



Artigo Original

Avaliação dos resultados do tratamento artroscópico da capsulite adesiva do ombro[☆]

Alberto Naoki Miyazaki, Pedro Doneux Santos, Luciana Andrade Silva*,
Guilherme do Val Sella, Leonardo Carrenho e Sergio Luiz Checchia

Grupo de Cirurgia do Ombro e Cotovelo, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 29 de outubro de 2015

Aceito em 11 de abril de 2016

On-line em xxx

Palavras-chave:

Dor de ombro

Artroscopia

Bursite

RESUMO

Objetivo: Avaliar os resultados das liberações artroscópicas feitas em pacientes com capsulite adesiva refratária ao tratamento conservador.

Métodos: Trabalho retrospectivo feito entre 1996 e 2012, com 56 ombros (52 pacientes) submetidos a cirurgia; 38 eram do sexo feminino e 28 tinham o lado dominante acometido. A média de idade foi de 51 (29-73) anos. O seguimento médio, de 65 (12-168) meses e o tempo médio de pré-operatório, de 8,9 (2-24) meses. Pela classificação de Zukermann, 23 casos foram considerados primários e 33 secundários. Com o paciente em decúbito lateral, fizemos a liberação circunferencial da cápsula articular: desbridamento articular, abertura do intervalo rotador, liberação do ligamento coracoumeral, capsulotomia anterior, posterior, inferior e finalmente, anteroinferior. A tenotomia do subescapular foi feita quando necessária. Todos foram submetidos a fisioterapia intensa no pós-operatório imediato. Em 33 ombros foi implantado o catéter interescalênico para infusão de anestésico. Os resultados funcionais foram avaliados pelos critérios do escore da University of California at Los Angeles (UCLA).

Resultados: Obtivemos melhoria do arco de movimento: aumento médio de 45° de elevação, 41° de rotação lateral e oito níveis vertebrais de rotação medial. Pelo escore da UCLA, tivemos 25 resultados excelentes (45%), 25 bons (45%), dois razoáveis (3%) e quatro ruins (7%). Os pacientes que fizeram capsulotomia inferior evoluíram melhor do que os que não fizeram. Apenas 8,8% dos pacientes que usaram cateter de infusão anestésico foram submetidos a manipulação no pós-operatório. Sete pacientes apresentaram complicações.

Conclusão: Houve melhoria da dor e do arco de movimento. A capsulotomia inferior leva a melhores resultados. O uso do catéter interescalênico de infusão anestésica diminui o número de reabordagens.

© 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/>).

[☆] Trabalho desenvolvido pelo Grupo de Cirurgia do Ombro e Cotovelo, Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: lucalu@terra.com.br (L.A. Silva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2016.04.001>

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/>).

Clinical evaluation of arthroscopic treatment of shoulder adhesive capsulitis

A B S T R A C T

Keywords:
Shoulder pain
Arthroscopy
Bursitis

Objective: To evaluate the results of arthroscopic releases performed in patients with adhesive capsulitis refractory to conservative treatment.

Methods: This was a retrospective study, conducted between 1996 and 2012, which included 56 shoulders (52 patients) that underwent surgery; 38 were female, and 28 had the dominant side affected. The mean age was 51 (29-73) years. The mean follow-up was 65 (12-168) months and the mean preoperative time was 8.9 (2-24) months. According to Zukermann's classification, 23 cases were considered primary and 33 secondary. With the patient in the lateral decubitus position, circumferential release of the joint capsule was performed: joint debridement; rotator interval opening; coracohumeral ligament release; anterior, posterior, inferior, and finally antero-inferior capsulotomy. A subscapularis tenotomy was performed when necessary. All patients underwent intense physical therapy in the immediate postoperative period. In 33 shoulders, an interscalene catheter was implanted for anesthetic infusion. Functional results were evaluated by the UCLA criteria.

Results: Improved range of motion was observed: mean increase of 45° of elevation, 41° of external rotation and eight vertebral levels of medial rotation. According to the UCLA score excellent results were obtained in 25 (45%) patients; good, in 24 (45%); fair, in two (3%); and poor, in four (7%). Patients who had undergone inferior capsulotomy achieved better results. Only 8.8% of patients who used the anesthetic infusion catheter underwent postoperative manipulation. Seven patients had complications.

Conclusion: There was improvement in pain and range of motion. Inferior capsulotomy leads to better results. The use of the interscalene infusion catheter reduces the number of re-approaches.

© 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

O termo capsulite adesiva foi descrito pela primeira vez por Neviaser em 1945, como uma afecção inflamatória da cápsula articular do ombro que cursa com contratura dessa e resulta em rigidez e dor.¹

O tratamento da doença tem como objetivo o controle da dor e a recuperação do arco de movimento. Inicialmente é conservador, principalmente na fase aguda,^{2,3} conta com várias possibilidades terapêuticas, como fisioterapia, uso de corticosteroides e/ou anti-inflamatórios não esteroidais (Aines) e bloqueio do nervo supraescapular.⁴⁻⁷ Chechia et al.⁷ e Robinson et al.,⁵ em artigos de revisão, demonstram bons resultados quando trataram os pacientes com fisioterapia associados a anti-inflamatórios (hormonais e não hormonais) e bloqueios seriados do nervo supraescapular.

O tratamento invasivo está indicado em caso de falha do tratamento conservador feito por um período mínimo de seis meses; mas esse tempo pode variar de seis semanas a 12 meses, de acordo com a literatura estudada.⁸⁻¹³ Os procedimentos descritos como invasivos são a distensão hidráulica da cápsula (a literatura diverge sobre sua efetividade, devido às altas taxas de recorrência), a manipulação articular sob anestesia e a liberação capsular, que pode ser feita por via aberta ou artroscópica.^{4-6,14}

A manipulação sob anestesia, que foi amplamente usada, hoje cai em desuso devido às suas complicações: fraturas,

lesão do lábio glenoidal, neuropraxias, ruptura do manguito rotador, persistência da dor.¹⁴⁻¹⁷

Uma das primeiras descrições da técnica cirúrgica de liberação do ombro por via aberta foi de Ozaki et al.¹⁸ que preconizaram a ressecção do ligamento coracoumeral e a abertura do intervalo rotador. A literatura mostra que a cirurgia aberta tem bons resultados, mas agrega uma morbidade maior em relação à técnica artroscópica: há dificuldade de liberação da cápsula posterior, o sangramento intraoperatório é maior, assim como o quadro de dor pós-operatória, o que prolonga o período de internação hospitalar, além da necessidade de restrição de movimentos até a cicatrização do tendão subescapular.^{4,5,8,14,19}

Trabalhos recentes mostram excelentes resultados, tanto em relação ao alívio da dor quanto ao ganho de arco de movimento com a liberação artroscópica na capsulite adesiva. Atualmente é considerado um método reproduzível, que possibilita um melhor acesso a toda a cápsula articular do ombro, com baixos índices de complicações, uma vez que a liberação é feita gradualmente sob visão direta, por meio de um método minimamente invasivo, o que, é lógico, requer um treinamento adequado.^{8-11,19-21} Na literatura, são citadas como complicações desse procedimento os riscos de lesão iatrogênica do nervo axilar,²² lesão condral pela inserção articular dos instrumentos em um articulação com espaço reduzido⁹ e condrólise devido a lesão térmica pelo uso de radiofrequência intrarticular.²³

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8599291>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8599291>

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