

Roturas Completas do Manguito Rotador: Tratamento Cirúrgico

*Autoria: Sociedade Brasileira de
Ortopedia e Traumatologia
Colégio Brasileiro de Radiologia*

Elaboração Final: 19 de outubro de 2007

Participantes: Pereira ES, Eijnisman B, Archetti Netto N, 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:

Foram consultadas as bases de dados MEDLINE, por meio do PubMed, a base de dados Cochrane de Revisões Sistemáticas e o Registro de Ensaios Controlados da Colaboração Cochrane, por meio da BVS. A estratégia de busca utilizada baseou-se em perguntas estruturadas na forma de P.I.C.O. (Paciente, Intervenção, Controle, *Outcome*). A seguir, foram selecionados, com base no abstract, os 333 trabalhos relacionados diretamente às intervenções para tratamento das lesões do manguito rotador. Esses trabalhos tiveram sua força de evidência científica classificada segundo as normas do *Oxford Centre for Evidence Based Medicine*, como também os ensaios clínicos controlados e randomizados foram submetidos à avaliação crítica. Por fim, selecionaram-se as 11 referências que, pela maior força de evidência científica, consistência e relevância clínica deram sustentação às recomendações da presente diretriz.

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:

Avaliar as opções cirúrgicas para o tratamento das lesões totais do manguito rotador, com base em evidências.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

As lesões do manguito rotador são uma das causas mais frequentes de dor e incapacidade funcional do membro superior. Com o nível de atividade crescente na população atual, lesões que no passado eram prevalentes em pacientes mais idosos atualmente são vistas em pacientes mais novos. Pacientes mais jovens, geralmente, estão envolvidos em atividades atléticas, com movimentos repetitivos do braço acima da cabeça, acidentes de alto impacto ou trabalho pesado. Já indivíduos de meia idade, frequentemente, apresentam tendinopatia resultante de sobrecarga repetitiva. Nos pacientes mais idosos, o que pode ocorrer é um impacto subacromial verdadeiro, causando atrito ao manguito rotador. A gênese das lesões do manguito acredita-se hoje ser de origem multifatorial.

Nas últimas duas décadas, o tratamento cirúrgico das lesões do manguito rotador foi alvo de várias publicações científicas discutindo estratégias para o tratamento cirúrgico, evoluindo do reparo aberto ao totalmente artroscópico destas lesões. O objetivo do tratamento cirúrgico é o alívio da dor e a melhora da função do membro. O reparo aberto possui uma série de complicações descritas na literatura, sendo que o tratamento por meio da artroscopia, apesar de uma técnica ainda em desenvolvimento, parece demonstrar bons resultados, tanto no período pós-operatório quanto em longo prazo. Os resultados dependem de uma equipe treinada e material adequado para realização da operação por meio desta técnica. Além disso, o reparo necessita de um tecido saudável que resulte na cicatrização das lesões.

O pensamento do tratamento por via artroscópica é baseado em realizar incisões menores, com pouco dano às partes moles, determinando menor morbidade, dor e maior facilidade para ganho de amplitude articular. A habilidade de avaliar, preparar, mobilizar e fixar as lesões tendíneas são preocupações relacionadas à qualidade do reparo e à evolução do paciente. A etiologia da lesão do manguito rotador pode estar relacionada a fatores mecânicos e biológicos. O fator biológico da reparação também é alvo de estudos. A terapia genética e a engenha-

ria de tecidos procuram formas de melhorar o potencial de cicatrização dos tendões.

○ TRATAMENTO FISIOTERÁPICO COMO ALTERNATIVA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO POSSIBILITA BONS RESULTADOS NAS LESÕES DO MANGUITO ROTADOR?

P (paciente): Lesão do manguito rotador
I (intervenção): Fisioterapia
C (controle): Tratamento cirúrgico
O (outcome): Dor, avaliação funcional.

As evidências disponíveis não sustentam o uso da fisioterapia como forma de tratamento alternativo à cirurgia, nas lesões traumáticas do manguito rotador, em pacientes ativos. Na mais recente revisão sistemática, foi possível somente incluir cinco estudos para análise, um relacionava-se a lesões maciças e os outros não relatavam a extensão da lesão, e devido à heterogeneidade destes grupos não foi possível definir os resultados, sendo necessários novos estudos para elucidar a questão¹⁻³(A).

○ TRATAMENTO ABERTO GERA LESÕES MAIORES AOS TECIDOS MOLES?

P (paciente): Lesão do manguito rotador
I (intervenção): Cirurgia artroscópica
C (controle): Cirurgia aberta
O (outcome): Lesão de partes moles

O tratamento artroscópico possibilita menor dano ao músculo deltóide. A preservação do músculo deltóide é crucial para o sucesso no pós-operatório, sendo que a sua separação na cirurgia aberta causa deficiências significativas de movimento e força do ombro⁴(B).

○ TRATAMENTO ARTROSCÓPICO POSSIBILITA UMA MENOR MORBIDADE NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO?

P (paciente): Lesão do manguito rotador
I (intervenção): Cirurgia artroscópica
C (controle): Cirurgia aberta
O (outcome): Avaliação funcional

Em comparação com à cirurgia aberta e à minimamente invasiva assistida por artroscopia (“mini-open”), a reparação artroscópica do manguito rotador apresenta as vantagens de diminuir o trauma sobre o músculo deltóide, melhorar a visibilização e mobilização das lesões, e menor desconforto no pós-operatório, com possibilidade de movimentação precoce do membro. Há menor morbidade no pós-operatório na cirurgia artroscópica⁵(B).

A TAXA DE RE-LESÃO É SIMILAR ENTRE A CIRURGIA ABERTA E A ARTROSCÓPICA?

P (paciente): Lesão do manguito rotador
I (intervenção): Cirurgia artroscópica
C (controle): Cirurgia aberta
O (outcome): Recidiva da lesão

A taxa de re-lesão nas cirurgias artroscópicas avaliadas com ressonância magnética, após um ano de cirurgia, é comparável com a técnica aberta, variando em relação aos tamanhos de lesões. Nas lesões pequenas e médias, o resultado é similar. Lesões maciças usualmente determinam resultados menos favoráveis, com o dobro de re-lesões nos pacientes submetidos à artroscopia⁶(B). Em relação à técnica artroscópica, quando comparada à “mini-open”, pacientes com acompanhamento pós-operatório médio de dois anos, examinados à ultra-sonografia, não apresentam diferença entre as taxas de re-lesão. O que pode ser também ob-

servado é que as lesões maiores que 3 cm têm sete vezes maior possibilidade de sofrer re-lesão⁷(B).

A TAXA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE É MAIOR NA CIRURGIA ABERTA DO QUE NA TÉCNICA ARTROSCÓPICA?

P (paciente): Lesão do manguito rotador
I (intervenção): Cirurgia artroscópica
C (controle): Cirurgia aberta
O (outcome): Qualidade de vida, avaliação funcional

Os resultados relacionados à satisfação do paciente, após acompanhamento médio de 49 meses do tratamento cirúrgico aberto ou artroscópico, não evidenciam diferenças entre estas técnicas. Em lesões pequenas e moderadas, 97% e 94,6% dos pacientes ficaram satisfeitos com as técnicas artroscópicas e abertas, respectivamente. Já nas lesões grandes ou maciças, 82,4% e 76,9% dos pacientes ficaram satisfeitos com o resultado cirúrgico, no artroscópico e aberto, respectivamente. Tais resultados sugerem que as lesões de pequenas a maciças têm resultados pós-cirúrgicos equivalentes. Quando analisadas as lesões de grandes a maciças, o resultado é inferior apesar do método utilizado, quanto maior a lesão, maior a tendência a resultados inferiores relacionados à satisfação do paciente, força muscular e função. Devido ao desenho dos estudos disponíveis, estes dados apenas podem sugerir uma associação, sem estabelecer relação causa-efeito⁸(B).

HÁ EVIDÊNCIA QUE A CIRURGIA ARTROSCÓPICA POSSIBILITE MELHOR RESULTADO EM RELAÇÃO À “MINI-OPEN”?

P (paciente): Lesão do manguito rotador
I (intervenção): Cirurgia artroscópica
C (controle): Cirurgia aberta
O (outcome): Qualidade de vida, avaliação funcional, dor

Com relação à cirurgia minimamente invasiva assistida por artroscopia (“mini-open”), resultados após avaliação funcional em relação a dor, arco de movimento e qualidade de vida não apresentam diferenças.

Não há diferença na avaliação pós-operatória de lesões pequenas, médias e grandes tratadas com artroscopia, quando comparadas à “mini-open”, com índice de satisfação em ambos os grupos de 98,8%⁵(B).

Em um grupo homogêneo de pacientes em relação ao sexo, atividade e tamanho das lesões em cm², após acompanhamento médio de 33 meses, nos submetidos a “mini-open”, e 19 meses, nas artroscópicas, não há diferença entre as avaliações funcionais pós-operatórias entre as duas técnicas⁹(B).

Não há diferença entre as avaliações pós-operatórias entre as técnicas “mini-open”, e artroscópica, contudo, há menor frequência de artrofibrose e mais rápido ganho de arco de movimento nos pacientes operados pela técnica artroscópica¹⁰(B).

HÁ EVIDÊNCIA QUE A CIRURGIA ARTROSCÓPICA POSSIBILITE MELHOR RESULTADO EM RELAÇÃO À ABERTA?

P (paciente): Lesão do manguito rotador
I (intervenção): Cirurgia artroscópica
C (controle): Cirurgia aberta
O (outcome): Qualidade de vida, avaliação funcional, dor

Não há evidências clínicas, até o momento, quanto ao melhor resultado, em relação a dor, ganho funcional e melhora da qualidade de vida.

A integridade tendínea é um preceito fundamental para melhora da dor e da função. Estudos que avaliaram a integridade pós-operatória do reparo, por meio da ressonância magnética, apresentam resultados semelhantes entre o reparo aberto e artroscópico⁶(B).

Em pacientes submetidos a reparo aberto e artroscópico do manguito rotador, com

acompanhamento médio de 49 meses, as lesões pequenas e médias apresentam resultados semelhantes, e as lesões maciças apresentam pior resultado independente do método utilizado, em termos de função e dor⁸(B). Entretanto, existe a necessidade de estudos com maior tempo de seguimento e qualidade metodológica que comprovem a eficácia destes tratamentos¹¹(A).

REFERÊNCIAS

1. Ainsworth R, Lewiis JS. Exercise therapy for the conservative management of full thickness tears of the rotator cuff: a systematic review. *Br J Sports Med* 2007;41:200-10.
2. Berry H, Fernandes L, Bloom B, Clark RJ, Hamilton EB. Clinical study comparing acupuncture, physiotherapy, injection and oral anti-inflammatory therapy in shoulder-cuff lesions. *Curr Med Res Opin* 1980;7:121-6.
3. Grant HJ, Arthur A, Pichora DR. Evaluation of intervention for rotator cuff pathology: a systematic review. *J Hand Ther* 2004;17:274-99.
4. Hata Y, Saitoh S, Murakami N, Kobayashi H, Takaoka K. Atrophy of the deltoid muscle following rotator cuff surgery. *J Bone Joint Surg Am* 2004;86:1414-9.
5. Youm T, Murray DH, Kubiak EN, Rokito AS, Zuckerman JD. Arthroscopic versus mini-open repair: a comparison of clinical outcomes and patient satisfaction. *J Shoulder Elbow Surg* 2005;14:455-9.
6. Bishop J, Klepps S, Lo IK, Bird J, Gladstone JN, Flatow EL. Cuff integrity after arthroscopic versus open rotator cuff repair: a prospective study. *J Shoulder Elbow Surg* 2006;15:290-9.
7. Verma NN, Dunn W, Adler RS, Cordasco FA, Allen A, MacGillivray J, et al. All-arthroscopic versus mini-open rotator cuff repair: a retrospective review with minimum 2-year follow-up. *Arthroscopy* 2006;22:587-94.
8. Ide J, Maeda S, Takagi K. A comparison of arthroscopic and open rotator cuff repair. *Arthroscopy* 2005;21:1090-8.
9. Sauerbrey AM, Getz CL, Piancastelli M, Iannotti JP, Ramsey ML, Williams GR Jr. Arthroscopic versus mini-open rotator cuff repair: a comparison of clinical outcome. *Arthroscopy* 2005;21:1415-20.
10. Severud EL, Ruotolo C, Abbott DD, Nottage WM. All-arthroscopic versus mini-open rotator cuff repair: a long-term retrospective outcome comparison. *Arthroscopy* 2003;19:234-8.
11. Ejnisman B, Andreoli CV, Soares BG, Fallopa F, Peccin MS, Abdalla RJ, et al. Interventions for tears of the rotator cuff in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD002758.