

Tratamento Artroscópico da Lesão SLAP tipo 2

Alessandro Alvarenga Cardoso¹ , Fabiano Rebouças Ribeiro² , Rômulo Brasil Filho³ , Cantidio Salvador Filardi Filho² , Antonio Carlos Tenor Junior² , Eduardo Libório Menniti⁴

RESUMO

A lesão SLAP é uma lesão do lábio superior na porção anterior e posterior da glenóide que tem seu diagnóstico definitivo realizado pela artroscopia do ombro. Descrevemos a técnica artroscópica para o reparo da lesão SLAP tipo 2 da classificação de Snyder.

Descritores: Lesão SLAP; artroscopia do ombro.

SUMMARY

The SLAP lesion is a lesion of the upper labrum in anterior and posterior portion of the glenoid which has its definitive diagnostic by shoulder arthroscopy. Describe the arthroscopy technical for repair of lesion SLAP type 2 Snyder classification.

Keywords: SLAP lesion; Shoulder arthroscopy.

-
1. Estagiário do Grupo de Ombro do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo
 2. Médico Assistente do Grupo de Ombro do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo
 3. Chefe do Grupo de Ombro do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo
 4. Médico colaborador do Grupo de Ombro do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

Endereço: Rua Borges Lagoa, 1755. 1o Andar Sala 180 São Paulo-SP



INTRODUÇÃO

Lesão SLAP é uma lesão de origem traumática ou degenerativa do lábio superior em sua porção anterior e posterior da glenóide junto a inserção do tendão do cabo longo do bíceps braquial.^(1,3,4) Este local tem uma irrigação sanguínea menor em relação ao restante do lábio que tem uma rica vascularização feita principalmente por ramos das artérias subescapular, supraescapular e circunflexa da escápula.^(3,4) Esta lesão acomete mais adultos jovens atletas.

Dois mecanismos clássicos são descritos como causadores desta lesão:

- 1- Mecanismo de peel-back: de aceleração e desaceleração durante o movimento de arremesso no ombro de atletas arremessadores;
- 2- Queda com o ombro em abdução de 30° e flexão de 70°, associado a extensão do cotovelo e punho ipsilateral ou com o ombro em hiperflexão.

O quadro clínico é bastante variado desde dor forte no ombro após episódio traumático até quadro arrastado de dor insidiosa e síndrome do braço morto.^(1,2,3) Ao exame físico, o teste de O'Brien tem uma boa sensibilidade, porém, não é específico para a patologia.^(1,3,5)



Lesão SLAP.

A ressonância magnética e mais precisamente a artro-ressonância magnética do ombro são exames que podem nos auxiliar no diagnóstico, mostrando a avulsão do lábio superior da glenóide, porém o diagnóstico definitivo é dinâmico, pela artroscopia do ombro (Fig. 1). Alguns parâmetros são importantes para diferenciarmos uma lesão SLAP de uma variação anatômica do lábio ao fazermos uma artroscopia do ombro como: hemorragia sublabial, condromalácia da glenóide superior, separação entre as margens da cartilagem articular e do lábio superior maior do que 4 mm quando o tendão do cabo longo do bíceps esta sob tensão (Teste do Peel-back positivo) ou lesão em alça de balde do lábio superior ou do tendão do cabo longo junto a sua inserção.^(1,2,4,6)

Snyder^(1,2,4) classificou a lesão SLAP em 4 tipos baseado nos achado artroscópicos:

1- Esgarçamento e fragmentação da margem do lábio superior (degenerativa): 21% das lesões;

2- Desinserção do lábio superior da glenóide: 55% das lesões;

3- Lesão em alça de balde no lábio superior e uma inserção normal do tendão do bíceps: 9% das lesões;

4- Lesão em alça de balde no lábio superior que ascende ao tendão do cabo longo do bíceps braquial

Burkhart e Morgan⁽⁴⁾ criaram o tipo 5 caracterizando-o como uma lesão SLAP complexa ou seja, associada a lesão de Bankart.

INDICAÇÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

A falha no tratamento conservador é indicação do tratamento cirúrgico da lesão SLAP que constitui no tratamento artroscópico, baseado na classificação de Snyder:

Tipo 1 - Regularização do lábio superior;

Tipo 2 - Fixação do lábio superior junto a glenóide;

Tipo 3 - Ressecção da alça de balde, sempre tendo cuidado com a inserção do ligamento glenoumeral médio e, fixação do lábio superior a glenóide;

Tipo 4 - Ressecção da alça de balde e tentativa de fixação do lábio. Quando houver mais de 30 % do tendão do cabo longo do bíceps, este deve ser reparado junto com o lábio superior da glenóide ou tenodesado conforme a idade e atividade do paciente;

Tipo 5 - Realizar primeiro o reparo da lesão de Bankart e, após reparar a lesão SLAP.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é colocado em posição de cadeira de praia com o membro acometido fora da mesa. É realizado um portal posterior para inserção da ótica e realiza-se uma inspeção de toda a cavidade articular glenoumeral. Usa-se um portal ântero-superior feito na borda superior do intervalo dos rotadores para a inserção de um probe e avalia-se a inserção do lábio superior junto a glenóide, através do teste do peel-back descrito por Burkhart⁽⁶⁾ (abdução e rotação externa do ombro e observa-se uma abertura entre o lábio superior e a glenóide). Um portal anterior, na margem inferior do intervalo dos rotadores, também é útil para auxiliar o reparo da lesão.

Com a ótica no portal posterior e a inserção de um shaver no portal ântero- superior, é realizado um desbridamento na margem do lábio superior e uma escarificação na borda superior da glenóide.

São colocadas duas âncoras absorvíveis, carregadas com um fio inabsorvível em cada uma, na margem ântero-superior da glenóide, com uma angulação de 45° posterior e medial e outra na margem pósterio-superior da glenóide (Fig. 3). Para um melhor posicionamento da âncora posterior, a cânula do portal ântero-superior é colocada posteriormente ao tendão do cabo longo do bíceps.

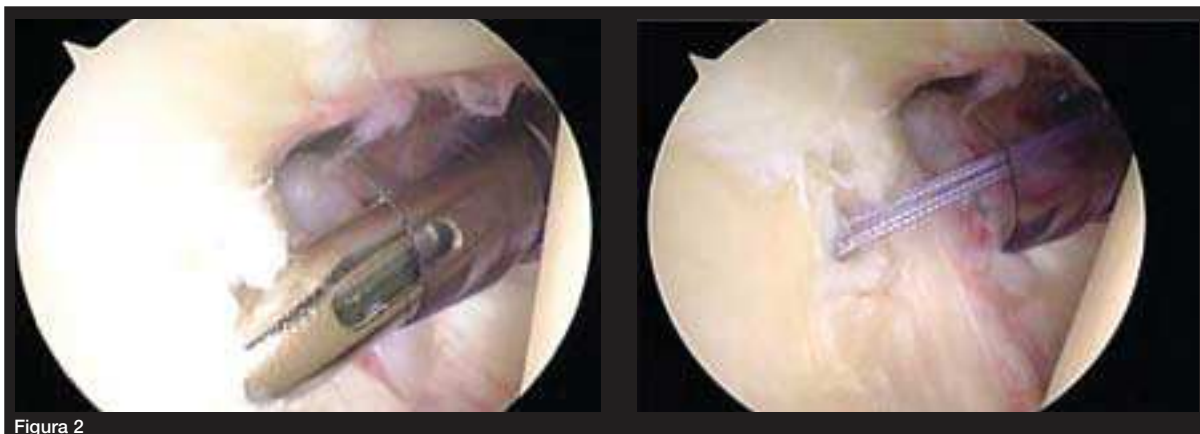


Figura 2

Posicionamento e colocação da âncora anterior.

Com a âncora anterior colocada na margem ântero-superior da glenóide, realiza-se um ponto no lábio anteriormente ao cabo longo do bíceps. Coloca-se a outra âncora na margem pósterio-superior, e realiza-se outro ponto com o fio desta âncora no lábio posteriormente ao cabo longo do bíceps. Importante não incluir nestes pontos o tendão do cabo longo do bíceps e nem o ligamento glenoumeral médio(Fig.4).

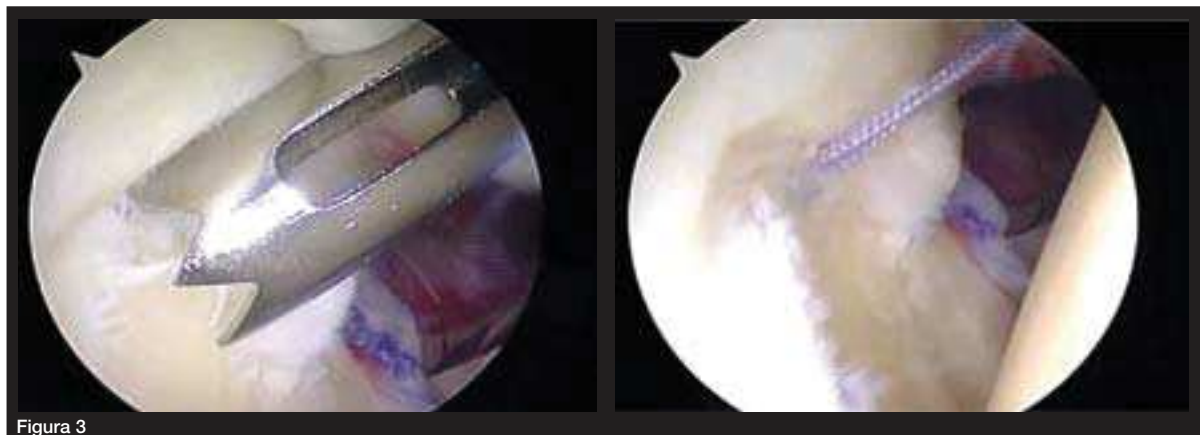


Figura 3

Posicionamento e colocação da âncora posterior.

Realiza-se então novamente o teste de peel-back, que estará negativo e, com um probe palpa-se a fixação do reparo.



Reparo da lesão SLAP.

CUIDADOS PÓS- OPERATÓRIOS

No pós operatório, o ombro acometido é imobilizado com tipóia por 6 semanas. O tratamento fisioterápico é iniciado para a recuperação da amplitude de movimento e da propriocepção do paciente. As atividades esportivas são liberadas conforme a evolução do paciente, em geral, ao 6º mês pós operatório.

COMPLICAÇÕES

- Recorrência da dor^(2,4)
- Restrição de movimentos (principalmente rotação externa)²
- Soltura de âncoras e mau posicionamento de âncoras levando a lesões cartilagosas^{2,3}

RECOMENDAÇÕES

- Cuidado em não incluir junto com os pontos de reparo o tendão do cabo longo do bíceps.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Snyder SJ, Kilbride E. : Reparo das Lesões Labrais e SLAP. In: Shoulder: Master Techniques in Orthopaedic Surgery, 2a. edição. Rio de Janeiro, Ed. Revinter; 2008. P.191-206.
- 2- Snyder SJ.: Lesões do labrum superior da face anterior para a posterior o ombro. In: Artroscopia do Ombro, 2ª Edição. Rio de Janeiro: Ed. Revinter. 2006. P.147-165.
- 3- Godinho GG, Freitas JMA, Leite LMB, Pina ERM.: Lesões SLAP no ombro. Revista Brasileira de Ortopedia 1998; 33: 345-351.
- 4- Godinho GG: Lesões SLAP In: Ombro e Cotovelo. Rio de Janeiro: Ed. Revinter.2005. p. 215.
- 5- O'Brien Sj, Paganani MJ, Fealy S: The active compression test: a new and effective test of diagnosing labral tears and acromioclavicular abnormalities. Am J Sports Med 26: 610-613, 1998.
- 6- Burkhart SS, Morgan CD: The peel-back mechanism: its role in producing and extending posterior type II SLAP lesions and its effect on SLAP repair rehabilitation. Arthroscopy 14(6): 637-640, 1998.