

Resultados do exame sob anestesia em pacientes portadores de instabilidade do ombro*

BENNO EJNISMAN¹, EDUARDO F. CARRERA², MARCELO HIDE MATSUMOTO³,
NICOLA ARCHETTI NETO⁴, MARCIO VIVEIROS⁴, FLÁVIO FALOPPA⁵, JOSÉ LAREDO FILHO⁶

RESUMO

Quarenta e oito pacientes portadores de luxação recidivante do ombro foram examinados e submetidos ao exame do ombro lesionado sob anestesia e ao tratamento cirúrgico da instabilidade glenoumeral. A idade média dos pacientes era de 26 anos, sendo 36 do sexo masculino e 12 do feminino. O objetivo deste trabalho foi relacionar os achados do exame sob anestesia do ombro lesionado. Os critérios de inclusão foram o sinal da apreensão positivo e a ausência de lesão do manguito rotador. O exame físico sob anestesia constou da realização da gaveta anterior e posterior em abdução de 45°, 60° e 90°, associada a rotação neutra e lateral. Os autores consideraram como instável o ombro que apresentava a luxação ou a subluxação durante o exame com o paciente anestesiado. Os ombros mostraram-se mais instáveis nas posições de abdução de 60° e 90° associadas a rotação neutra. Concluíram que a posição de abdução de 90° associada a rotação lateral máxima não mostrou ser a posição em que o ombro luxa com maior frequência.

Unitermos – Ombro; instabilidade; exame físico

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a cirurgia do ombro tem merecido cada vez mais destaque, tanto na literatura ortopédica nacional como na internacional. No Brasil, o número de lesões do

ABSTRACT

Results of physical examination under anesthesia in patients with shoulder instability

Forty-eight patients with recurrent shoulder dislocation were examined and submitted to shoulder examination under anesthesia and open surgery. Mean age was 26 years; 36 patients were male, and 12 were female. The aim of this study was to evaluate the findings of the shoulder examination under anesthesia. The main criteria to be included in this study were positive apprehension test, and no rotator cuff tears. During the examination, the authors performed anterior and posterior drawer in 45, 60 and 90 degrees of abduction associated with neutral and external rotation. The authors concluded that 90 degrees of abduction and external rotation (apprehension test) were not an unstable position during the examination under anesthesia.

Key words – Shoulder; instability; physical examination

ombro e de pacientes que procuram o consultório do especialista tem crescido progressivamente, devido ao aumento da frequência e da preferência por esportes de quadra

* Trabalho realizado na Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

1. Mestre em Ortopedia e Traumatologia; Médico Assistente do Grupo de Ombro e Cotovelo.
2. Doutor em Ortopedia e Traumatologia; Chefe do Grupo de Ombro e Cotovelo.
3. Doutor em Ortopedia e Traumatologia; Médico Assistente do Grupo de Ombro e Cotovelo.

4. Médico Assistente do Grupo de Ombro e Cotovelo.

5. Chefe da Disciplina de Mão e Membro Superior.

6. Pró-Reitor de Administração da Unifesp-EPM; Professor Titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia.

Endereço para correspondência: Rua Napoleão de Barros, 715, 1º andar – 04024-002 – São Paulo, SP. Tel./fax: (11) 5571-6621.

Recebido em 15/2/01. Aprovado para publicação em 21/8/01.

Copyright RBO2001

que utilizam os membros superiores (principalmente, basquete, voleibol e tênis); aumento da frequência nas academias de ginástica; e também aumento das lesões ocasionadas por traumas automobilísticos ou de grande energia.

Dentre as patologias que acometem a cintura escapular, a instabilidade da articulação glenoumeral é uma das mais frequentes. Apesar disso, ainda não existe consenso sobre sua real fisiopatologia e sua história natural, bem como exame físico específico para dimensionar o local da lesão na articulação do ombro, possibilitando tratamento mais preciso.

Desde os trabalhos de Turkel *et al*⁽¹⁾, sabe-se que, com o braço em abdução e rotação lateral, o ligamento glenoumeral inferior é o principal estabilizador da cabeça umeral. Em virtude da importância desse ligamento, os autores preconizaram as cirurgias reconstrutivas da instabilidade do ombro que visavam as correções das lesões encontradas no ligamento glenoumeral inferior.

Em virtude dos conhecimentos adquiridos na traumatologia esportiva, sabe-se que muitos atletas apresentam hiper mobilidade articular, não relacionada a instabilidade⁽²⁾. Em alguns casos, principalmente em arremessadores, pode-se encontrar o sinal da apreensão positivo, porém sem episódios de luxação⁽³⁾. Nessas situações, exames subsidiários como a radiografia simples, a tomografia computadorizada, a ultra-sonografia, ou mesmo a ressonância magnética podem ser inconclusivos.

O exame sob narcose não se apresenta como fato isolado, pois outras subespecialidades ortopédicas, como a cirurgia do joelho e do tornozelo, demonstram exames físicos sob anestesia que se mostram muito eficazes. Na cirurgia do joelho, por exemplo, a manobra de Lachman e o *pivot-shift* ampliam, esclarecem e possibilitam ao cirurgião melhor planejamento cirúrgico, a fim de obter melhor resultado final para o paciente operado.

O objetivo do nosso estudo foi pesquisar os achados do exame sob anestesia, nas diversas posições do ombro (abdução e rotação).

MATERIAL E MÉTODO

O presente material é constituído por dados de 48 pacientes provenientes do Grupo de Ombro e Cotovelo da Universidade Federal de São Paulo submetidos a anamnese, exame físico, exame físico sob narcose e achados cirúrgicos intra-operatórios, para o tratamento da instabilidade glenoumeral.

A faixa etária dos pacientes variou de 12 a 46 anos, com idade média de 26 anos, sendo 36 (75,00%) do sexo masculino e 12 (25,00%) do feminino.

A dominância ocorreu do lado direito em 44 (91,67%) pacientes e do esquerdo em quatro (8,33%). O lado direito foi acometido em 22 (45,83%) enquanto o esquerdo em 26 (54,17%) pacientes.

O lado afetado correspondeu ao lado dominante em 21 (43,75%) pacientes e ao não dominante em 27 (56,25%).

Para que fossem incluídos no presente estudo, todos os pacientes deveriam necessariamente apresentar sinal da apreensão positivos, bem como a manobra da recolocação também positiva⁽⁴⁾.

Todos os pacientes selecionados para este trabalho apresentaram manobras negativas para a detecção de lesões do manguito rotador.

Com o paciente anestesiado e posicionado, procedeu-se ao exame físico do ombro a ser operado. Esse exame consistia em manobra de estresse em direção anterior e posterior do ombro nas seguintes posições: abdução de 45°, 60° e 90°. Durante a realização do exame, além da abdução, realizaram-se manobras tanto em rotação lateral máxima, quanto em rotação neutra.

De acordo com o exame físico sob anestesia, os ombros foram classificados como estáveis ou instáveis. Consideraram-se como estáveis os ombros que não apresentavam movimentos anormais da articulação glenoumeral durante determinada posição do braço nas diversas fases do exame. Já os ombros instáveis foram os que apresentavam movimentos anormais da articulação. Entendem-se como movimentos anormais a translação da cabeça umeral para além do rebordo da cavidade glenoidal, quando submetida à força aplicada em direção anterior ou posterior durante o exame físico do ombro sob anestesia. Os ombros instáveis foram ainda subdivididos em subluxação e luxação; no segundo caso, era possível deslocar plenamente a articulação glenoumeral e mantê-la locada fora de seu local de origem. O mesmo ombro pode ser considerado estável em uma posição e instável em outra.

RESULTADOS

Durante o exame físico sob anestesia não surgiram dificuldades técnicas para a sua realização.

Utilizou-se para a anestesia do paciente o bloqueio do plexo braquial, ou a anestesia geral ou a associação de ambas. Independentemente do tipo de anestesia empregado, não foram observadas diferenças significativas dos acha-

dos do exame físico sob anestesia ou mesmo da facilidade para a realização do ato cirúrgico. Necessitou-se apenas de relaxamento muscular efetivo para determinar com maior exatidão e credibilidade a presença da instabilidade do ombro.

Ao associarmos a presença do sinal do sulco subacromial⁽⁵⁾ ao sinal da apreensão, foram incluídos os ombros que apresentavam instabilidade bidirecional. Somente 10 pacientes (20,83%) apresentavam ausência do sinal do sulco, mesmo não estando anestesiados, demonstrando que, na grande maioria dos casos estudados (38 pacientes), a instabilidade não se verificou apenas na direção anterior. Esta foi classificada, segundo Answorth e Warner⁽⁵⁾, em instabilidade multidirecional (anterior e inferior) do ombro.

A observação dos achados do exame sob anestesia possibilitou encontrar maior incidência de ombros instáveis na posição de abdução em 60° e 90°, sendo, respectivamente, 16 e 36 os pacientes que luxavam ou subluxavam os ombros nessas posições.

Ao posicionarmos o ombro em rotação lateral máxima, ou seja, a posição em que realizamos o sinal da apreensão, obtivemos apenas dois ombros (4,2%) que apresentaram luxação da articulação glenoumeral após a gaveta anterior, sendo um (2,1%) caso em abdução de 45° e outro em abdução de 90°. Esses pacientes, coincidentemente ou não, eram casos de recidiva de tratamento cirúrgico da luxação do ombro.

DISCUSSÃO

A medicina sempre baseou os diagnósticos e tratamentos na história clínica e no exame físico do paciente.

Apesar dos estudos de Loehr *et al*⁽⁶⁾, que demonstraram que a lesão de apenas um tendão não determina a instabilidade da articulação glenoumeral, um dos critérios utilizados para inclusão do paciente no grupo examinado foi a ausência de lesão do manguito rotador, observada tanto através de artroscopia quanto da avaliação durante a cirurgia aberta. Com isso pretende-se evitar a ocorrência de casos falso-positivos durante a realização do exame sob anestesia, ou seja, a presença de instabilidade do ombro em decorrência de lesão do manguito rotador.

Outro critério de inclusão foi a presença obrigatória do sinal da apreensão e manobra da recolocação⁽⁴⁾, que demonstram a presença da instabilidade anterior, permitindo que os pacientes com instabilidade puramente posterior do ombro fossem excluídos do trabalho.

Alguns estudos^(7,8) utilizaram o exame radiográfico para demonstrar a luxação do ombro. Neste estudo, porém, optou-se somente pela realização do exame físico sob anestesia, pois os sinais quanto ao deslocamento da cabeça umeral em relação à cavidade glenoidal se mostraram evidentes e não permitiram dúvidas diagnósticas.

Concordamos com Cofield⁽⁹⁾ e Hawkins *et al*⁽¹⁰⁾ que, mesmo em casos que não apresentam queixas de instabilidade, o exame físico do ombro com o paciente anestesiado deve ser sempre realizado, podendo-se inclusive detectar instabilidades denominadas ocultas, ou até mesmo outras patologias associadas, como limitações importantes do movimento nas capsulites adesivas e luxações posteriores do ombro.

Sabe-se que o ombro normal apresenta movimentos normais da cabeça do úmero em relação à cavidade glenoidal, porém o exame sob anestesia possibilitou detectar translações excessivas do ombro, facilitando a indicação do tipo de tratamento cirúrgico e a via de acesso a ser utilizada⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Durante a realização do exame sob anestesia, não existiu preocupação quanto à força necessária para a luxação do ombro. Acreditou-se que a luxação decorra mais em função do posicionamento articular do que da magnitude da força aplicada. A força utilizada em todos os casos avaliados foi mínima. Os estudos de Bigliani *et al*⁽¹¹⁾ demonstravam a “fraqueza” do ligamento glenoumeral inferior e observaram a necessidade de atuação conjunta dos mecanismos ativos e passivos de estabilização do ombro. Neste estudo não foi necessário aplicar força maior quando os pacientes apresentavam constituição muscular mais desenvolvida, ou força menor naqueles com constituição muscular menos privilegiada.

Durante o exame sob anestesia, optou-se pela abdução de 45°, 60° e 90°, devido aos vários trabalhos revisados^(3,9,12,13), que demonstram a importância do exame físico em várias posições para testar as diferentes porções da cápsula articular.

Um dos grandes receios do ortopedista ao realizar o exame físico do paciente com instabilidade escápulo-umeral é luxar o ombro durante o posicionamento do sinal da apreensão. Neste estudo, no momento do exame sob anestesia, a luxação glenoumeral na posição de abdução de 90° e rotação externa (sinal da apreensão) ocorreu em apenas um (2,08%) caso.

Silliman e Hawkins⁽¹⁴⁾ apresentaram o sinal da apreensão como a posição mais freqüente da luxação do ombro, porém, ao exame físico sob anestesia observou-se que as

posições mais freqüentes foram a abdução de 60° e 90° com rotação neutra, variando de acordo com o local da lesão da borda anterior da glenóide, parecendo que, quanto mais inferior a lesão, maior a abdução necessária para a luxação do ombro⁽¹²⁾.

A observação dos achados do exame sob anestesia permite afirmar que existe maior possibilidade de verificar a instabilidade glenoumeral com o ombro posicionado em rotação neutra do que com o braço em rotação externa.

Gerber e Ganz⁽⁴⁾ preconizavam que a pesquisa do sinal da apreensão deveria ser realizada em abdução de 45° e 90°, visando a avaliação, respectivamente, dos ligamentos glenoumerais médio e inferior.

As afirmações acima também foram observadas neste estudo, encontrando-se maior incidência de luxação do ombro conforme se posicionava o braço em maior grau de abdução; portanto, sendo necessária a avaliação da instabilidade glenoumeral nos vários graus de tensão e relaxamentos dos componentes cápsulo-ligamentares da articulação glenoumeral.

Segundos os achados verificados, demonstrou-se com clareza que, quando há a presença de um ombro instável na posição de abdução e rotação neutra, há estabilidade do ombro em abdução e rotação lateral. Isso sugere que o posicionamento do braço na posição habitual considerada de

risco para a luxação, ou seja, em abdução de 90° associada a rotação lateral, não compromete a estabilidade do ombro. Portanto, essa não deve ser a posição mais freqüente da luxação glenoumeral durante o exame sob anestesia, mas, sim, a abdução e rotação neutra do braço.

As afirmações acima talvez possam ser transferidas para as atividades diárias ou durante a prática esportiva, nas quais o ombro deve ser considerado como em posição de risco para luxação quando estiver com cerca de 60° a 90° de abdução associado a rotação neutra.

A seqüência de pesquisas enfocadas no exame físico, no exame físico sob anestesia e nos achados cirúrgicos em muito devem contribuir para o melhor entendimento das instabilidades do ombro.

CONCLUSÕES

- O exame físico sob anestesia deve, sempre que possível, ser realizado previamente à cirurgia (aberta ou artroscópica) do ombro, independente da afecção a ser tratada.
- A posição de abdução em 90° e rotação lateral (sinal da apreensão) não é a que determina com maior freqüência a luxação do ombro durante o exame sob anestesia.
- As posições de abdução (60° e 90°) e rotação neutra do ombro foram mais freqüentemente associadas à presença de ombros instáveis.

REFERÊNCIAS

1. Turkel S.J., Panio M.W., Marshall J.L., Girgis F.G.: Stabilizing mechanism preventing anterior dislocation of the glenohumeral joint. *J Bone Joint Surg [Am]* 63: 1208-1217, 1981.
2. Garth W.P., Allman F.L., Armstrong W.S.: Occult anterior subluxations of the shoulder in noncontact sports. *Am J Sports Med* 15: 579-585, 1987.
3. Rowe C., Zarins B.: Recurrent transient subluxation of the shoulder. *J Bone Joint Surg [Am]* 63: 863-871, 1981.
4. Gerber C., Ganz R.: Clinical assessment of instability of the shoulder. *J Bone Joint Surg [Br]* 66: 551-556, 1984.
5. Answorth A.A., Warner J.J.P.: Shoulder instability in the athlete. *Orthop Clin North Am* 26: 487-504, 1995.
6. Loehr J.F., Helmig P., Sojbjerg J., Jung A.: Shoulder instability caused by rotator cuff lesions. *Clin Orthop* 304: 84-90, 1994.
7. Dolk T., Gremark O.: Arthroscopy and stability testing of the shoulder joint. *Arthroscopy* 2: 35-40, 1986.
8. Papilion J.A., Shall L.M.: Fluoroscopic evaluation for subtle shoulder instability. *Am J Sports Med* 20: 548-552, 1992.
9. Cofield R.H., Nessler J.P., Weinstabl R.: Diagnosis of shoulder instability by examination under anesthesia. *Clin Orthop* 291: 45-53, 1993.
10. Hawkins R.J., Schutter J.P., Janda D.H., Huckell G.H.: Translation of the glenohumeral joint with patient under anesthesia. *J Shoulder Elbow Surg* 5: 286-292, 1996.
11. Bigliani L.U., Kelkar R., Flatow E.L., Pollock R.G., Mow V.C.: Glenohumeral instability biomechanical properties of passive and active stabilizers. *Clin Orthop* 330: 13-30, 1996.
12. Warner J.J.P., Deng X.H., Warren R.F., Torzili P.A.: Static capsuloligamentous restraints to superior-inferior translation of the glenohumeral joint. *Am J Sports Med* 20: 675-685, 1992.
13. Harryman II D.T., Sidles J.A., Clark J.M., McQuade K.J., Gibb T.D., Matsen III F.A.: Translation of the humeral head on the glenoid with passive glenohumeral motion. *J Bone Joint Surg [Am]* 72: 1334-1343, 1990.
14. Silliman J.F., Hawkins R.J.: Classification and physical diagnosis of instability of the shoulder. *Clin Orthop* 291: 7-19, 1993.