



Artigo de Atualização

Lesões do cabo longo do bíceps: tenotomia versus tenodese[☆]

Fabiano Rebouças Ribeiro*, André Petry Sandoval Ursolino, Vinicius Ferreira Lima Ramos, Fernando Hovaguim Takesian, Antonio Carlos Tenor Júnior e Miguel Pereira da Costa

Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Departamento de Ortopedia, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 18 de abril de 2016

Aceito em 31 de maio de 2016

On-line em xxx

Palavras-chave:

Síndrome de colisão do ombro

Tenotomia

Tenodese

Bainha rotadora

Dor de ombro

Keywords:

Shoulder impingement syndrome

Tenotomy

Tenodesis

Rotator cuff

Shoulder pain

R E S U M O

As lesões da cabeça longa do tendão bicipital (CLB) são comuns na prática clínica e podem ter causas degenerativas, inflamatórias, instabilidades (subluxação ou luxação) ou traumáticas. Geralmente, elas estão associadas a outras doenças do ombro, principalmente a lesões do manguito rotador. Atualmente, existem controvérsias quanto às indicações dos tratamentos cirúrgicos e à escolha da melhor técnica para cada caso, devido à possibilidade de deformidade estética, perda da força muscular e dor residual.

O objetivo deste estudo foi identificar as indicações do tratamento cirúrgico, a melhor técnica cirúrgica e as vantagens e desvantagens de cada técnica descritas na literatura médica ortopédica no tratamento das lesões da CLB.

Foi realizada revisão da literatura médica ortopédica disponível na base de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Medline, PubMed, Cochrane Library e Google Scholar, incluindo artigos publicados no período de 1991 a 2015.

© 2016 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/>).

Disorders of the long head of the biceps: tenotomy versus tenodesis

A B S T R A C T

Disorders of the long head of biceps tendon are common in clinical practice. Their causes could be degenerative, inflammatory, instability (subluxation or luxation) or traumatic. They are generally associated to other diseases of the shoulder, mainly rotator cuff injuries. Currently, there is controversy in the literature regarding the indications for surgical treatment and the choice of the best technique for each case, due to the possibility of esthetic deformity, loss of muscle strength, and residual pain.

[☆] Trabalho desenvolvido no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, Grupo de Ombro e Cotovelo, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: fabianoreboucas@globo.com (F.R. Ribeiro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2016.05.010>

0102-3616/© 2016 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/>).

The objective of this study was to identify the indications for surgical treatment, the best surgical technique, and the advantages and disadvantages of each technique described in the orthopedic literature for the treatment of long head of biceps tendon injuries.

A revision of the orthopedic medical literature on the following databases: Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Medline, PubMed, Cochrane Library and Google Scholar, comprising articles published in the period from 1991 to 2015.

© 2016 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

A cabeça longa do tendão bicipital (CLB) é intra-articular e extrassinovial, tem sua superfície plana na origem e torna-se circular no sulco bicipital. Tem sua origem no lábio superior e no tubérculo supraglenoidal.¹ Vangness *et al.*,² em estudo em cadáveres, classificaram a origem da CLB em quatro tipos, o tipo 3, com contribuição do lábio anterior e posterior, foi o mais comum. Luciano *et al.*³ concluíram em estudo histológico que a inspeção macroscópica não é suficiente para avaliar a origem do tendão e que a contribuição do lábio anterossuperior, quando analisada microscopicamente, é maior do que a sugerida pela inspeção macroscópica.

A porção intra-articular da CLB tem uma inclinação oblíqua de aproximadamente 30 a 40°, atravessa o intervalo rotador anterior do ombro e sai da articulação pelo sulco intertubercular, o qual tem em média 4 mm de profundidade e 56° de inclinação medial.

Os estabilizadores intra-articulares da CLB são: a polia reflexora do biceps (estabilizador mais importante, composto pelos ligamentos glenoumeral superior e coracoumeral), fibras dos tendões dos músculos subescapular e supraespal. Os estabilizadores da porção extra-articular são: o sulco intertubercular e o ligamento transversal (estabilizador menos importante, composto por fibras do tendão do músculo subescapular).⁴

A inervação da CLB é feita pelo nervo musculocutâneo (raízes de C5-C7) e sua vascularização pelo ramo ascendente da artéria circunflexa anterior, ramos labiais da artéria supraespal e ramos da artéria toracoacromial. Tem duas zonas anatômicas relacionadas com sua vascularização: zona de tração, com vascularização normal; zona de deslizamento, na qual há diminuição da irrigação vascular, situada de 1,2 a 3 cm da sua origem, e que pode estar associada às lesões degenerativas.⁵

A função da CLB no ombro é controversa na literatura, é considerada por alguns autores uma estrutura vestigial e sem função (resquício embrionário),⁶⁻⁸ enquanto outros atribuem importantes funções, como: depressora da cabeça umeral e estabilizadora anterossuperior.⁹⁻¹³ No ombro doente (instável ou com lesão do manguito rotador), como consenso entre os autores, tem função estabilizadora, porém ocasiona dor. Levy *et al.*,⁸ em estudo eletroneuromiográfico, demonstraram que quando isolada a função do cotovelo, a CLB não tinha função durante o arco de movimento do ombro e concluíram que a função da CLB no ombro estaria interligada com os movimentos do cotovelo.

As lesões da CLB são comuns na prática clínica e podem ser de causas degenerativas, inflamatórias, instabilidades (subluxação ou luxação) e traumáticas. As inflamatórias são divididas em: primárias, mais raras, representam apenas 5% dos casos, que geralmente acometem pacientes jovens e atletas arremessadores; as secundárias são mais comuns e geralmente associadas a outras doenças do ombro, como lesões do manguito rotador, síndrome do impacto e lesão do lábio superior de anterior para posterior (Slap, do inglês *superior labrum anterior to posterior lesion*), nas quais o tendão sofre alterações microscópicas e/ou macroscópicas.¹⁴

O exame físico, na maioria das vezes, é inespecífico e difícil o diagnóstico inicial. À inspeção pode estar presente o sinal do Popeye, limitação da elevação passiva (*hourglass biceps* descrita por Boileau *et al.*¹⁵) e dor à palpação na região do sulco intertubercular. Os testes irritativos para síndrome do impacto, em geral, estão positivos nas doenças da CLB. Os testes mais específicos para lesão Slap também podem estar positivos, como o teste de O'Brien,¹⁶ *biceps load test*,¹⁷ *crank test*¹⁸ e *speed test*.¹⁸ O teste de Yergasson¹⁹ está positivo nos casos de instabilidade da CLB no sulco intertubercular.

Como método auxiliar do diagnóstico clínico das doenças da CLB, pode-se fazer o teste anestésico, com infiltração de 8 a 10 mL de anestésico local no espaço subacromial, que ocasiona alívio da dor em casos de síndrome do impacto e lesões do manguito rotador, mas não em casos de doenças da CLB. Também pode-se fazer a infiltração no sulco intertubercular, preferencialmente com o auxílio de ultrassonografia, nesse caso ocasiona melhora da dor.¹⁴

Os exames complementares mais usados para avaliar as doenças da CLB são: a radiografia do ombro pela incidência tangencial (método de Fisk²⁰) que avalia a presença de alterações estruturais no sulco intertubercular; o ultrassom, apresenta alta especificidade e sensibilidade no caso de lesões completas ou luxações, entretanto não é confiável para detectar lesões menores ou subluxações; a ressonância magnética apresenta baixa reprodutibilidade interobservadores para doenças bicipitais isoladas, com sensibilidade de 52%, mas pode ter o diagnóstico sensibilizado pelo uso de contraste (artroressonância), com aumento da sensibilidade para 90%. O método diagnóstico considerado padrão ouro para as doenças bicipitais é a artroscopia, a qual permite uma avaliação macroscópica do tendão, de sua estabilidade e a presença de lesões associadas, além de permitir a avaliação da porção extra-articular da CLB por meio da sua tração para dentro da articulação.²¹⁻²³

Habermeyer *et al.*²⁴ classificaram as patologias da CLB em quatro tipos, de acordo com a integridade da polia reflexora

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8598992>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8598992>

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