

Luxação Recidivante Anterior Traumática de Ombro: Tratamento

*Autoria: Sociedade Brasileira de
Ortopedia e Traumatologia
Associação Brasileira de Cirurgia da Mão
Colégio Brasileiro de Radiologia*

Elaboração Final: 30 de outubro de 2007

Participantes: Miyazaki AN, Veado MAC, Pilusk P,
Ohara G, Skaf AY,

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Os dados para essas diretrizes foram coletados a partir de revisão bibliográfica na base MEDLINE-PubMed. Foram utilizados os descritores: “*Shoulder Dislocation*”, “*Arthroscopy*”, “*Open Surgery*”.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Orientar para abordagem inicial do paciente portador de uma luxação anterior traumática recidivante do ombro, no que se refere à propedêutica e ao tratamento, independente da idade.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

Recentemente, com o aumento da frequência e da preferência por esportes que utilizam o membro superior, a cirurgia de ombro tem chamado maior atenção dos ortopedistas, pois o número de lesões de ombro em pacientes que procuram os ambulatórios tem crescido progressivamente.

A instabilidade de ombro é uma das afecções mais complexas e desafiadoras dentre as que acometem essa articulação, tanto em relação ao seu correto diagnóstico como ao seu tratamento e, por isso, desperta grande interesse dentro da especialidade. A sua frequência é alta na prática clínica, geralmente acomete pacientes jovens ou atletas, pois essa articulação possui configuração anatômica que permite amplo arco de movimento, o que leva ao comprometimento da sua estabilidade.

Com a evolução da cirurgia de ombro e do conhecimento da sua biomecânica, algumas das técnicas cirúrgicas clássicas têm sido abandonadas, principalmente porque, além de mostrar altas taxas de recidiva e/ou complicações tardias, como a artrose, algumas delas promoviam estabilização pelo tensionamento das estruturas anteriores, ocasionando a limitação da rotação lateral, o que hoje não é considerado bom resultado, tendo em vista a crescente popularidade de esportes que utilizam o membro superior e necessitam da amplitude normal dos movimentos. Assim, o reconhecimento das alterações anatômicas que ocasionam a instabilidade de ombro nos permite a sua correção de forma a restaurar a anatomia normal, resgatando a sua estabilidade, com menor comprometimento da mobilidade.

O tratamento da instabilidade de ombro pode ser realizado pelas técnicas aberta ou artroscópica, com os mesmos princípios apresentados, corrigindo e resgatando a anatomia, sem reduzir a mobilidade.

Apesar das limitações, da maior curva de aprendizado, da necessidade de materiais específicos e de maior custo, a cirurgia artroscópica tem se tornado método consagrado e realizado com maior frequência.

A ARTRO-RESSONÂNCIA MAGNÉTICA É INDISPENSÁVEL NA PROPEDÊUTICA DA LUXAÇÃO RECIDIVANTE ANTERIOR DE OMBRO?

O diagnóstico da luxação glenoumeral recidivante de ombro geralmente é dado pela história clínica e por um exame físico acurado¹(D). Somente nos casos duvidosos, com diagnóstico mal definido, a artro-ressonância magnética fornece informações mais valiosas¹(D).

A artro-ressonância magnética se sobrepõe à ressonância magnética convencional nos casos de lesões específicas como: SLAP (lesão labro-bicipital superior), HAGL (avulsão umeral do ligamento glenoumeral inferior) e ALPSA (avulsão da manga perióstica labral anterior), variações de lesões do lábio glenoidal, quando poderá interferir no tipo de tratamento a ser indicado, aberto ou artroscópico²(A).

Nos casos de luxação traumática aguda, a ressonância magnética convencional permite adequada visualização das lesões de Bankart e Hill-Sachs¹(D).

A IDADE DO PACIENTE NO MOMENTO DA PRIMEIRA LUXAÇÃO DE OMBRO INFLUENCIA NA OPÇÃO DO TRATAMENTO?

Quanto mais jovem o paciente, maior é a atividade física e, conseqüentemente, maior é o índice de perpetuação da instabilidade, mesmo que seja adequadamente tratado, independentemente do tipo e tempo de imobilização³(B). À medida que a idade avança, há menor probabilidade de ocorrerem novos episódios de luxação³(B).

Em pacientes jovens, existe maior probabilidade de necessitar tratamento cirúrgico devido ao maior índice de recidiva da instabilidade, no entanto, não há indicação de tratamento cirúrgico logo após a primeira luxação. O tratamento conservador deve ser aplicado, pois há probabilidade de ocorrer estabilização articular, exceto em atletas ou paciente com atividade laborativa em que a luxação do ombro possa colocá-lo em risco²(A).

APÓS O PRIMEIRO EPISÓDIO DE LUXAÇÃO DE OMBRO, QUAL É A OPÇÃO DE TRATAMENTO QUE OFERECE MAIOR SEGURANÇA EM RELAÇÃO À ESTABILIDADE?

A opção de tratamento que oferece maior segurança em relação à estabilidade é o tratamento cirúrgico, seja pela técnica aberta ou a artroscópica^{4,5}(A). Entretanto, a indicação de cirurgia obedece a critérios rigorosos, estando reservada àqueles jovens envolvidos em atividades esportivas ou laborais que ponham em risco a sua segurança^{2,6}(A). Lembrando que, quanto mais jovem e ativo for o paciente no momento da primo-luxação, maior será o índice de recorrência, principalmente nos do sexo masculino²(A). Por outro lado, em pacientes com idade acima dos 30 anos, a taxa de recorrência diminui consideravelmente³(B).

A TÉCNICA ARTROSCÓPICA É SUPERIOR AO MÉTODO ABERTO NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO RECIDIVANTE TRAUMÁTICA ANTERIOR DE OMBRO, EM PACIENTES COM LESÃO DE BANKART ISOLADA?

A estabilização do ombro pela técnica artroscópica, na prevenção da recidiva de

instabilidade, ou para permitir ao paciente que retorne às atividades laborativas, é controversa: há resultados em que a técnica artroscópica é menos eficaz que a operação pelo método aberto⁷(A), assim como outros em que não há diferença na estabilização entre ambos os métodos de cirurgia⁸(A). No entanto, a operação pela técnica artroscópica permite obtenção de melhores resultados quanto à recuperação da função e dos movimentos, segundo critério de avaliação de Rowe^{7,8}(A).

QUAL O PERÍODO DE TEMPO DEVE SER CONSIDERADO COMO O MAIS ADEQUADO PARA AVALIAÇÃO DA INSTABILIDADE RECIDIVANTE APÓS O 1º EPISÓDIO DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA AGUDA?

Em pacientes com idades variando de 15 a 35 anos, tratados com imobilização em tórax, seguida de um programa de reabilitação, o risco de instabilidade recorrente e a recuperação funcional alcançam um platô aos dois anos após a luxação inicial. Seguimentos de dois anos são adequados para detectar diferenças clinicamente importantes entre grupos de pacientes, com redução no número de perdas durante o seguimento⁹(B).

É UMA CONDUTA ADEQUADA ESTABILIZAR TODOS OS PACIENTES APÓS O 1º EPISÓDIO DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA AGUDA?

Metade dos pacientes que tiveram uma luxação aguda não terá instabilidade em cinco anos. A outra metade terá um ou mais episódios de luxação, e na dependência dos graus variados de instabilidade e sintomas, somente metade deste último grupo vai necessitar de cirurgia¹⁰(B).

Mesmo no grupo mais jovem, de alto risco, envolvidos em atividades esportivas de membro superior, ou em esportes de contato corporal, somente a metade requererá cirurgia e a outra decidirá conviver com a instabilidade¹⁰(B).

Existe uma grande possibilidade do ombro se estabilizar após o 1º episódio, o que permite um excelente escore, comparável ao do paciente submetido ao reparo artroscópico. Mesmo no grupo de jovens de alto risco, 65% nunca requerem cirurgia durante os cinco anos de seguimento. Embora a cirurgia possa resultar em excelente escore de avaliação, permanece difícil justificá-la na fase aguda¹⁰(B).

REFERÊNCIAS

1. Wülker N, Ruhmann O. MRI in dislocation and instability of the shoulder joint. *Orthopade* 2001;30:492-501.
2. Kirkley A, Werstine R, Ratjek A, Griffin S. Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization and rehabilitation in first traumatic anterior dislocations of the shoulder: long-term evaluation. *Arthroscopy* 2005;21:55-63.
3. Hovelius L, Augustini BG, Fredin H, Johansson O, Norlin R, Thorling J. Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients: a ten-year prospective study. *J Bone Joint Surg Am* 1996;78:1677-84.
4. Jakobsen BW, Johannsen HV, Suder P, Søjbjerg JO. Primary repair versus conservative treatment of first-time traumatic anterior dislocation of the shoulder: a randomized study with 10-year follow-up. *Arthroscopy* 2007;23:118-23.
5. Bottoni CR, Wilckens JH, DeBerardino TM, D'Alleryrand JC, Rooney RC, Harpstrite JK, et al. A prospective, randomized evaluation of arthroscopic stabilization versus nonoperative treatment in patients with acute, traumatic, first-time shoulder dislocations. *Am J Sports Med* 2002;30:576-80.
6. Handoll HH, Almaiyah MA, Rangan A. Surgical versus non-surgical treatment for acute anterior shoulder dislocation. *e Database Syst Rev* 2004;(1):CD004325.
7. Lenters TR, Franta AK, Wolf FM, Leopold SS, Matsen FA 3rd. Arthroscopic compared with open repairs for recurrent anterior shoulder instability. A systematic review and meta-analysis of the literature. *Joint Surg Am* 2007;89:244-54.
8. Fabbriani C, Milano G, Demontis A, Fadda S, Ziranu F, Mulas PD. Arthroscopic versus open treatment of Bankart lesion of the shoulder: a prospective randomized study. *Arthroscopy* 2004;20:456-62.
9. Robinson CM, Howes J, Murdoch H, Will E, Graham C. Functional outcome and risk of recurrent instability after primary traumatic anterior shoulder dislocation in young patients. *J Bone Joint Surg Am* 2006;88:2326-36.
10. Sachs RA, Lin D, Stone ML, Paxton E, Kuney M. Can the need for future surgery for acute traumatic anterior shoulder dislocation be predicted? *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:1665-74.