). É importante, também, o exame do ombro contralateral.

Em cerca de 90% dos casos, o diagnóstico da instabilidade do ombro é estabelecido pela história e exame físico(4). Estudos de imagem dão informações anatômicas úteis, apesar de não demonstrar a situação dinâmica da articulação.

A causa da instabilidade anterior está centrada em três conceitos principais: 1) no defeito capsular ou labial, como descrito por Bankart(5); 2) na insuficiência muscular, como descrito por Magnuson e Stack(12) e DePalma et al(13); e 3) nas anormalidades da cavidade glenóide ou da cabeça umeral.

O tratamento da instabilidade anterior era inicialmente conservador com ênfase na reabilitação. Resultados desanimadores, com altos índices de reluxação, fizeram com que técnicas abertas de correção fossem desenvolvidas(14). Mais de 150 procedimentos cirúrgicos já foram descritos para o tratamento da instabilidade anterior do ombro(15). Em 1938, Bankart(16) publicou uma técnica de reparo com suturas do lábio glenóideo e cápsula, utilizando-se de perfurações no rebordo da glenóide. Com o objetivo de tornar a cirurgia menos traumática, as âncoras metálicas substituíram as perfurações no rebordo anterior da glenóide(3,17,18).

O objetivo deste estudo é demonstrar a técnica e os resultados na reconstrução das luxações anteriores recidivantes do ombro com a utilização de âncoras.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram avaliados, no IOT/Passo Fundo, RS, 54 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico por via aberta com o uso de âncoras para reparação de lesão de Bankart no período de março de 1995 a julho de 2000. Todos os pacientes foram operados pelo mesmo cirurgião.

O diagnóstico foi baseado na história clínica e no exame físico (teste da apreensão e teste da gaveta anterior). O teste da relocação e aqueles que avaliam a hipermobilidade articular foram utilizados para avaliar a possível concomitância de instabilidade multidirecional. Todos os pacientes foram radiografados em três incidências. A artrotomografia computadorizada foi somente utilizada quando houve dúvida diagnóstica, já que o diagnóstico é baseado em minuciosa anamnese, associada ao exame físico e radiografias.

Os testes da apreensão e da gaveta anterior foram positivos em todos os pacientes.

Todos os pacientes foram avaliados pré-operatoriamente quanto ao uso do membro afetado nas atividades diárias, de trabalho e na prática de esportes.

Foram excluídos todos os pacientes que apresentavam: 1) instabilidade multidirecional; 2) avulsão óssea do rebordo da glenóide, que necessitava de abordagem cirúrgica específica para reconstrução óssea; 3) lesão capsular isolada; 4) evolução menor do que 24 meses de cirurgia; 5) pacientes submetidos a outras técnicas cirúrgicas.

Todos os pacientes apresentavam episódios múltiplos de luxação anterior pós-traumática ou adquirida(1). Foi identificada uma causa traumática inicial em 51 pacientes, sendo os três restantes classificados como de causa adquirida (tabela 1).

TABELA 1 / TABLE 1
Relação de pacientes do estudo
Patients list

	Paciente	Sexo	Idade anos	Lado op./dom.	Profissão	Esporte	1ª lux.	Nº lux.	Data cirurgia	Seguimento (meses)	Idade 1ª lux.	Traum./ adq.	Rowe	Âncoras
	Patient initials	Gender	Age (Yrs)	Side opposite/ sominant	Occupation	Sport	1st disloc.	Number of disloc.	Date of surgery	Follow-up (months)	Age at 1st disloc.	Traum./ acquired	Rowe	Anchor
1	AF	M	36	E O L O	Militar Military	-	4/85	Várias Several	31/03/95	94	20	T	Bom Good	2
2	DRS	F	47	D D R D	Do lar Housewife	-	5/83	10	07/06/96	89	37	T	Bom Good	2
3	PHF	M	33	E E L O	Proc. do Estado State Law	Karatê Karate	6/92	5	08/06/96	89	29	A	Exc. Exc.	2
4	CAS	M	24	E D L D	Estudante Student	Surf Surf	5/92	3	03/07/96	88	20	T	Exc. Exc.	2
5	MRL	M	26	D D R D	Bombeiro Fireman	Futebol Soccer	1/96	4	02/08/96	77	26	T	Exc. Exc.	2

TABELA 1 (continuação) / TABLE 1 (continuation)

	Paciente	Sexo	Idade anos	Lado op./dom.	Profissão	Esporte	1ª lux.	Nº lux.	Data cirurgia	Seguimento (meses)	Idade 1ª lux.	Traum./ adq.	Rowe	Ancoras
	Patient Initials	Gender	Age (Yrs)	Side opposite/ sominant	Occupation	Sport	1st disloc.	Number of disloc.	Date of surgery	Follow-up (months)	Age at 1st disloc.	Traum./ acquired	Rowe	Andhors
6	SCF	M	31	D D R D	Goleiro Goal keeper	Goleiro P Goal keeper	5/96	2	04/10/96	75	31	T	Exc. Exc.	2
7	CS	M	26	D D R D	Oper. máq. Machinery	-	8/93	6	11/10/96	55	23	T	Exc. Exc.	2
8	GVP	M	19	D D R D	Est. univ. Student	-	10/96	2	18/11/96	75	19	T	Exc. Exc.	2
9	PRAF	M	33	E D L D	Militar Military	Futebol Soccer	1/96	10	17/01/97	72	32	T	Exc. Exc.	1
10	AAB	M	21	E D L D	Militar Military	Hipismo Horseback riding	6/96	3	28/02/97	71	20	T	Reg. Reg.	2
11	AH	M	22	D D R D	Dentista Dentist	Musc. Gym	5/92	8	13/02/97	71	17	A	Exc. Exc.	2
12	MG	M	20	D D R D	Estudante Student	Volei Volleyball	11/93	10	05/03/97	70	16	T	Exc. Exc.	2
13	TFD	M	32	E D L D	Bancário Bank teller	Futebol Soccer	4/95	9	14/05/97	68	30	T	Ruim Bad	1
14	CPD	M	19	D D R D	Aux. escr. Office	Futebol Soccer	6/96	6	02/07/97	66	18	T	Exc. Exc.	2
15	RH	M	20	E E L O	Téc. adm. Office	Choque Shock	10/94	7	05/07/97	66	17	T	Exc. Exc.	2
16	FCM	M	29	D D R D	Estudante Student	Surf Surf	6/96	4	15/07/97	66	28	T	Exc. Exc.	2
17	VR	M	26	D D R D	Marceneiro Carpenter	-	4/90	Várias Several	01/08/97	65	19	T	Ruim Bad	2
18	ALF	M	31	D D R D	Goleiro Goal keeper	Goleiro P Goal keeper	17/96	10	13/08/97	65	30	T	Exc. Exc.	2
19	MAPP	M	23	E D L D	Estudante Student	-	6/97	15	04/03/98	58	22	T	Exc. Exc.	2
20	LPFT	M	38	E E L L	Radialista Speaker	-	12/87	8	06/03/98	58	28	T	Exc. Exc.	2
21	LGP	M	23	D D R D	Operário Laborer	Futebol Soccer	8/97	8	18/03/98	58	22	T	Reg. Reg.	2
22	RCPN	M	23	E D L D	Servente Laborer	-	6/95	5	27/03/98	58	20	T	Exc. Exc.	2
23	MM	M	21	D D R D	Estudante Student	Futebol Soccer	12/97	4	03/04/98	57	20	T	Exc. Exc.	2

TABELA 1 (continuação) / TABLE 1 (continuation)

	Paciente <i>Patient initials</i>	Sexo <i>Gender</i>	Idade anos <i>Age (Yrs)</i>	Lado op./dom. <i>Side opposite/ sominant</i>	Profissão <i>Occupation</i>	Esporte <i>Sport</i>	1ª lux. <i>1st disloc.</i>	Nº lux. <i>Number of disloc.</i>	Data cirurgia <i>Date of surgery</i>	Seguimento (meses) <i>Follow-up (months)</i>	Idade 1ª lux. <i>Age at 1st disloc.</i>	Traum./ adq. <i>Traum./ acquired</i>	Rowe <i>Rowe</i>	Âncoras <i>Anchors</i>
24	GLFV	M	25	D D R D	Eletricista <i>Electrician</i>	Futebol <i>Soccer</i>	12/90	10	22/04/98	57	17	T	Exc. Exc.	2
25	SA	M	24	E D L D	Aux. escr. <i>Office</i>	-	4/93	20	26/05/98	56	19	T	Exc. Exc.	2
26	MLM	M	30	D D R D	Militar <i>Military</i>	Basquete <i>Basketball</i>	1/98	Várias <i>Several</i>	27/05/98	56	30	T	Exc. Exc.	2
27	JBB	F	39	E E L L	Nutricionista <i>Dietician</i>	Natação <i>Swimming</i>	8/82	8	14/09/98	52	23	T	Exc. Exc.	2
28	VVS	M	36	D D R D	Aux. prod. <i>Factory</i>	-	8/96	Várias <i>Several</i>	16/09/98	52	34	T	Ruim <i>Bad</i>	2
29	EJM	M	24	E D L D	Oper. máq. <i>Machinery</i>	-	10/96	10	18/11/98	50	22	T	Exc. Exc.	2
30	MRS	M	26	E D L D	Aux. escr. <i>Office</i>	-	2/90	Várias <i>Several</i>	14/12/98	49	15	T	Exc. Exc.	2
31	WVG	M	17	D D R D	Estudante <i>Student</i>	-	6/98	6	14/04/99	45	18	T	Exc. Exc.	3
32	ASG	M	17	D D R D	Estudante <i>Student</i>	Futebol <i>Soccer</i>	12/98	2	05/05/99	44	16	T	Exc. Exc.	2
33	ABK	M	19	D D R D	Estudante <i>Student</i>	Handebol <i>Handball</i>	5/96	10	09/06/99	43	16	T	Exc. Exc.	2
34	DKS	M	27	E E L L	Func. públ. <i>Public servant</i>	Futebol <i>Soccer</i>	1/98	10	15/09/99	40	26	T	Exc. Exc.	2
35	CC2	M	25	D D R D	Serv. gerais <i>Cleaning</i>	-	10/98	4	06/10/99	39	24	T	Exc. Exc.	2
36	ELS	M	29	D D R D	Militar <i>Military</i>	Atletismo <i>Track</i>	9/98	3	30/10/99	39	24	T	Exc. Exc.	2
37	RBR	M	24	E D L D	Serv. gerais <i>Cleaning</i>	-	11/99	5	05/01/00	36	23	T	Exc. Exc.	2
38	RK	M	18	E D L D	Estudante <i>Student</i>	-	1/97	4	29/01/00	36	15	T	Bom <i>Good</i>	2
39	CC	M	24	E D L D	Mecânico <i>Mechanic</i>	-	4/97	4	07/02/00	35	21	T	Exc. Exc.	2
40	EP	M	26	E D L D	Eletricista <i>Electrician</i>	Goleiro A <i>Goalkeeper</i>	1/98	20	20/03/00	35	24	T	Ruim <i>Bad</i>	3
41	DC	M	23	E D L D	Comerciante <i>Commerce</i>	-	5/96	4	24/03/00	35	19	T	Exc. Exc.	3
42	AM	M	26	D D R D	Músico <i>Musician</i>	Judo <i>Judo</i>	4/96	Várias <i>Several</i>	14/03/00	34	19	T	Exc. Exc.	3

TABELA 1 (continuação) / TABLE 1 (continuation)

Paciente	Sexo	Idade anos	Lado op./dom.	Profissão	Esporte	1ª lux.	Nº lux.	Data cirurgia	Seguimento (meses)	Idade 1ª lux.	Traum./ adq.	Rowe	Âncoras	
Patient initials	Gender	Age (Yrs)	Side opposite/ sominant	Occupation	Sport	1st disloc.	Number of disloc.	Date of surgery	Follow-up (months)	Age at 1st disloc.	Traum./ acquired	Rowe	Anchors	
43	LAB	M	30	E D L D	Empresário Executive	Futebol Soccer	4/96	50	05/03/00	34	26	T	Exc. Exc.	2
44	HRD	M	22	E E L L	Estudante Student	-	2/00	8	14/03/00	34	23	T	Exc. Exc.	2
45	RAH	M	26	E D L D	Advogado Lawyer	Judô A Judo	6/93	3	17/03/00	34	19	T	Exc. Exc.	3
46	RFP	M	21	E D L D	Estudante Student	Surf Surf	8/97	22	09/04/00	33	18	T	Exc. Exc.	3
47	CCM	M	19	E D L D	Estudante Student	Natação Swimming	11/99	4	18/04/00	33	18	A	Exc. Exc.	2
48	JS	M	31	E D L D	Serv. gerais Cleaning	Futebol Soccer	8/98	Várias Several	28/04/00	33	29	T	Exc. Exc.	2
49	FRB	M	34	E D L D	Policial Policeman	Luta L. Free style	8/99	3	04/05/00	32	33	T	Exc. Exc.	2
50	EPS	M	49	E D L D	Bancário Bank teller	-	1/90	10	11/05/00	32	39	T	Exc. Exc.	3
51	LF	M	16	D D R D	Estudante Student	Futebol Soccer	12/98	2	28/05/00	32	14	T	Ruim Bad	2
52	HJS	M	37	E D L D	Servente Laborer	-	7/91	Várias Several	24/06/00	31	28	T	Exc. Exc.	2
53	RB	M	21	D D R D	Estudante Student	-	1/98	3	16/07/01	30	19	T	Exc. Exc.	3
54	AC	M	34	D D R D	Formulador Machinery	-	3/91	Várias Several	30/07/01	30	25	T	Exc. Exc.	2

Legenda: E = Esquerdo; D = Direito; M = Masculino; F = Feminino; T = Traumático; A = Adquirido; Exc. = Excelente; Reg. = Regular.
L = left; R = right; M = male; F = female; T = traumatic; A = acquired; Exc. = excellent; Reg. = regular.

Houve apenas um caso de lesão bilateral, mas somente um ombro foi considerado no estudo, pois o outro não se enquadrava no tempo mínimo de seguimento pós-operatório.

O sexo masculino foi o predominante (52 homens para duas mulheres).

A idade dos pacientes na data do procedimento cirúrgico variou de 16 a 49 anos, com média de 26,7 anos. A idade, na época da primeira luxação, foi em média de 23 anos.

O lado direito (28 casos) foi mais acometido que o esquerdo (26 casos). Quanto à dominância, 48 pacientes eram destros e seis sinistros. O lado dominante foi o acometido em 31 (57%) casos.

Analizamos, então, os resultados cirúrgicos dos pacientes que apresentavam instabilidade anterior com lesão de Bankart e que foram submetidos a reparo desta lesão por âncoras, com seguimento mínimo de 30 meses.

Técnica cirúrgica

O paciente é posicionado em decúbito dorsal em mesa cirúrgica, com 20º de elevação da cabeceira, estando o ombro afetado apoiado na mesa, sob bloqueio de plexo braquial associado à sedação. O exame do ombro com o paciente sob anestesia é rotineiramente realizado previamente à cirurgia.

É utilizada uma incisão axilar anterior de 5cm, ao longo da prega cutânea axilar. É identificado e aberto o intervalo entre os músculos deltóide anterior e peitoral maior, afastando-se lateralmente a veia cefálica. A fáscia clavipectoral é aberta, para então identificar-se o tendão conjunto (coracobraquial, cabeça curta do bíceps, peitoral menor) e afastá-lo medialmente, tomando o cuidado para não lesar o nervo musculocutâneo. Visualiza-se o músculo subescapular, que é incisado transversalmente, a dois centímetros de sua inserção no tubérculo menor. O tendão é reparado e deslocado para o lado medial, ficando a sua parte profunda em

continuidade com a cápsula articular. A cápsula é então aberta ao longo do colo do úmero, até a porção mais inferior com o ombro em rotação externa máxima, objetivando que o recesso inferior seja incisado. O cirurgião deve identificar a localização do nervo axilar, para que não seja lesado nessa etapa.

A cabeça do úmero é deslocada lateralmente, utilizando um afastador de Fukuda, e com afastadores curvos o complexo lábio-ligamentar é deslocado medialmente. Então, todo o rebordo anterior da glenóide é exposto.

Nessa etapa o cirurgião identifica o tamanho da lesão e decide sobre o número de âncoras a ser utilizado, podendo variar de uma a quatro. Ocasionalmente, observam-se irregularidades no lábio superior da glenóide, já que é perfeitamente possível avaliar o rebordo superior da glenóide pelo método aberto. Após curetagem para tornar o rebordo glenóideo cruento, as âncoras são inseridas de modo a permitir que todo o complexo lábio-ligamentar seja seguramente estabilizado ao rebordo ósseo. Em média, é colocada uma âncora a cada 1,0cm de lesão (fig. 1A e 1B).

As âncoras utilizadas neste trabalho são do tipo Anchortek® GMII e fixadas com fio Vycril-1®. A âncora deve ser introduzida no lado articular do rebordo ósseo(6,18), permitindo que a cápsula fique firmemente aderida.

Após o fechamento do lábio, o cirurgião avalia a qualidade da reparação. Com o objetivo de diminuir o tamanho do recesso inferior, a cápsula articular e o músculo subescapular são suturados sob tração superior e com o membro em 20º de rotação externa. Além disso, o intervalo dos rotadores é igualmente fechado, com sutura tipo embricamento. Esses dois passos cirúrgicos objetivam tratar a instabilidade-frouxidão associada, especialmente em casos de múltiplas luxações. A pele é fechada com fio absorvível com pontos intradérmicos.

Fig. 1A
Desenho
demonstrando
a forma de
colocação da
âncora no lado
articular do
rebordo da
glenóide

Fig. 1A
Drawing
showing the
way to fix the
anchor in the
articular side
of glenoid rim

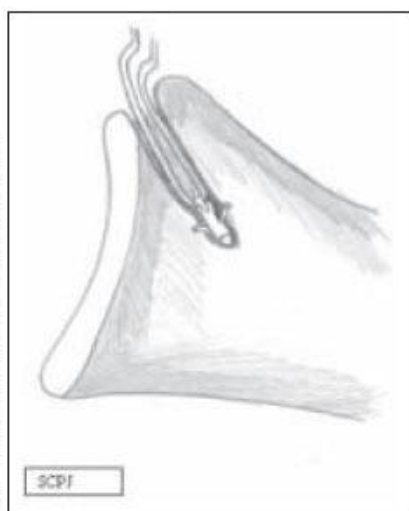


Fig. 1B
Radiografia
demonstrando o
posicionamento
das âncoras no
rebordo anterior
da glenóide

Fig. 1B
Radiography
showing
the anchor
position in the
glenoid rim



O tempo de internação média é de 24 horas. O paciente é orientado a manter o membro superior operado em tipóia durante duas a três semanas. Nesse período ele realiza exercícios isométricos e pêndulos a partir do 7º dia pós-operatório.

Após três semanas é descontinuado o uso da tipóia e iniciam-se exercícios para ganho de mobilidade articular e força muscular.

A avaliação dos resultados foi feita através de um formulário-padrão, no qual são analisados os critérios de estabilidade, mobilidade e função. Todos os pacientes operados foram rotineiramente examinados e interrogados nas consultas pósoperatórias. Os dados foram então analisados segundo os critérios de

RESULTADOS

O seguimento médio foi de 50,2 meses, com mínimo de 30 meses e máximo de 94.

Foi utilizada uma âncora em dois casos, duas âncoras em 44 casos e três âncoras em oito casos.

A análise dos dados pelos critérios de Rowe resultou em 44 casos excelentes (81,5%), três casos bons (5,6%), dois casos regulares (3,7%) e cinco casos ruins (9,3%).

Cinco pacientes luxaram o ombro operado após a cirurgia. Todos esses foram enquadrados como casos ruins.

DISCUSSÃO

Apesar de a instabilidade anterior do ombro ser observada há muitos séculos, um estudo mais aprofundado das causas e de seu tratamento só foi feito mais recentemente. A partir da descrição de técnica asséptica por Lister, em 1867, vários fo-ram os que contribuíram para o entendimento dessas lesões e seu tratamento, como Malgaigne, Hill, Sachs, Caird, Broca, Hartmann e Perthes (apud Neer(1)).

Existem várias opções para o tratamento das luxações traumáticas recidivantes. Tais técnicas podem ser agrupadas de acordo com a estrutura anatômica a ser abordada: a) reparação da cápsula e do lábio na glenóide (Bankart, Moseley, Eyre-Brook, du Toit, Viek, Schott-Watzi); b) plicatura da cápsula e músculo (Putti-Platt, Symeonides); c) transferências tendíneas e musculares (Nicola, Magnuson-Stack, Gallie-Lemesunier, Boyd, Bristow-Helfet-Latarjet, Donato D'Angelo, Boytchev); d) bloqueio ósseo (Eden-Hybbinette, Noske, Lange, DeAnquin, Oudard-Iwahara-Yamamoto); além das e) osteotomias do úmero; f) transferências musculares para a cabeça do úmero; e g) capsulorrafias.

Dos procedimentos que se tornaram mais populares e utilizados no nosso meio, as cirurgias de Putti-Platt e Magnuson-Stack, devido a associação com complicações como limitação da rotação externa e desenvolvimento de alterações degenerativas articulares, são raramente empregadas nos dias de hoje(20).

O uso da técnica de Bristow também é limitado, pois ela desorganiza a anatomia normal da articulação(10,21). O procedimento de Eden-Hybinette leva a altas taxas de complicações(22).

Como resultado dos problemas associados aos outros métodos, a cirurgia de Bankart(16), descrita em 1938, é o procedimento mais usado atualmente no tratamento da instabilidade anterior traumática do ombro.

Neer(23) descreveu uma capsuloplastia que é utilizada por muitos autores(24,25), pois diminui o volume capsular, que é considerado como um dos fatores de instabilidade. Num estudo cadavérico, Lubowitz et al(26) mostraram que o fechamento do recesso capsular inferior reduziu o volume do ombro em 57%. O procedimento clássico de Bankart é freqüentemente associado com uma capsuloplastia para corrigir a frouxidão ligamentar. Esse é o procedimento de escolha para muitos ortopedistas(19,23,25,27).

Quatro pacientes haviam sido submetidos a cirurgia prévia, um deles duas vezes. A técnica utilizada previamente ha-via sido a da amarra transóssea (Bankart clássico) em todos os pacientes. Dois desses pacientes estão entre os que reluxaram o ombro operado após a cirurgia com âncoras.

Quarenta e cinco pacientes souberam precisar o número de luxações precedendo a cirurgia. Esse número variou entre duas e 20 luxações, com média de sete. Os pacientes restantes não souberam afirmar o número de luxações, considerando este valor maior que 20.

Dois pacientes eram atletas profissionais (goleiros de futebol) e dois praticavam esportes em competição, mas não como atividade principal (judô-faixa preta e goleiro de futebol de salão). Dos 50 pacientes restantes, 26 praticavam esportes com frequência e 24 eventualmente ou não o faziam.

Cinco pacientes luxaram o ombro operado após a cirurgia.

Três pacientes referiram um ou mais episódios de apreensão do ombro, sem instabilidade ao exame físico.

A análise dos dados pelos critérios de Rowe resultou em 44 casos excelentes (81,5%), três casos bons (5,6%), dois casos regulares (3,7%) e cinco casos ruins (9,3%).

Analisaremos isoladamente os resultados dos casos classificados como resultados regulares e ruins: o paciente no 10 no 71º mês de seguimento referiu dois episódios de apreensão e desconforto com o uso do ombro em certas atividades; o paciente no 13 apresentou três episódios de luxação pós-operatória no 68º mês de acompanhamento, eventos relacionados a traumas esportivos; o paciente no 17 reluxou durante trauma grave (acidente de automóvel) um ano e dois meses após a cirurgia e apresentava sinal da apreensão, dores ocasionais e restrição leve de suas atividades; o paciente no 21, apesar de apresentar exame físico normal, queixava-se de dores e dificuldades para o trabalho (atividade repetitiva com membro superior erguido) e, aos 58 meses de pós-operatório, ainda solicitava atestados para o afastamento do trabalho; o paciente no 28, 52 meses após a cirurgia referiu episódio isolado de luxação traumática, dores aos movimentos, demonstrou estar insatisfeito com o resultado final e informou que trabalhava em atividade de esforços repetitivos e estava envolvido em causas trabalhistas; o paciente no 40, que havia sido operado previamente, com suturas intra-ósseas, após 17 meses do segundo procedimento e de ótima evolução, sofreu um episódio de luxação em prática desportiva (goleiro) - apresentava leve restrição de mobilidade; e o paciente no 51, previamente operado, relatou episódio isolado de luxação do ombro durante a prática de futebol.

A média de idade do primeiro episódio de luxação corresponde aos valores do estudo de Walch et al(28). A idade do paciente e as forças necessárias para ocorrer uma luxação inicial são fatores importantes na determinação do prognóstico e lesões associadas. Os pacientes abaixo de 30 anos de idade são mais propensos a sofrer luxações recorrentes, enquanto que os acima de 50 anos têm maior predisposição a romper o manguito rotador ou fraturar o rebordo anterior da glenóide no momento da luxação(4).

Simoni(*) encontrou 100% de lesão de Bankart em 57 pacientes estudados que apresentavam luxação traumática do ombro, e em 87% de 23 ombros estudados, com luxações atraumáticas.

Estudos de grandes séries comparando diferentes métodos demonstram que a taxa de recorrência de instabilidade por via artroscópica excede a de procedimentos por via aberta(17,29,30). Modificações nas técnicas e a evolução na curva de aprendizado estão gradualmente melhorando os resultados finais(31). O reparo artroscópico tem várias vantagens teóricas comparado com procedimentos abertos, incluindo dissecação mínima, menor lesão tecidual e ausência de cicatriz cutânea extensa.

Todas as recidivas observadas na nossa série foram em decorrência de traumatismos graves.

Relatos de complicações graves não são frequentes, mas devem ser lembrados(24).

Não observamos nenhuma complicação grave como lesão nervosa, óssea ou infecção. Isso, provavelmente, por ser uma abordagem ampla, de fácil visualização das estruturas e com mínimo sangramento.

Observamos que os resultados finais também dependeram de fatores não considerados pelos testes de avaliação comumente utilizados. Foram eles: 1) pacientes avaliados logo após um episódio de luxação tenderam a referir maior dor, restrição maior da mobilidade e insatisfação com o resultado final; 2) a colaboração do paciente: pacientes rebeldes, ou envolvidos em causas trabalhistas estavam diretamente relacionados aos resultados mais pobres; e 3) a atividade do paciente: pacientes com atividades repetitivas acima do nível do ombro também estão relacionados a maus resultados. Em casos em que a exigência física é grande, como o do goleiro de futebol, aumenta o risco de reluxação.

Como o objetivo cirúrgico final é prover ao paciente um ombro estável e com bom arco de movimento, a técnica aberta com utilização de âncoras satisfaz esses preceitos em 87% dos casos.

CONCLUSÕES

- 1) O emprego de âncoras no tratamento da luxação recidivante do ombro é um procedimento simples, seguro e reproduzível;
- 2) Com 87,1% de excelentes e bons resultados, esta técnica traz um alto índice de satisfação e retorno às atividades diárias;
- 3) Os casos em que se observou luxação ou apreensão se deveram a alta demanda do ombro em atividades esportivas e/ou repetitivas, ou a novo trauma violento.

REFERÊNCIA

1. Neer C.S.: Cirurgia do Ombro. Rio de Janeiro: Revinter, p. 257-339, 1995.
2. Stephen H.L., Mark H.H.: Anterior shoulder instability. Clin Orthop 323: 327- 337, 1996.
3. Norlin R.: Use of Mitek anchoring for Bankart repair: a comparative, randomized, prospective study with traditional bone sutures. J Shoulder Elbow Surg 3: 381-385, 1994.
4. Ianotti J.P., Williams G.R.: Disorders of the shoulder: diagnosis and management. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, p. 251-293, 1999.
5. Bankart A.S.B.: Recurrent or habitual dislocation of the shoulder joint. Br Med J 2: 1132-1133, 1923.
6. Tamai K., Higashi A., Tanabe T., Hamada J.: Recurrences after the open Bankart repair: a potential risk with use of suture anchors. J Shoulder Elbow Surg 1: 37-41, 1999.
7. Thomas S.C., Matsen F.A.: An approach to the repair of avulsion of glenohumeral ligaments in the management of traumatic anterior glenohumeral instability. J Bone Joint Surg [Am] 71: 506-513, 1989.
8. Rockwood Jr. C.A.: Subluxation of the shoulder: the classification, diagnosis, and treatment [abstr]. Orthop Trans 4: 306, 1979.
9. Lech O.: "Luxações traumáticas glenoumerais". In: Fundamentos em cirurgia do ombro. São Paulo: Habra, p. 98-116, 1995.
10. Matsen III F.A., Homas S.C., Rockwood Jr. C.A.: "Anterior glenohumeral instability". In: Rockwood Jr. C.A., Matsen III F.A.: The Shoulder. Philadelphia: W.B. Saunders, 1990.

11. Martins Neto F.G., Nicoletti S.J., Faloppa F.A.: Ocorrência do sinal do sulco e sua relação com frouxidão ligamentar e instabilidade do ombro. Rev Bras Ortop 33: 800-804, 1998.
12. Magnuson P.B., Stack J.K.: Recurrent dislocation of the shoulder. JAMA 123: 889-892, 1943.
13. DePalma A.F., Cooke A.J., Prabhakar M.: The role of the subscapularis in recurrent anterior dislocations of the shoulder. Clin Orthop 54: 35-49, 1967.
14. Arciero R.A., Wheeler J.H., Ryan J.B., et al: Arthroscopic Bankart repair versus nonoperative treatment for acute, initial anterior shoulder dislocations. Am J Sports Med 22: 589-594, 1994.
15. Freeman III B.L.: "Recurrent dislocations". In: Crenshaw A.H.: Campbell's operative orthopaedics, 8th ed., St. Louis, Mosby Year Book, p. 1391-1461, 1992.
16. Bankart A.S.B.: The pathology and treatment of recurrent dislocation of the shoulder joint. Br J Surg 26: 23-29, 1938.
17. Tamai K., Sawazaki Y., Hara I.: Efficacy and pitfalls of the STARTAK soft-tissue attachment device for the Bankart repair. J Shoulder Elbow Surg 2: 216-220, 1993.
18. Levine W.N., Richmond J.C., Donaldson W.R.: Use of suture anchor in open Bankart reconstruction. Am J Sports Med 22: 723-726, 1994.
19. Rowe C.R., Patel D., Southmayd W.W.: The Bankart procedure: a long term end-result study. J Bone Joint Surg [Am] 60: 1-16, 1978.
20. Veado M.A.C., Silva E.D., Meira M.G.: Tratamento cirúrgico da instabilidade anterior recidivante do ombro com reparo da lesão de Bankart e/ou tensionamento capsular. Rev Bras Ortop 32: 741-745, 1997.
21. Gill T.J., Michelli I.J., Geghard F., et al: Bankart repair for anterior instability of the shoulder. J Bone Joint Surg [Am] 79: 850-857, 1997.
22. Norris T.R.: "Complications following anterior instability repairs". In: Bigliani L.U.: Complications of shoulder surgery. Baltimore: Williams and Wilkins, p. 98-116, 1993.
23. Neer C.S., Foster C.R.: Inferior capsular shift for involuntary inferior and multidirectional instability of the shoulder. A preliminary report. J Bone Joint Surg [Am] 62: 897-907, 1980.
24. Nicoletti S., Carrera E.F., Ejnisman B., et al: Tratamento cirúrgico da instabilidade glenoumeral pela técnica de Bankart e capsuloplastia à Neer. Rev Bras Ortop 33: 700-704, 1998.
25. Checchia S.L., Doneux S. P., Moncada J.H., et al: Tratamento cirúrgico da luxação recidivante anterior do ombro pela técnica da capsuloplastia associada com a reparação da lesão de Bankart. Rev Bras Ortop 28: 609-616, 1993.
26. Lubowitz J., Bartolozzi A., Rubinstein D., et al: How much does inferior capsular shift reduce shoulder volume? Clin Orthop 328: 86-90, 1996.
27. Sandoval F.A., Machado I.R., Bandeira R.: Reparação cirúrgica da luxação recidivante do ombro pela técnica de Bankart. Rev Bras Ortop 33: 719-723, 1998.

28. Walch G., Charret P., Pietro-Paoli H., et al: La luxation recidivante anterieure de l'épaule: les recidives post-operatoires. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot 72: 541-555, 1986.
29. Griffin L.Y.: "Chronic shoulder problems in athletes". In: Orthopaedic knowledge update: sports medicine. Rosemont, IL, American Academy of Orthopaedic Surgeons, p. 153-163, 1994.
30. Guanche C.A., Quick D.C., Sodergren K.M., Buss D.D.: Arthroscopic versus open reconstruction of the shoulder in patients with isolated Bankart lesions. Am J Sports Med 24: 144-148, 1996.
31. Godinho G.G., Souza J.M.G., Freitas J.M.A., et al: Tratamento da instabilidade anterior do ombro. Experiência com a técnica de Morgan. Rev Bras Ortop 32: 265-271, 1997.



Português PDF (/exportar-pdf/1626?nome=38-10%2F2003_NovDez_13.pdf)



Imprimir



Enviar este artigo por email (/indicar/1626/pt-BR)



Como citar este artigo (/how-to-cite/1626/pt-BR)



Enviar um comentário (/comments/1626/pt-BR)



Mendeley (<http://www.mendeley.com/import/?url=https%3a%2f%2frbo.org.br%2fdetalhes%2f1626%2ftp-BR%2fo-uso-de-ancoras-no-reparo-aberto-da-luxacao-anterior-recidivante-do-ombro->)



Pocket (<http://www.addthis.com/bookmark.php?v=300&winname=addthis&pub=xa-4c347ee4422c56df&source=tbx-300,men-300&lng=pt-BR&s=pocket&url=https://rbo.org.br/detalhes/1626/pt-BR/o-uso-de-ancoras-no-reparo-aberto-da-luxacao-anterior-recidivante-do-ombro->)



Compartilhar no Facebook ([http://www.addthis.com/bookmark.php?v=300&winname=addthis&pub=xa-4c347ee4422c56df&source=tbx-300,men-300&lng=pt-BR&s=facebook&url=https://rbo.org.br/detalhes/1626/pt-BR/o-uso-de-ancoras-no-reparo-aberto-da-luxacao-anterior-recidivante-do-ombro-&title=O uso de âncoras no reparo aberto da luxação anterior recidivante do ombro*](http://www.addthis.com/bookmark.php?v=300&winname=addthis&pub=xa-4c347ee4422c56df&source=tbx-300,men-300&lng=pt-BR&s=facebook&url=https://rbo.org.br/detalhes/1626/pt-BR/o-uso-de-ancoras-no-reparo-aberto-da-luxacao-anterior-recidivante-do-ombro-&title=O%20uso%20de%20%C3%A2ncoras%20no%20reparo%20aberto%20da%20luxa%C3%A7%C3%A3o%20anterior%20recidivante%20do%20ombro*))



Compartilhar no Twitter ([https://twitter.com/intent/tweet?text=O uso de âncoras no reparo aberto da luxação anterior recidivante do ombro* http://www.rbo.org.br/detalhes/1626/pt-BR?doi=](https://twitter.com/intent/tweet?text=O%20uso%20de%20%C3%A2ncoras%20no%20reparo%20aberto%20da%20luxa%C3%A7%C3%A3o%20anterior%20recidivante%20do%20ombro*%20http://www.rbo.org.br/detalhes/1626/pt-BR?doi=))

Artigos Relacionados

- ➔ Avaliação de resultados pós-operatórios do tratamento videoartroscópico para luxação recidivante de ombro com o uso de âncoras metálicas (/detalhes/2108/pt-BR)
- ➔ Tratamento da luxação recidivante anterior de ombro: uso de enxerto ósseo na deficiência da glenóide* (/detalhes/3014/pt-BR)
- ➔ AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO REPARO ARTROSCÓPICO DA INSTABILIDADE ANTERIOR RECIDIVANTE DO OMBRO. (/detalhes/1436/pt-BR)
- ➔ LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO: DO PAPIRO DE EDWIN SMITH À CAPSULOPLASTIA TÉRMICA (/detalhes/32/pt-BR)
- ➔ Luxação recidivante anterior do ombro: tratamento pela técnica de Rockwood (/detalhes/842/pt-BR)

Indexada:



(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)



(<https://www.scopus.com/>)



(http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0102-3616&lng=en&nrm=iso)



(<http://brasil.bvs.br/>)

Filiada:



(<https://www.abecbrasil.org.br/novo/>)

Desenvolvido:



(<http://www.gn1.com.br>)

© RBO - 2020 Todos os Direitos Reservados



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional