

Tratamento artroscópico do cisto espinoglenoidal associado com lesão SLAP e neuropatia do supra-escapular: relato de caso e revisão da literatura*

Arthroscopic treatment of spinoglenoid cyst associated to SLAP lesion and suprascapular neuropathy: case report and literature review

EDUARDO DA FROTA CARRERA¹, NICOLA ARCHETTI NETO², FABIO ANAUATI NICOLAO³,
RENATO LABBÉ CARVALHO³, FERNANDO JOSÉ PEDRO³

RESUMO

O cisto espinoglenoidal, associado com lesão SLAP (*superior labrum antero-posterior tear*) e neuropatia do supra-escapular é uma lesão rara, que acomete com maior frequência pacientes do sexo masculino na terceira e na quarta década de vida. O quadro clínico caracteriza-se pela presença de dor na região posterior do ombro, associada a um déficit da força de rotação lateral contra-resistência e hipotrofia do músculo infra-espinhoso. A ressonância magnética (RM) e a eletromiografia (EMG) definem o diagnóstico e auxiliam o controle pós-operatório. O tratamento artroscópico com drenagem do cisto e reparo da

lesão superior do lábio glenoidal é a melhor opção de tratamento, com baixos índices de recidiva. Os autores relatam um caso raro, de cisto espinoglenoidal associado com lesão SLAP e neuropatia do supra-escapular, tratado com artroscopia do ombro e avaliado no período pré e pós-operatório com RM e EMG.

Descritores – Ombro/patologia; Escápula/inervação; Cisto sinovial; Síndromes de compressão nervosa; Relatos de casos
[Tipo de publicação]

ABSTRACT

Spinoglenoid cyst associated to SLAP lesion (superior labrum anterior-posterior tear) and suprascapular neuropathy is a rare lesion affecting more often male individuals in the third and fourth decades of life. Clinically, it is characterized by pain in the posterior region of the shoulder, associated to a lateral rotation strength deficit against resistance, and hypotrophy of the infraspinous muscle. MRI and EMG define the diagnosis and assist in the postoperative control. Arthroscopic treatment with draining of the cyst and repair of the upper glenoid lip is the treatment of choice, with low recurrence. The authors report a rare case of a spinoglenoid cyst associated to SLAP lesion and suprascapular lesion that was treated with shoulder arthroscopy and evaluated pre and postoperatively with MRI and EMG.

Keywords – Arthroscopy; Shoulder/pathology; Scapula/innervation; Synovial cyst; Nerve Compression Syndromes; Case reports [Publication type]

* Trabalho realizado no Setor de Ombro da Disciplina de Cirurgia da Mão e Membro Superior do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

1. Doutor e Chefe do Setor de Ombro da Disciplina da Mão e Membro Superior do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.
2. Mestre e Médico Assistente do Setor de Ombro da Disciplina da Mão e Membro Superior do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.
3. Médico Assistente do Setor de Ombro da Disciplina da Mão e Membro Superior do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Rua Borges Lagoa, 786 – 04038-001 – São Paulo (SP), Brasil. Tel.: (11) 5571-7106. E-mail: carrera@uol.com.br

Recebido em 20/2/06. Aprovado para publicação em 19/10/06.
Copyright RBO2006

INTRODUÇÃO

A neuropatia por compressão do nervo supra-escapular foi descrita inicialmente, segundo Ogino *et al*, por Kopell e Thompson em 1963⁽¹⁾. A compressão por cisto deve ser considerada como causa de dor e disfunção no ombro, podendo ocorrer na incisura supra-escapular, com paralisia dos músculos supra-espinhoso e infra-espinhoso, ou na incisura espinoglenoidal, levando à paralisia seletiva do ramo motor do infra-espinhoso. A sua etiologia geralmente está associada com a presença de lesão do lábio glenoidal, principalmente da porção pósterio-superior, considerada mais fraca, que permite o extravasamento de líquido sinovial para os tecidos periarticulares⁽²⁾.

O quadro clínico do cisto espinoglenoidal caracteriza-se pela presença de dor difusa, de início insidioso, na região posterior do ombro, associada a um déficit de rotação lateral e hipotrofia do músculo infra-espinhoso. A confirmação do diagnóstico é feita pelo exame de ressonância magnética (RM) e eletromiografia (EMG).

O tratamento dessa lesão é controverso e, para tal, vários procedimentos foram descritos. Dentre os mais utilizados estão a infiltração do cisto com corticosteróide, punção guiada por ultra-sonografia, punção guiada por tomografia computadorizada (TC), drenagem aberta e drenagem artroscópica⁽³⁾. Um número pequeno de casos de cisto espinoglenoidal, associado com lesão SLAP (*superior labrum anterior-posterior tear*) e neuropatia do supra-escapular, está descrito na literatura⁽⁴⁻⁷⁾. Esse número torna-se ainda menor se considerarmos o tratamento artroscópico dessas lesões e o seguimento pré e pós-operatório com RM e EMG⁽⁸⁾.

Este relato de caso tece considerações sobre um caso de cisto espinoglenoidal, associado com lesão SLAP e neuropatia do nervo supra-escapular, tratado artroscopicamente e avaliado no período pré e pós-operatório com RM e EMG, alertando para a eventual associação entre esses dois tipos de lesão.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, apresentava queixa de dor no ombro esquerdo havia um ano após queda durante jogo de futebol. Localizada na região posterior do ombro, a dor apresentava irradiação para o músculo trapézio e face lateral do braço; em associação, o paciente referiu presença de fraqueza muscular, que piorava durante as atividades em que o braço se posicionava acima da cabeça. Ao exame físico apresentava hipotrofia importante do músculo infra-espinhoso esquerdo (figura 1), dor à palpação da porção

lateral da espinha da escápula, porém sem abaulamento visível ou palpável. Não havia nenhuma limitação funcional em relação ao arco de movimento, porém apresentava déficit de força, durante a rotação lateral contra resistência, sem nenhum déficit sensitivo. Os testes para o diagnóstico de impacto subacromial e lesão do manguito rotador foram negativos, exce- tuando-se os testes para avaliação do músculo infra-espinhoso, como o teste de Patte e o teste do infra-espinhal, que foram positivos. Em relação à propedêutica para instabilidade, todos os testes foram negativos e a avaliação do complexo bíceps-labial demonstrou teste de O'Brien positivo e teste de Speed negativo. A radiografia simples não demonstrou nenhuma alteração. Na RM foi possível identificar a presença de uma imagem cística, com 1cm de diâmetro, localizada na região espinoglenoidal (figura 2a). A imagem apresentava-se com um hipersinal em T2 e era mais bem visualizada na incidência axial. A EMG pré-operatória demonstrava a presença de uma lesão parcial do nervo supra-escapular esquerdo, acima da emergência do ramo motor para o infra-espinhal.

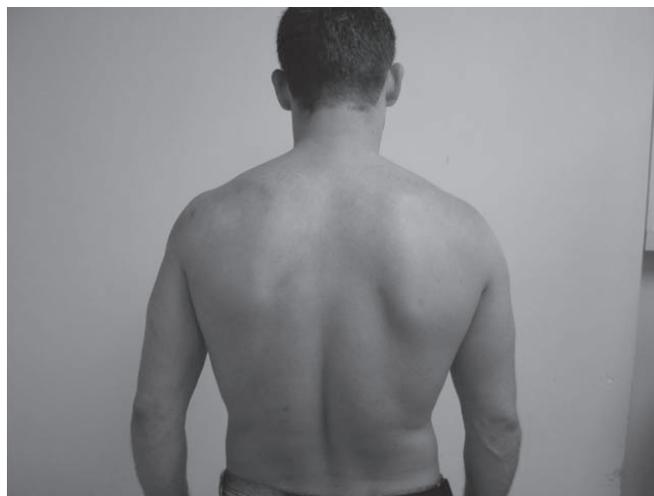


Figura 1 – Hipotrofia do músculo infra-espinhal esquerdo

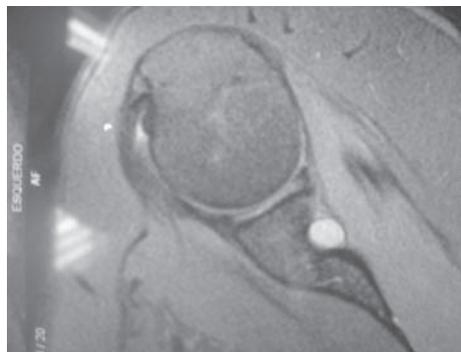


Figura 2a
Ressonância magnética demonstrando a presença de um cisto na região espinoglenoidal do ombro esquerdo

Após dois meses da primeira consulta, o paciente foi submetido a uma artroscopia do ombro esquerdo. Durante o inventário da cavidade articular não observamos sinais de impacto e presença de lesão articular do manguito rotador, porém notamos a presença de uma lesão SLAP tipo II de Snyder. Através da lesão do lábio glenoidal, o cisto foi drenado com auxílio de uma fresa motorizada (ponteira *full radius*) de 3,5mm. Durante o desbridamento da lesão pôde-se verificar o extravasamento de um líquido espesso de aspecto amarelado para o interior da articulação. Após a drenagem artroscópica do cisto, a lesão SLAP foi reparada com uma âncora bioabsorvível com duplo nó. No período pós-operatório o paciente permaneceu imobilizado por uma semana realizando exercícios pendulares e, posteriormente, exercícios passivos assistidos até a sexta semana, sendo então iniciados os exercícios ativos. A RM, realizada no sexto mês de pós-operatório, demonstrou remissão completa do cisto (figura 2b); a EMG no mesmo período apresentou melhora no padrão neural, evidenciando um número maior de unidades motoras e ausência de sinais de desnervação ativa do músculo infra-espinal. Nessa época, com o ombro indolor, o paciente já apresentava melhora significativa da força muscular e da hipotrofia do músculo infra-epinhal.

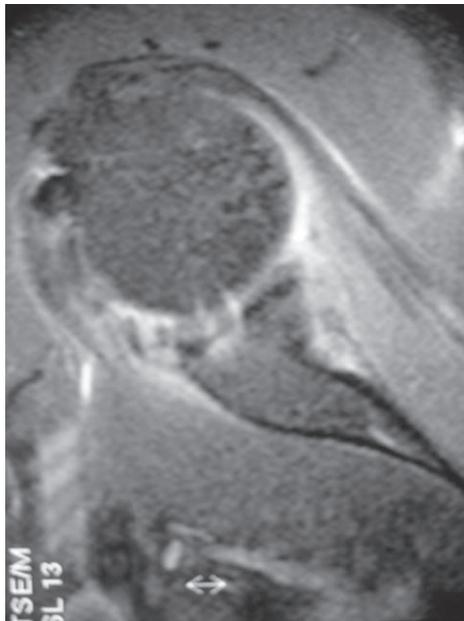


Figura 2b
Ressonância magnética demonstrando remissão do cisto após drenagem artroscópica

DISCUSSÃO

A compressão neurológica por cisto ocorre com maior frequência na região do punho, por compressão do nervo ulnar, e no terço proximal da perna, por compressão do nervo fibu-

lar comum⁽⁹⁾. Na cintura escapular ela é rara, acometendo na maioria das vezes o nervo supra-escapular na região da incisura supra-escapular e, com menor frequência, na incisura espinoglenoidal⁽⁴⁾. Esse nervo é um ramo colateral do plexo braquial que se origina no tronco superior, logo após a emergência das raízes de C5 e C6. Possui trajeto descendente na região cervical até a borda superior da escápula, penetrando na fossa supra-escapular através do forame supra-escapular. Após emitir ramos motores para o músculo supra-espinal e ramos articulares para a articulação glenoumeral e acromioclavicular, continua seu trajeto descendente como um ramo inferior, que contorna a incisura espinoglenoidal, inervando posteriormente o músculo infra-epinhal.

Os cistos paralabrais podem formar-se por degeneração mióide primária dos tecidos periarticulares, porém, a teoria mais aceita atualmente é a de que a presença de lesão do lábio glenoidal leva a extravasamento de líquido sinovial para os tecidos periarticulares através de um mecanismo de válvula, que permite apenas a entrada do líquido, retendo a sua saída do cisto em formação⁽⁸⁾. Um mecanismo de lesão semelhante ocorre nos cistos periarticulares do joelho e quadril quando existem lesões meniscais e do lábio acetabular, respectivamente⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Os cistos paralabrais ocorrem com maior frequência na porção pósterio-superior do lábio glenoidal, considerado o local de maior fragilidade. Tirman *et al*, estudando 20 ombros com cistos adjacentes ao lábio glenoidal, encontraram a presença de lesão do lábio superior em todos os casos⁽¹²⁾. Os cistos labrais estavam localizados posteriormente em nove pacientes, superiormente em nove e anteriormente em dois pacientes, sendo que todos os cistos localizados superiormente estavam associados com lesão SLAP⁽¹²⁾. Moore *et al* observaram, durante a cirurgia de 12 pacientes com cisto espinoglenoidal e neuropatia do supra-escapular, a presença de lesão do lábio glenoidal em 11 ombros operados, apesar da ausência de evidências desse tipo de lesão durante a avaliação pré-operatória com RM⁽⁵⁾. O paciente por nós operado também não apresentava lesão labral evidente na RM, sendo a mesma identificada durante o procedimento artroscópico. Acreditamos que a presença de lesão no lábio glenoidal seja o fator causal do cisto espinoglenoidal, e que, apesar de presente, muitas vezes a RM pode não identificar a lesão no período pré-operatório.

O cisto espinoglenoidal é encontrado com maior frequência em pacientes do sexo masculino, na terceira década de vida, principalmente os que estão envolvidos com trabalhos braçais, esportes de arremesso e levantamento de peso⁽¹⁾. O quadro clínico caracteriza-se pelo aparecimento insidioso de

dor na região posterior do ombro, associado a déficit de rotação lateral. As radiografias simples geralmente não mostram alterações quando a compressão ocorre por cisto, mas em alguns casos crônicos pode haver erosão com margem de esclerose no colo da escápula com margens escleróticas. Fritz *et al* demonstraram que a RM é o melhor exame para o diagnóstico precoce do cisto espinoglenoidal, com a vantagem de também poder, eventualmente, diagnosticar a presença de lesões associadas no lábio glenoidal⁽¹³⁾. A eletromiografia é essencial quando existe a suspeita de lesão neurológica, pois pode distinguir a lesão do nervo supra-escapular por compressão de doença neurológica como a neurite braquial⁽¹⁴⁾.

O tratamento indicado nos casos de neuropatia compressiva do supra-escapular por cisto é cirúrgico, pois raramente há regressão espontânea da mesma⁽⁷⁾. As punções guiadas por ultra-sonografia ou TC estão associadas à recidiva das lesões^(3,15). A drenagem cirúrgica pode ser feita por via aberta ou artroscópica. A cirurgia aberta tem levado a índices elevados de recidiva e autores têm atribuído esses maus resultados à não identificação e reparação da lesão do lábio glenoidal durante a cirurgia de drenagem do cisto, que é feita através de uma via de acesso posterior^(3,5,15). Piatt *et al*, analisando retrospectivamente o tratamento de 73 pacientes com diagnóstico de cisto espinoglenoidal, encontraram melhores resultados nos tratados com drenagem artroscópica do cisto associada a reparo da lesão do lábio glenoidal, estando 96% deles satisfeitos, com remissão completa do quadro doloroso, sem recorrência da lesão, enquanto encontraram índices elevados de recidiva nos pacientes tratados com punção e resultados menos previsíveis em relação à remissão da dor e satisfação quando o tratamento foi realizado com drenagem isolada do cisto sem reparação da lesão labial ou com reparação da lesão do lábio glenoidal sem drenagem do cisto, tanto por via aberta como artroscópica⁽³⁾. Também acreditamos que o tratamento ideal para esse tipo de lesão é aquele que corrige o fator causal, reparando a lesão do lábio superior; a artroscopia é o melhor método para o diagnóstico e tratamento. Outros autores também têm obtido resultados excelentes com o tratamento artroscópico do cisto e da lesão SLAP associada^(5,8,16). Porém, nenhum desses autores documentou a melhora clínica demonstrando a remissão do cisto pela RM e melhora do padrão de condução neural pela EMG. Chen *et al* descreveram, pela primeira vez na literatura, a remissão pós-operatória do cisto documentada pela RM e da lesão neurológica pela EMG, em três pacientes com cisto espinoglenoidal associado à lesão SLAP e neuropatia do supra-escapular tratados artroscopicamente⁽⁸⁾. Este relato de caso é o segundo trabalho na literatura a docu-

mentar o resultado pós-operatório com esses exames. Encontramos uma remissão completa do cisto na RM realizada no período pós-operatório e a EMG pós-operatória demonstrou melhora no padrão neural, com um número maior de unidades motoras e ausência de sinais de desnervação ativa do músculo infra-espinhoso esquerdo. A RM e a EMG são exames que podem definir o diagnóstico e auxiliam o controle pós-operatório do cisto espinoglenoidal associado à lesão SLAP e neuropatia do supra-escapular. O tratamento artroscópico com drenagem do cisto e correção da lesão do lábio glenoidal parece ser a melhor opção de tratamento do cisto espinoglenoidal, com melhores resultados e baixos índices de recidivas.

REFERÊNCIAS

- Ogino T, Minami A, Kato H, Hara R, Suzuki K. Entrapment neuropathy of the suprascapular nerve by a ganglion. A report of three cases. *J Bone Joint Surg Am.* 1991;73(1):141-7. Review.
- O'Brien SJ, Neves MC, Arnoczky SP, Rozbruch SR, Dicarlo EF, Warren RF, et al. The anatomy and histology of the inferior glenohumeral ligament complex of the shoulder. *Am J Sports Med.* 1990;18(5):449-56.
- Piatt BE, Hawkins RJ, Fritz RC, Ho CP, Wolf E, Schickendantz M. Clinical evaluation and treatment of spinoglenoid notch ganglion cysts. *J Shoulder Elbow Surg.* 2002;11(6):600-4.
- Thompson RC Jr, Schneider W, Kennedy T. Entrapment neuropathy of the inferior branch of the suprascapular nerve by a ganglia. *Clin Orthop Relat Res.* 1982;(166):185-7.
- Moore TP, Fritts HM, Quick DC, Buss DD. Suprascapular nerve entrapment caused by supraglenoid cyst compression. *J Shoulder Elbow Surg.* 1997;6(5):455-62.
- Takagishi K, Maeda K, Ikeda T, Itoman M, Yamamoto M. Ganglion causing paralysis of the suprascapular nerve. Diagnosis by MRI and ultrasonography. *Acta Orthop Scand.* 1991;62(4):391-3.
- Henrique A. Compressão de nervo supra-escapular por cisto sinovial: relato de caso. *Rev Bras Ortop.* 2001;36(5):179-82.
- Chen AL, Ong BC, Rose DJ. Arthroscopic management of spinoglenoid cysts associated with SLAP lesions and suprascapular neuropathy. *Arthroscopy.* 2003;19(6):E15-21.
- Rengachary SS, Neff JP, Singer PA, Brackett CE. Suprascapular entrapment neuropathy: a clinical, anatomical, and comparative study. *Neurosurgery.* 1979;5(4):441-6.
- Glasgow MM, Allen PW, Blakeway C. Arthroscopic treatment of cysts of the lateral meniscus. *J Bone Joint Surg Br.* 1993;75(2):299-302.
- Haller J, Resnick D, Greenway G, Chevrot A, Murray W, Haghighi P, et al. Juxtaacetabular ganglionic (or synovial) cysts: CT and MR features. *J Comput Assist Tomogr.* 1989;13(6):976-83.
- Tirman PF, Feller JF, Janzen DL, Peterfy CG, Bergman AG. Association of glenoid labral cysts with labral tears and glenohumeral instability: radiologic findings and clinical significance. *Radiology.* 1994;190(3):653-8.
- Fritz RC, Helms CA, Steinbach LS, Genant HK. Suprascapular nerve entrapment: evaluation with MR imaging. *Radiology.* 1992;182(2):437-44.
- Black KP, Lombardo JA. Suprascapular nerve injuries with isolated paralysis of the infraspinatus. *Am J Sports Med.* 1990;18(3):225-8.
- Skirving AP, Kozak TK, Davis SJ. Infraspinatus paralysis due to spinoglenoid notch ganglion. *J Bone Joint Surg Br.* 1994;76(4):588-91.
- Iannotti JP, Ramsey ML. Arthroscopic decompression of a ganglion cyst causing suprascapular nerve compression. *Arthroscopy.* 1996;12(6):739-45.