



Artigo de Revisão

Reconstrução do tendão distal do bíceps com enxerto de semitendíneo: descrição da técnica[☆]

Leandro Masini Ribeiro*, Jose Inacio de Almeida Neto, Paulo Santoro Belangero, Alberto de Castro Pochini, Carlos Vicente Andreoli e Benno Ejnisman

Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 30 de janeiro de 2017

Aceito em 17 de abril de 2017

Palavras-chave:

Cotovelo/lesões

Ruptura

Procedimentos cirúrgicos

reconstrutivos

Resultado de tratamento

R E S U M O

As rupturas distais do bíceps são raras quando comparadas com as rupturas proximais, têm epidemiologia e mecanismo de trauma diferentes. Não apresentam uma fisiopatologia exata; entretanto, a zona hipovascular na inserção distal e o impacto mecânico durante o movimento devem ser considerados fatores importantes. O tratamento cirúrgico dos casos crônicos apresenta pior prognóstico pelo encurtamento muscular com retração do tendão, dificulta a reparação anatômica da lesão, deve ser considerado o uso de enxertos para sua reconstrução. Este é um estudo prospectivo, envolve quatro pacientes com lesão crônica do bíceps distal. Os tendões foram reconstruídos com enxerto autólogo do tendão semitendíneo do joelho ipsilateral e fixado na tuberosidade do rádio com auxílio de duas âncoras. A técnica cirúrgica mostrou-se um procedimento simples e viável para reconstrução das rupturas crônicas do bíceps distal.

© 2017 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Reconstruction of the distal biceps tendon using autologous grafting: description of the technique

A B S T R A C T

Distal ruptures of the biceps are rare when compared to proximal ruptures, with a different epidemiology and mechanism of trauma. There is no exact pathophysiology, but the hypovascular distal insertion and the mechanical impact during movement should be considered as important factors. The surgical treatment of chronic cases presents worse prognosis due to muscle shortening with tendon retraction, making anatomical repair of the lesion

Keywords:

Elbow/injuries

Rupture

Reconstructive surgical procedures

Treatment outcome

[☆] Trabalho desenvolvido na Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Centro de Traumatologia do Esporte, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: lemasini@yahoo.com.br (L.M. Ribeiro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2017.04.005>

0102-3616/© 2017 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

difficult, requiring the use of grafts for its reconstruction. This is a prospective study involving four patients with chronic distal biceps injury. The tendons were reconstructed with autologous graft from the semitendinous tendon of the ipsilateral knee and fixed in the radial tuberosity with the help of two anchors. The surgical technique proved to be a simple and viable procedure for the reconstruction of chronic ruptures of the distal biceps.

© 2017 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O bíceps braquial é o principal músculo supinador do antebraço e tem como função secundária a flexão do cotovelo.¹

As rupturas distais do bíceps são raras (5% dos casos) comparadas com as rupturas da inserção proximal e têm uma epidemiologia e um mecanismo de trauma diferentes.²

As lesões ocorrem principalmente em homens entre a 4ª e 6ª décadas de vida, durante a contração excêntrica do bíceps e acometem preferencialmente o membro dominante.¹

Não existem ainda estudos que comprovem a fisiopatologia exata, porém a zona hipovascular na inserção distal e o impacto mecânico durante o movimento devem ser considerados fatores importantes. Tendinopatia degenerativa e algumas doenças endócrinas também estão implicadas no aparecimento dessa patologia.³ Os principais fatores de risco são: uso de anabolizantes, levantamento de peso e tabagismo.⁴

O quadro clínico é caracterizado por dor aguda, edema e equimose local, associado a um estalido audível durante a lesão. Além da presença de um *gap* proximal à fossa cubital e perda de força na supinação do antebraço e flexão do cotovelo.

O tratamento de escolha é cirúrgico, exceto em pacientes idosos e/ou de baixa demanda. A literatura considera como casos crônicos aqueles com mais de quatro semanas de evolução.⁵ Esses casos apresentam pior prognóstico pelo encurtamento muscular com retração do tendão, atrofia muscular e fibrose associada, dificulta a reparação anatômica da lesão. Assim, nas lesões crônicas com retração tendínea do bíceps deve ser considerado o uso de enxertos para sua reconstrução.

A literatura apresenta inúmeras técnicas para o reparo nas lesões agudas e com enxerto nas crônicas e diversos tipos de enxerto, como tendão calcâneo, palmar longo, tensor da fâscia lata e o semitendíneo.⁶⁻⁸

O objetivo deste trabalho é apresentar uma técnica cirúrgica de reconstrução com enxerto autólogo do tendão semitendíneo para tratamento das lesões crônicas do tendão distal do bíceps.

Material e métodos

Quatro pacientes submetidos à reconstrução do tendão do bíceps distal com enxerto de semitendíneo foram incluídos. Todos eram atletas masculinos (praticantes de jiu-jitsu, wrestling, goleiro de futebol e praticante de academia), com média de 37,75 anos (entre 32 e 46). O acompanhamento foi de

15 meses pós-operatório em média (de 11 a 28) entre 2014 e 2015.

Os atletas sofreram lesões indiretas durante atividade esportiva no braço dominante. O lutador de jiu-jitsu obteve a lesão durante força excêntrica para resistência a um golpe aplicado pelo seu oponente (chave de braço). O atleta de wrestling sofreu a mesma lesão durante movimento da defesa de queda. O praticante de academia durante movimento excêntrico do exercício de rosca direta. E o de futebol, durante movimento de defesa do gol.

Os atletas foram submetidos à cirurgia em média após 8,25 meses da lesão (de quatro a 13).

Ao exame físico, apresentavam perda de força para flexão do cotovelo e principalmente supinação. Teste de Rulland e Hook positivo em todos os atletas. Todos tiveram diagnósticos confirmados com a RNM para avaliação do grau da lesão.

Todas as complicações e todos os riscos das opções de tratamento foram explanados para os atletas, bem como a necessidade do tecido autólogo para enxerto caso não fosse possível a reinserção primária do tendão bicipital.

Procedimento cirúrgico

As cirurgias foram feitas sob anestesia geral associada a bloqueio locorregional do plexo braquial em decúbito dorsal horizontal sem uso de torniquetes.

Usou-se a técnica de duas pequenas incisões anteriores longitudinais, uma proximal para “resgate” do coto proximal e outra distal para a reconstrução.

Durante o acesso distal foi feita uma incisão longitudinal de aproximadamente 3 cm, distal 2,5 cm da prega antecubital, orientada pela radioscopia inicial para localização da tuberosidade do rádio. A via de Henry foi usada para expor a tuberosidade radial em supinação, exposta com afastamento delicado das partes moles, evita-se dessa forma lesão neurológica ou vascular. Assim é feita escarificação da tuberosidade para possibilitar o sangramento e potencializar a inserção do enxerto.

Uma segunda pequena incisão de aproximadamente 3 cm foi feita aproximadamente 4 cm proximal à prega cubital para isolar o coto retraído, normalmente apresenta-se envolvido por um tecido fibrótico. A dissecação romba digital foi feita para liberar o ventre muscular do bíceps da fâscia profunda e do músculo braquial, com cuidado especial na identificação do nervo cutâneo lateral do antebraço (ramo do musculocutâneo) que passa entre o bíceps e o braquial.

O critério usado para definição sobre a reconstrução do tendão era a impossibilidade de excursão do remanescente tendíneo até a tuberosidade do rádio mesmo após liberação

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10211643>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10211643>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)