

INSTABILIDADES DO OMBRO

Ricardo Yabumoto

Curitiba, 12 de Marco de 2007

INSTABILIDADE ANTERIOR

- Articulacao gleno-umeral = ADM e forca



rasa e incontinente + esferica

- Estabilidade = acao integrada estatica e dinamica

INSTABILIDADE ANTERIOR

- ESTABILIDADE ESTATICA:

1. Geometria articular(ossea)

Antev. Escapula = 30-45 graus coronal

Retrov. Glenoide = 5 graus (7,4 graus)

Retrov. Cabeça umeral = 20-30 graus

Avaliar fatores congênitos e adquiridos que comprometem a integridade ossea

INSTABILIDADE ANTERIOR

- **2. Fatores fisico- quimicos:**

Volume articular limitado= 1ml liq. Sinovial

Viscosidade liq. Sinovial = adesao/coesao e lamina/laminula

Pressao intra-articular negativa

Evita principalmente sublx. Inferior (acao gravidade)

INSTABILIDADE ANTERIOR

- **3. Estruturas capsuloligamentares:**

LCU

LGU

Capsula posterior = mais fina e fraca

Mais importante estabilizador estatico da
cabeca umeral em RE = LGUI

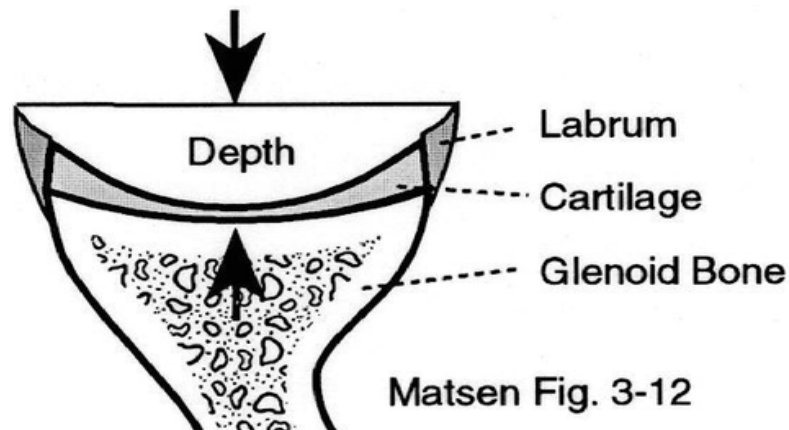
INSTABILIDADE ANTERIOR

4. Labrum:

Efeito ventosa

Aumento da superficie de contato

Profundidade glenoide = 2mm (c/labrum)



INSTABILIDADE ANTERIOR

- ESTABILIDADE DINAMICA:
 1. Musculos do MR
 2. CLB
 3. Musculatura da cintura escapular

INSTABILIDADE ANTERIOR

CLASSIFICACAO:

1-frequencia e tempo:

- Aguda primaria ou recorrente (<24 h)
- Cronicas

2- grau:

- Luxacao
- subluxacao

INSTABILIDADE ANTERIOR

3-direcao:

- Anterior
- Posterior
- Inferior
- Bidirecional= ant-inferior/ post-inferior
- Multidirecional

INSTABILIDADE ANTERIOR

- **4- Etiologia:**

- Traumática
- Não-traumática
- Microtraumática de repetição

- **5-Volicação:**

- Involuntária
- Voluntária: posicional, muscular, comportamental

INSTABILIDADE ANTERIOR

CLASSIFICACAO:

- **1989- Matsen e Thomas**

1- *TUBS*= traumatic, unidirect, bankart, surgery

2- *AMBR II*= atraumatic, multidirect, bilateral, rehabilitation, inferior capsular shift (c. Neer), rotator interval.

INSTABILIDADE ANTERIOR

- 1969- Blazina e Sztzman – primeira classificação
- 1979-Rockwood:
 - Tipo I - Sublx. traumática sem luxação prévia.
 - Tipo II- Sublx. traumática após luxação prévia.
 - Tipo III- Sublx. voluntária, em pacientes com e sem distúrbios psiquiátricos.
 - Tipo IV-Sublx. involuntária atraumática.

INSTABILIDADE ANTERIOR

- I-II → traumática → lesão capsulo-labral

↓
cirurgia

- III → voluntária → conservador

- IV → atraumática → cons. X cirurgico

INSTABILIDADE ANTERIOR

- DIAGNOSTICO POR IMAGEM:

Lesoes de Hill-Sachs

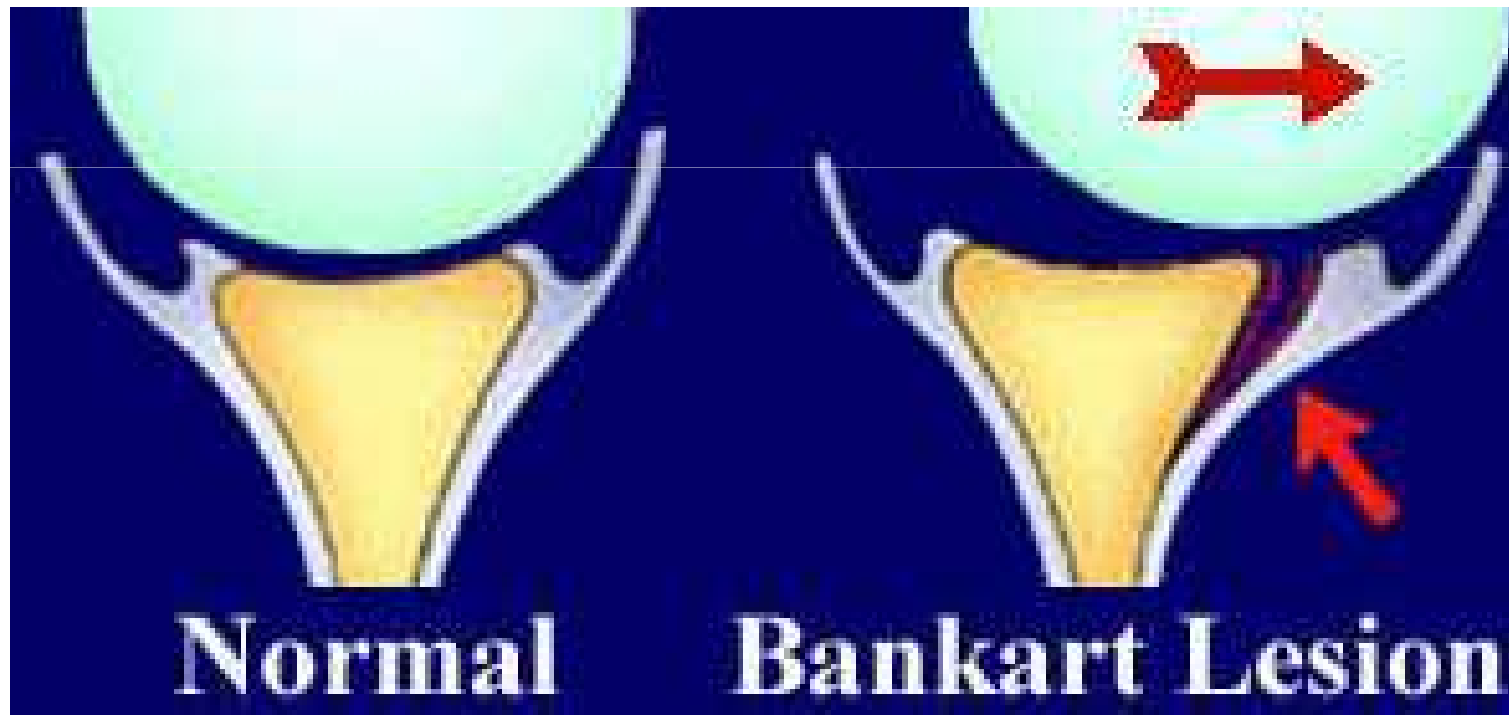
Bankart

Artrorresonancia

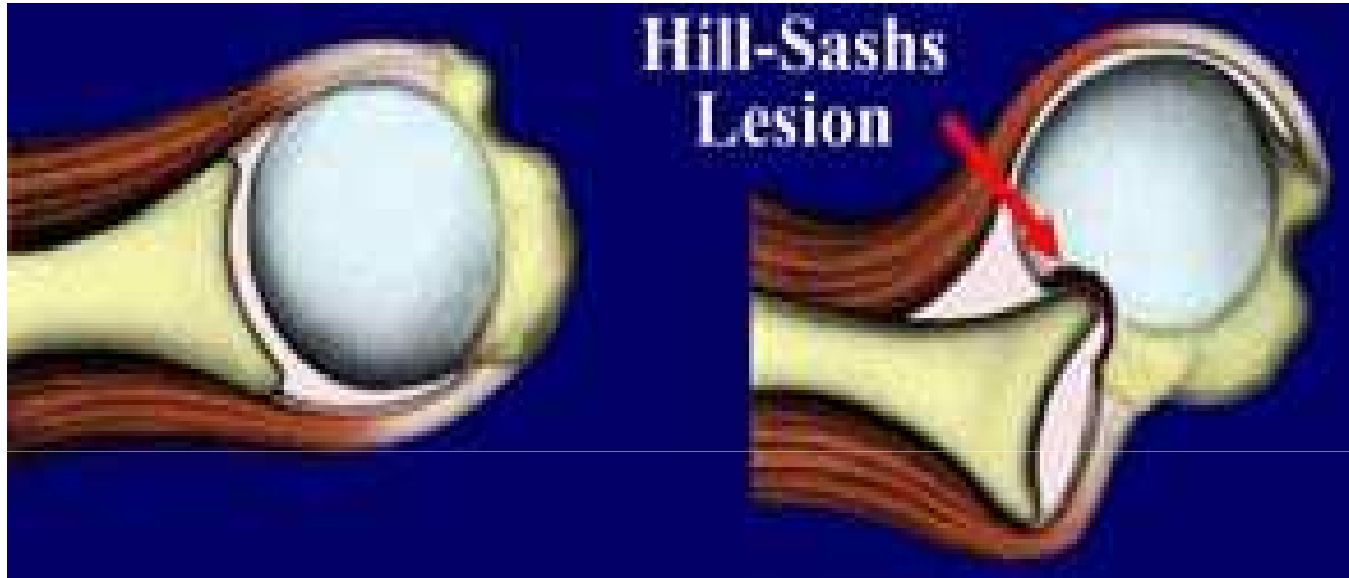
Snyder = apenas se suspeita de lesao MR,
CLB, IGU nao traumatica ou idosos

INSTABILIDADE ANTERIOR

- BANKART



INSTABILIDADE ANTERIOR



INSTABILIDADE ANTERIOR

- Tratamento conservador:

- Imob. gessada
- Imob. em RI ou RE
- Imob. neutra
- Tempo 3-6 semanas



Principalmente se IGU não traumática,
multidirecionais, voluntárias

INSTABILIDADE ANTERIOR

- Tratamento conservador:
- Fator idade = ALTA TAXA DE RECIDIVA
 - ↓ <20 anos = 95% apos primeiro episodio
 - >40 anos = 15% recidiva
- Tratamento cirurgico aberto:
 - Recidiva = 3-8%
 - Artroscopico = Karlsson(1995)- 6%

INSTABILIDADE ANTERIOR

TENDENCIA:

- Jovem
- Traumatica

TRATAMENTO CIRURGICO NA FASE
AGUDA (4 SEMANAS)

INSTABILIDADE ANTERIOR

- Primeiro tratamento cirurgico – Hipocrates
- Barra de ferro incandescente direto no ombro

INSTABILIDADE ANTERIOR

- **Tratamento cirurgico aberto:**
 - 1) **Reparo da cápsula e labrum:** Bankart-(1923)
 - 2) **Plicatura da cápsula e músculo:** Putti-Platt (1923)
 - 3) **Transferências tendineas e musculares:** Bristow-Helfet-Latarjet (1958)

INSTABILIDADE ANTERIOR

- 4) Bloqueio ósseo: Lange (1944)
- 5) Osteotomias do úmero: Schott-Kretzler (1966)
- 6) Transferência muscular para a cabeça do úmero: McLaughlin (1942)
- 7) Capsuloplastias: Neer (1980)

BANKART

Retensionamento capsular e labral

Reinserção do labrum ao rebordo glenoidal.

Perfurações no colo da glenóide para o reposicionamento do labrum.

BANKART

Figura A

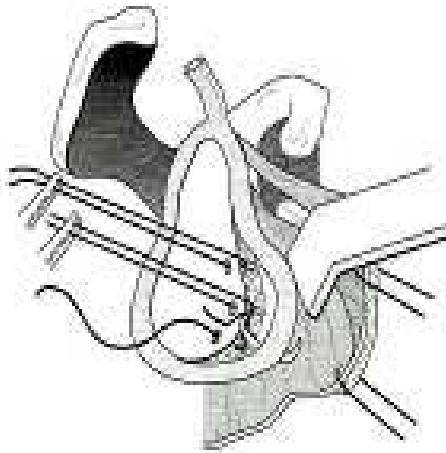


Figura B

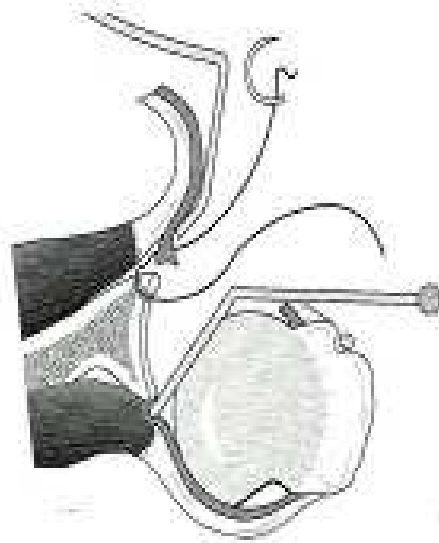


Figura C

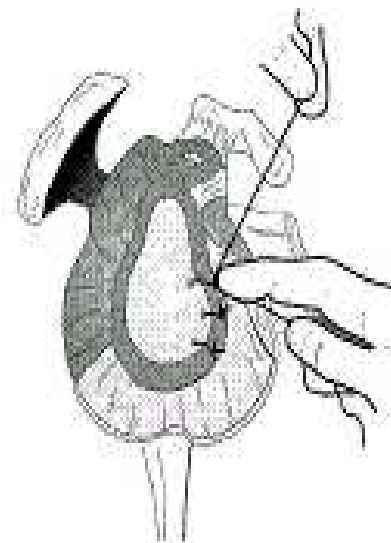
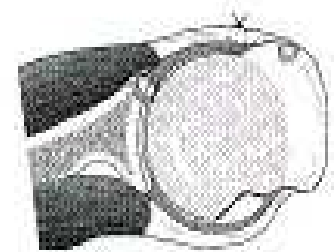


Figura D



PUTTI-PLATT

1. músculo subescapular e a cápsula são seccionados
2. Borda lateral é suturada no labrum e na base da borda medial
3. Borda medial é então rodada sobre a borda lateral e suturada, fazendo um encurtamento.

MAGNUSON-STACK

1. Rotacao interna membro superior
2. Músculo subescapular é suturado lateralmente a sua inserção original

Alto indice de subluxacao posterior e artrose precoce

MAGNUSON-STACK

- Subluxacao posterior

Figura A



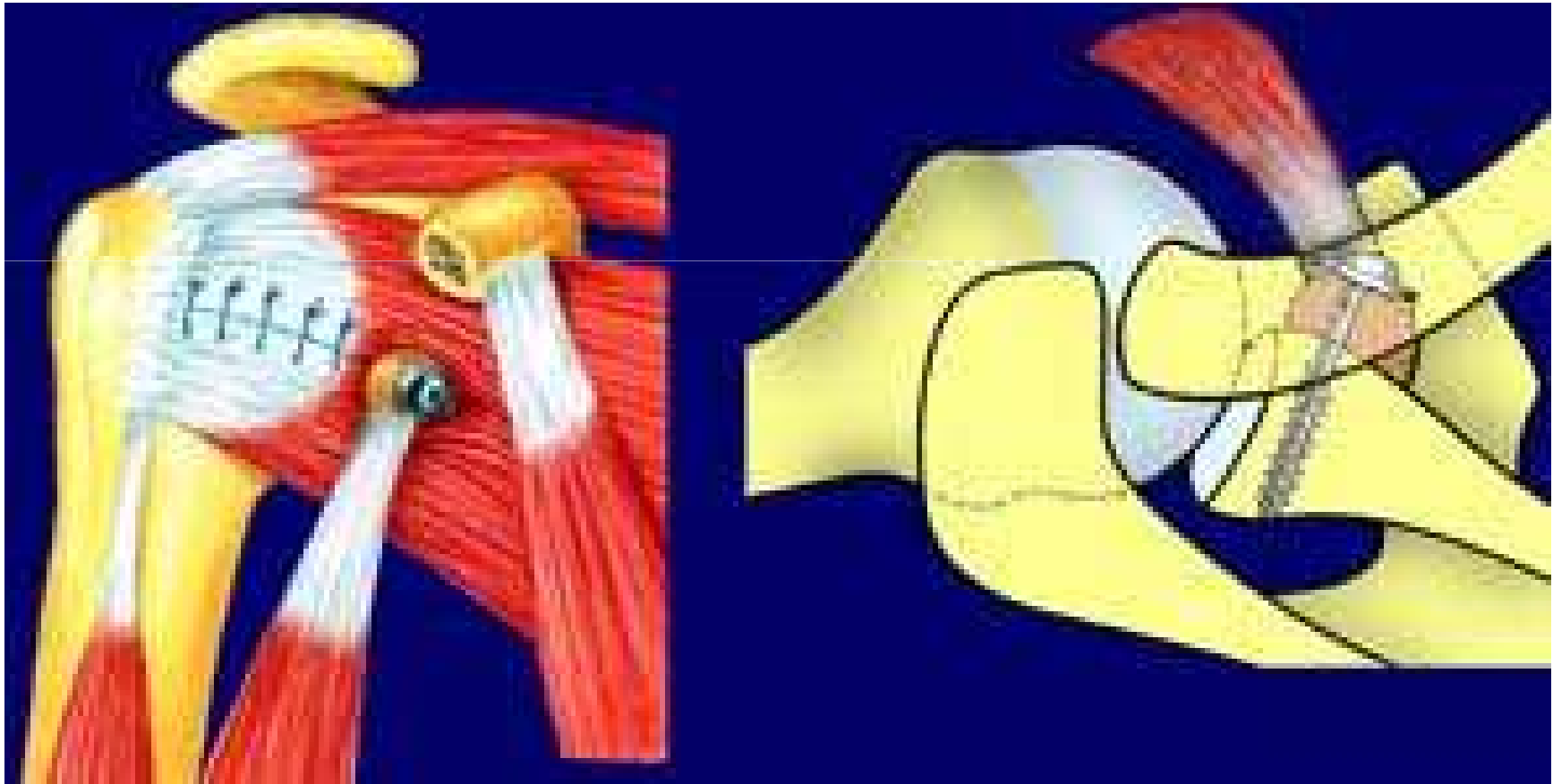
Figura B



BRISTOW-HELFFET-LATARJET

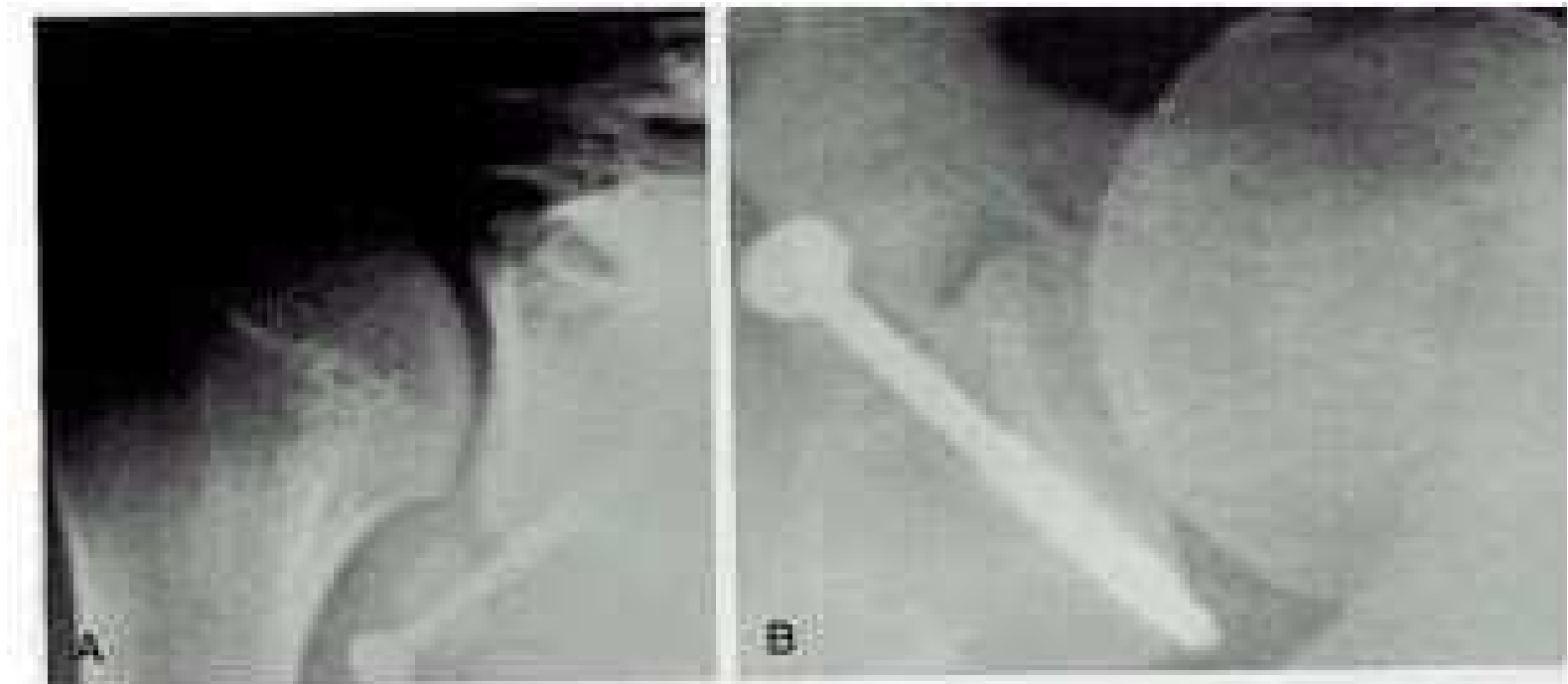
1. Transferencia proc. Coracoide
2. Pediculado (t. conjunto + peitoral menor)
3. Borda ant.- inferior glenoide
4. Colocacao do enxerto em pe
5. Colocacao enxerto em contiguidade com a glenoide

BRISTOW-HELFET-LATARJET



BRISTOW-HELFFET-LATARJET

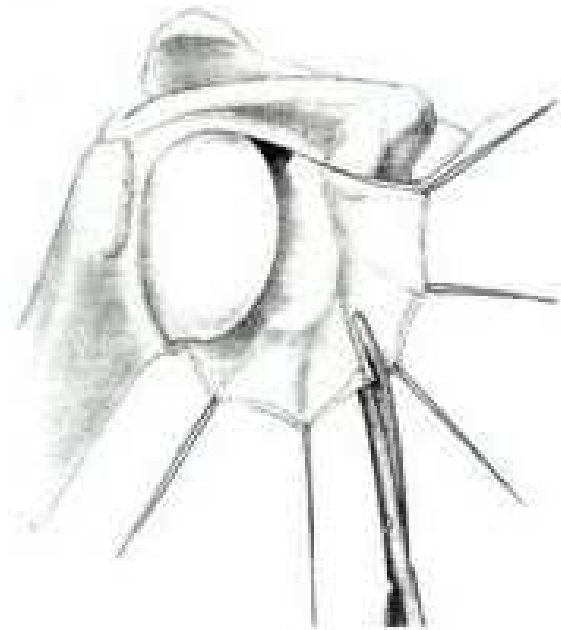
- Pseudartrose e soltura do enxerto



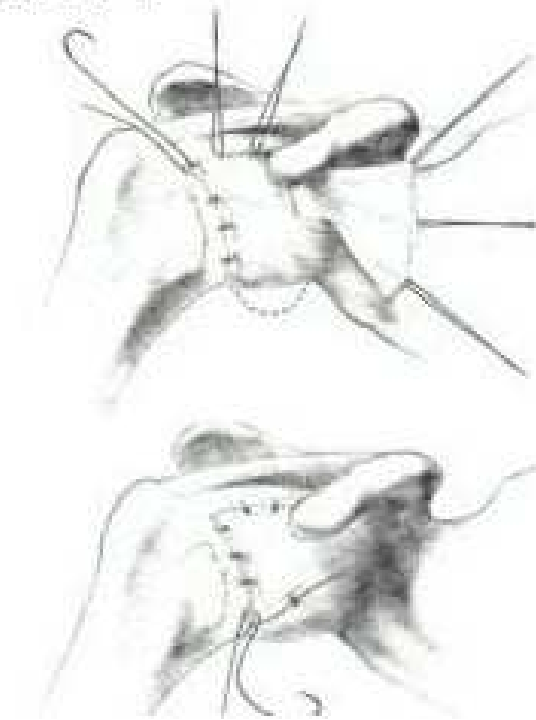
CAPSULOPLASTIA NEER

- 2 flaps horizontais
- 1 sobre outro - jaquetao

Figura A



Figuras B e C



INSTABILIDADE ANTERIOR

- Muitas complicacoes:
- Limitacao RE
- Recidiva
- Artrose GU precoce
- Soltura MS
- infeccao

INSTABILIDADE ANTERIOR

- Tratamento cirurgico artroscopico:
- Menor agressao
- Reabilitacao precoce
- Menor dor pos operatoria
- Retensionamento CCLL
- Reinsercao labral
- Fechamento espaco rotador(10-20-30)
- Contra-indicado se ruptura capsular reversa(umeral - 5%)

INSTABILIDADE POSTERIOR

- Apenas 2-4% das instabilidades
- Associação com inst. Multidirecional e voluntaria
- Diferenciar frouxidao de Instabilidade
- Instabilidade = sintomas clinicos

INSTABILIDADE POSTERIOR

- Diagnostico clinico:
- Principais manobras
 1. Gerber e Ganz (Abd. → Flx.)
 2. Apreensao posterior (geralm. + 80/120)

INSTABILIDADE POSTERIOR

- TRATAMENTO:
- Predominantemente clinico
Esperar melhora 4-6 meses
Sucesso 50% casos
- Cirurgia apos falha e com ressalvas
Capsuloplastia posterior
Enxertia ossea posterior(escapula/iliaco)

CAPSULOPLASTIA POSTERIOR-NEER

1. Decúbito lateral
2. Incisão oblíqua na pele e em Y no deltóide
3. Descolamento da espinha da escápula e acrômio posterior

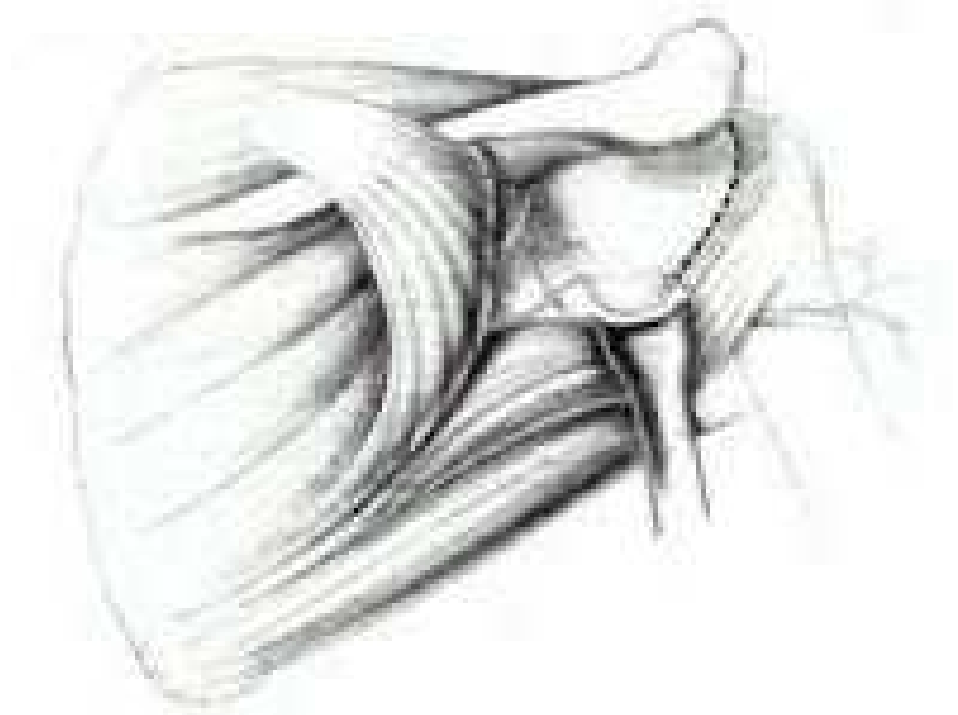


CAPSULOPLASTIA POSTERIOR- NEER

1. Tenotomia
infraespinhoso a 1 cm
TM
2. Capsulotomia

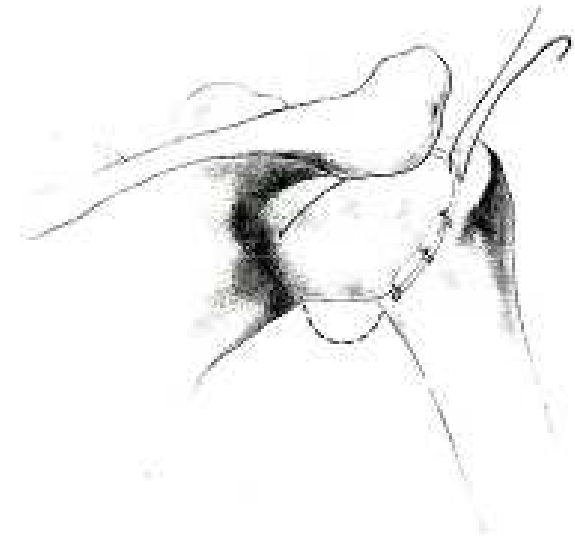
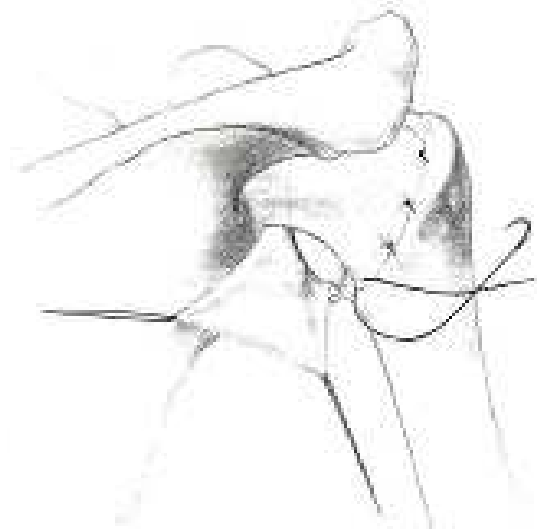
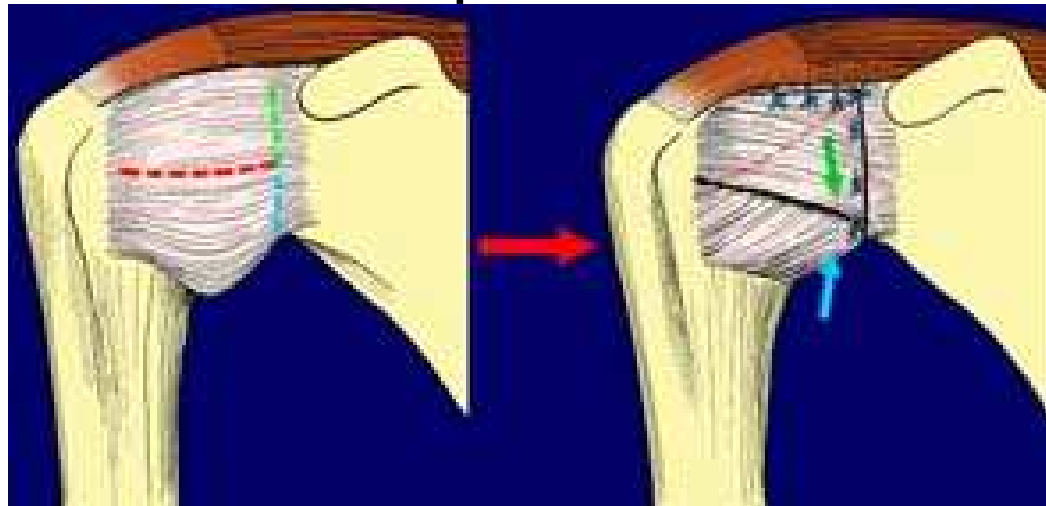
n. axilar= inferior

n.supraescapular=medial



CAPSULOPLASTIA POSTERIOR-NEER

1. capsuloplastia em T
2. 2 flaps
3. Jaquetao
4. Diminui recesso capsular inferior e frouxidão posterior



INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL

- Hiperelasticidade X Instabilidade
- Dificuldade diagnostica
- Insucesso no tratamento

Instabilidade em mais de uma direcao e
sintomatica

INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL

- Maioria das inst. ATRAUMATICAS
- Overuse (microtraumas) – esportistas
- Alteracao do colageno X estiramento capsular (Neer)

INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL

- CLINICA – ANAMNESE:
- **Inferior:** dor ou parestesia carregar malas
- **Posterior:** abrir porta ou adu.+RI+elev.
- **Anterior:** dormir com braços abertos e mãos sob cabeça, arremesso

INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL

- Tratamento conservador inicial = MANDATORIO
- Neer = por ate 1 ano
- Luxacao voluntaria = sempre

INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL

Capsuloplastia em T – Neer (Inferior Capsular Shift)

- Retensionamento recesso inferior
- Fechamento intervalo rotador se necessario
- Checchia – 92% bons resultados (13 pct)
- Veado- 91% bons e otimos(47 pct)

INSTABILIDADE MULTIDIRECIONAL

- Retracao capsular por Laser (Shrinkage)

Desuso

Retracao capsular termica

Alteracao estrutura colageno

Fibrose e ruptura capsular

Necrose capsular

Lesao estruturas vizinhas

TRATAMENTO ARTROSCOPICO

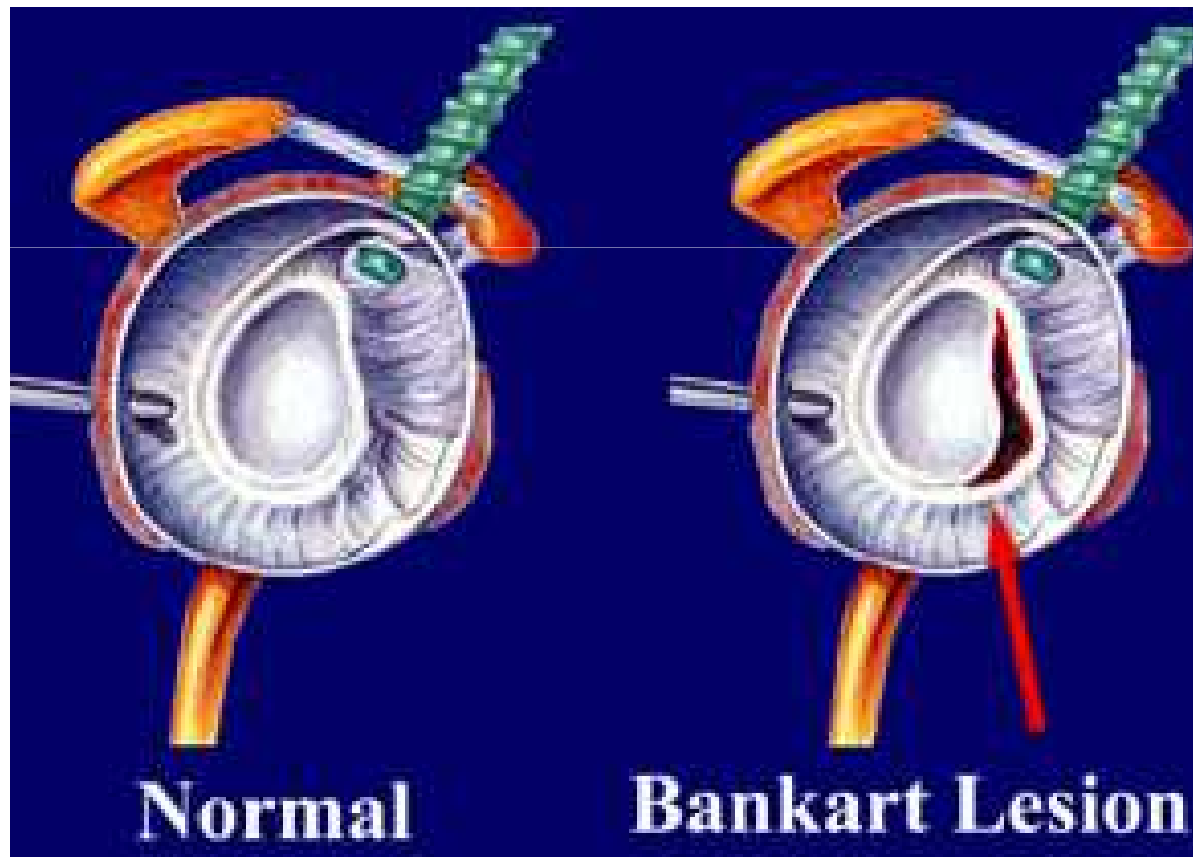
- Avaliar tipo de instabilidade
- Classificar instabilidade
- Idade – quanto mais novo, pior
- Curva de aprendizado
- Tratamento voltado para correcao de todas lesoes em tempo unico

TRATAMENTO ARTROSCOPICO

- Capsuloplastias
- Lesao de Bankart
- Lesao labral e SLAP

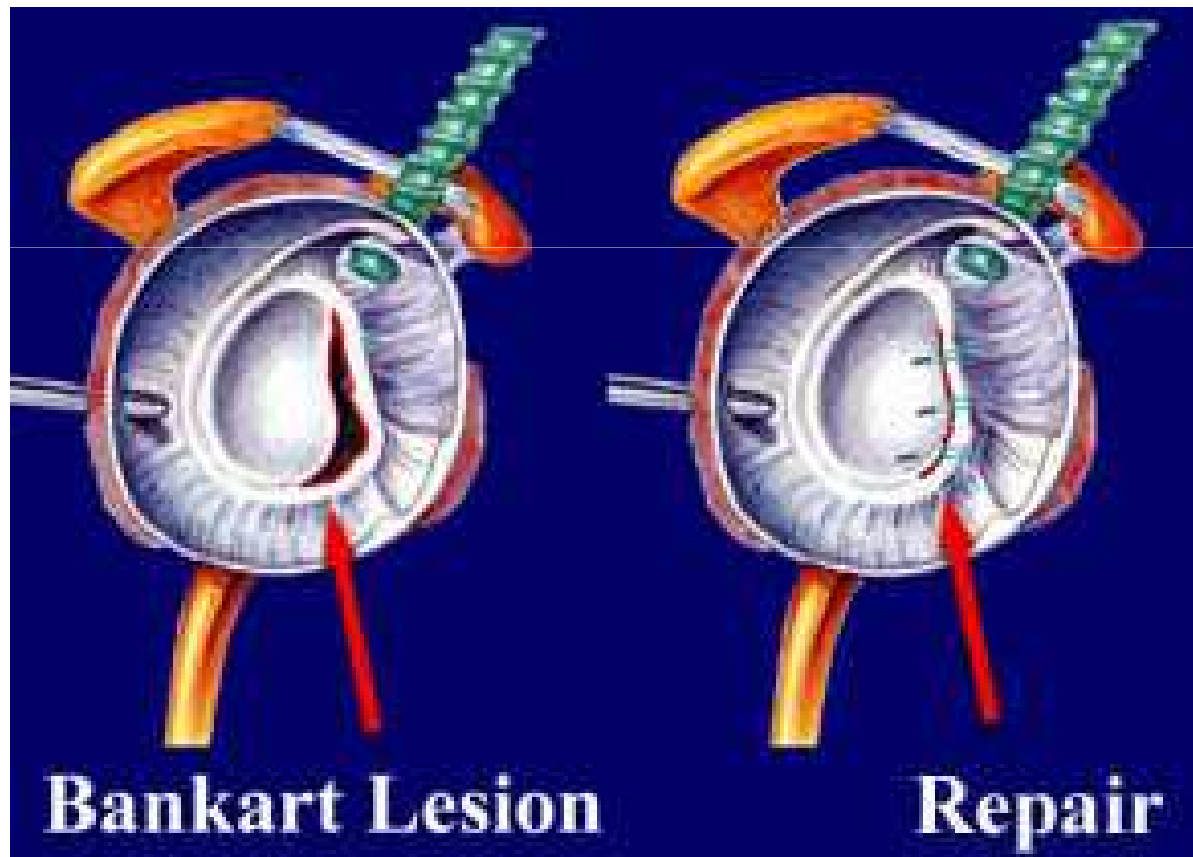
TRATAMENTO ARTROSCOPICO

- LESAO DE BANKART



TRATAMENTO ARTROSCOPICO

- LESAO DE BANKART



TRATAMENTO ARTROSCOPICO

- LESAO DE BANKART

