Transferência do ligamento córacoacromial para clavícula como tratamento da luxação acrômioclavicular aguda

Oyama Arruda Frei Caneca Junior[1], Giovani Serrano Machado[1]

RESUMO

Os autores descrevem a técnica cirúrgica de transferência do ligamento córacoacromial para a clavícula distal , utilizada no tratamento das luxações da articulação acrômio-clavicular classificadas como agudas, podendo ser realizada nos tipos IV a VI da classificação de Rockwood e no tipo III quando a redução aberta for a melhor indicação.

Descritores: Articulação acrômioclavicular/lesões/cirurgia.

SUMMARY

The authors describe the transference of the coraco-acromial ligament as a treatment for acute acromioclavicular separations. It can be used in types IV a VI of Rockwood´s classification and in type III when the open reduction is the best indication.

Key Words: Acromioclavicular joint/injuries/surgery.

1- Médicos Assistentes do Hospital da Polícia Militar de Pernambuco e do GOT - Grupo de Ortopedia e Traumatologia - Hospital Memorial São José - Recife - PE.
Endereço para correspondência: Rua das Fronteiras, 51 - Boa Vista - Recife - PE.
CEP: 50070-170 - E-mail: *oyama@truenet.com.br*

INTRODUÇÃO

A luxação da articulação acrômioclavicular é uma das lesões mais freqüentes da cintura escapular.[1,2] Na maioria dos casos é decorrente de um trauma direto sobre o acrômio com o membro superior aduzido. Rockwood classificou as luxações acrômioclaviculares agudas em tipos de I a VI. Nos tipos I e II o tratamento é conservador com um período de imobilização com tipóia seguido de reabilitação. Os tipos de IV a VI têm indicação cirúrgica imediata e indiscutível. A conduta nos casos classificados como tipo III de Rockwood permanece controversa. Alguns autores defendem o tratamento cirúrgico imediato quando se trata de um paciente jovem, magro, atleta ou com o lado dominante acometido.[3]

Várias técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas no decorrer dos últimos anos para a correção desta lesão.[4] A transferência do ligamento córacoacromial para a clavícula distal é um método onde a substituição dos ligamentos córacoclaviculares (trapezóide e conóide) garante uma fixação segura e uma recuperação satisfatória .

INDICAÇÕES

A técnica cirúrgica descrita pode ser utilizada nas luxações agudas da articulação acrômioclavicular, ou seja, com até 3 semanas de evolução. A partir

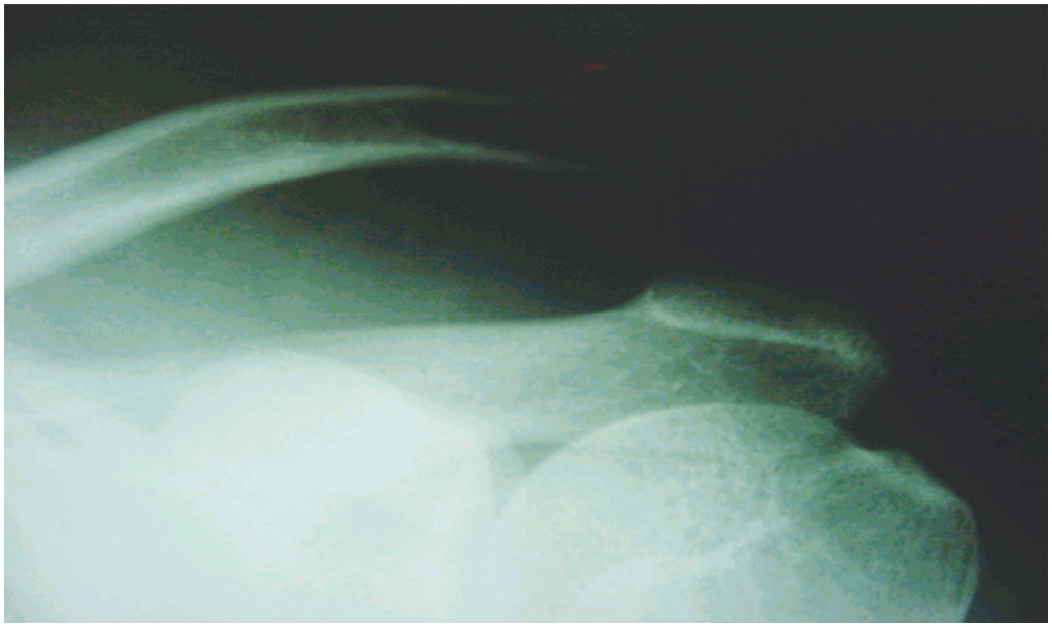

Figura 1. *Aspecto radiográfico da luxação acrômioclavicular tipo III de Rockwood.*

deste período os altos índices de artrose acrômioclavicular pós-operatória torna necessária à ressecção da clavícula distal (técnica de Weaver-Dunn).[5]

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é posicionado semi-sentado (posição de cadeira de praia ou de Fowler) e anestesiado com bloqueio inter-escalênico do membro superior.A via de acesso é feita 1 cm medial a articulação acrômioclavicular, no sentido das linhas de Langhans, começando no bordo posterior da clavícula indo em direção ao processo coracóide (Figura 2). É realizada então a dissecção do tecido celular subcutâneo e a abertura da fáscia delto-trapezoidal no sentido da clavícula.

A partir daí, já se visualizando a articulação acrômioclavicular, realiza-se um desbridamento de tecidos intra-articulares lesionados que podem impedir uma redução satisfatória da clavícula. Não tentamos sutura dos ligamentos córacoclaviculares.

O ligamento córacoacromial é então identificado e ressecado da sua inserção no acrômio, utilizando-se um formão, junto com um fragmento ósseo para proporcionar uma melhor fixação na clavícula após sua consolidação.

Figura 2. *Local da incisão para via de acesso a articulação acrômioclavicular.*

Com um fio inabsorvível nº 5 (Ethibond nº5) é realizada uma cerclagem no ligamento coracoacromial através do fragmento ósseo até o processo coracóide (Figura 3).

A clavícula distal então é preparada para a transferência do ligamento coracoacromial. Com uma goiva delicada ou uma raspa é criado um leito de área cruenta na face inferior da clavícula, onde o fragmento ósseo será fixado. A perfuração da clavícula é feita com uma broca nº 2,0 e são realizados 2 furos paralelos da região póstero-superior para a ântero- inferior, por onde será passado o fio inabsorvível com uma agulha avulsa (Figura 4).

Após a redução da articulação acrômioclavicular, a clavícula é fixada com um fio de Kirschner nº 2,0 através da extremidade do acrômio. Então é verificada a tensão no ligamento transferido e os fios inabsorvíveis são firmemente amarrados (Figura 5). A sutura da fáscia delto-trapezoidal é feita com fio absorvível 2.0 (Vycril 2.0) de forma cuidadosa e resistente a fim de proporcionar um fator a mais de estabilização para a articulação acrômioclavicular. A pele e subcutâneo são fechados com sutura intradérmica com fios de nylon 3.0.

O fio de Kirschner nº 2,0 é dobrado e cortado na sua extremidade a fim de evitar as complicações descritas com migrações, e pode ser ou não coberto com pele (Figuras 6 e 7).

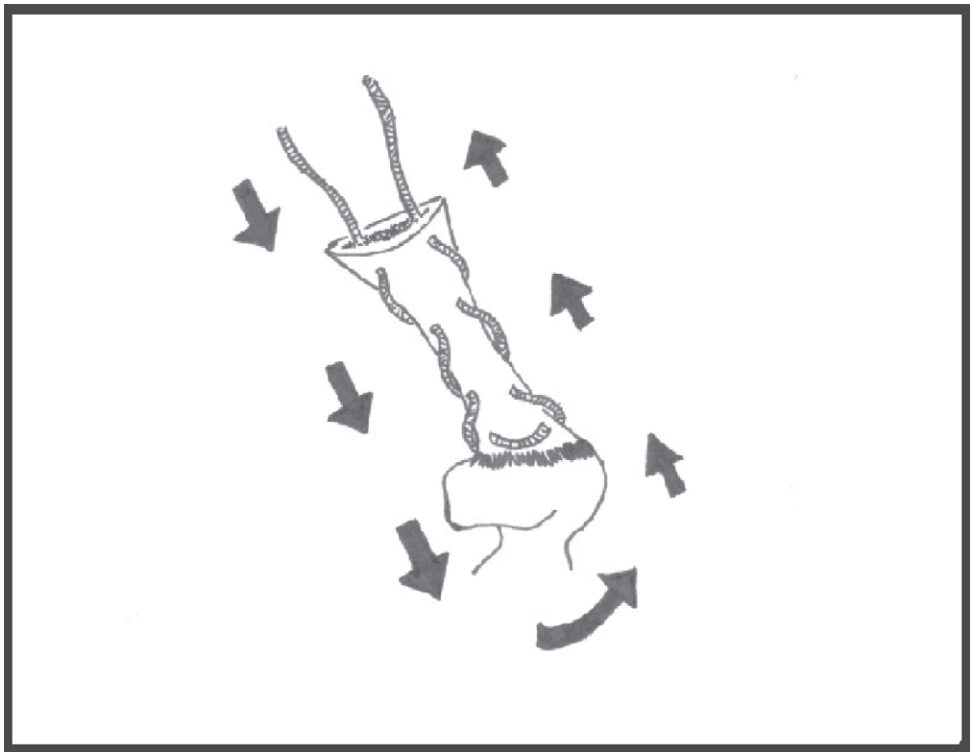

Figura 3. *Ilustração da cerclagem do fio inabsorvível no ligamento córacoacromial.*

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA

Não utilizamos dreno aspirativo de rotina nos casos operados. O paciente é liberado de alta com tipóia. A sutura intradérmica é retirada após 15 dias e o fio de Kirschner nº 2,0 após 5 semanas. Até o término deste período o paciente é liberado apenas para realizar extensão do cotovelo e rotação externa do ombro para reduzir os riscos de rigidez pós-operatória.

Já sem o fio o paciente é encaminhado à fisioterapia para ganho de amplitude de movimento da cintura escapular.

COMPLICAÇÕES

Em alguns casos ocorreu uma subluxação superior da clavícula após a retirada do fio de Kirschner, sem comprometer a estética ou a função do resultado final do tratamento.

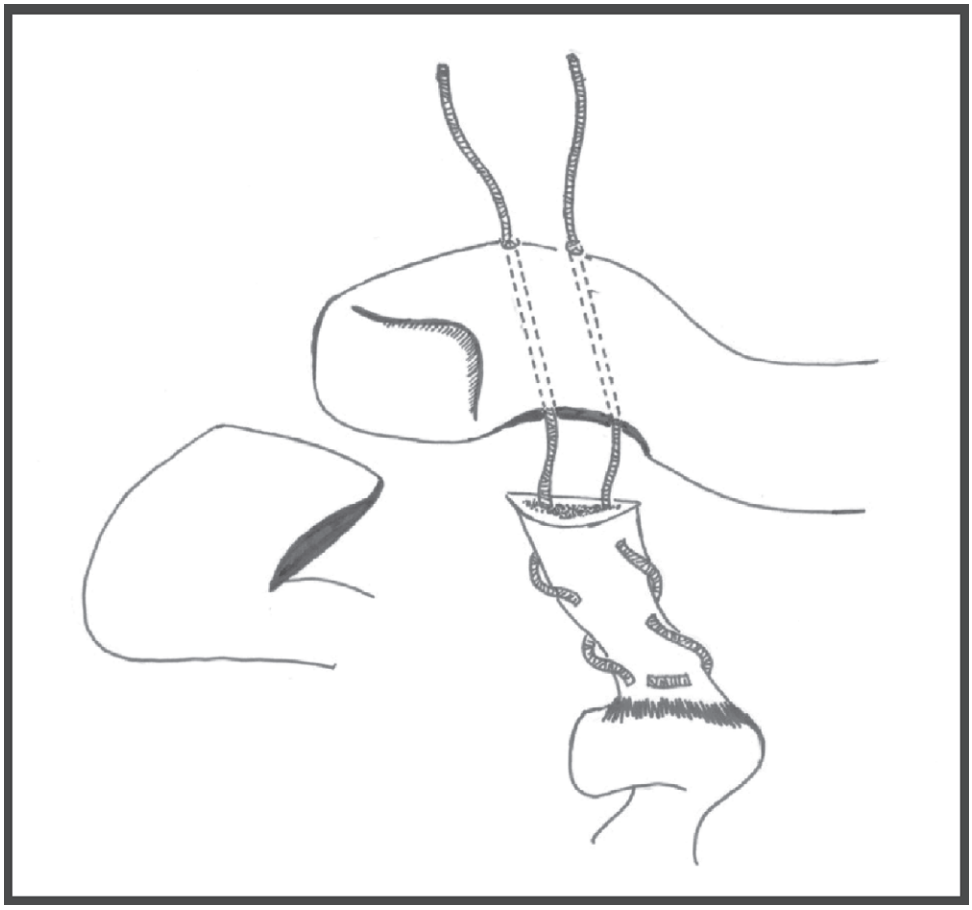

Figura 4. *Ilustração da passagem do fio inabsorvível pela clavícula distal.*

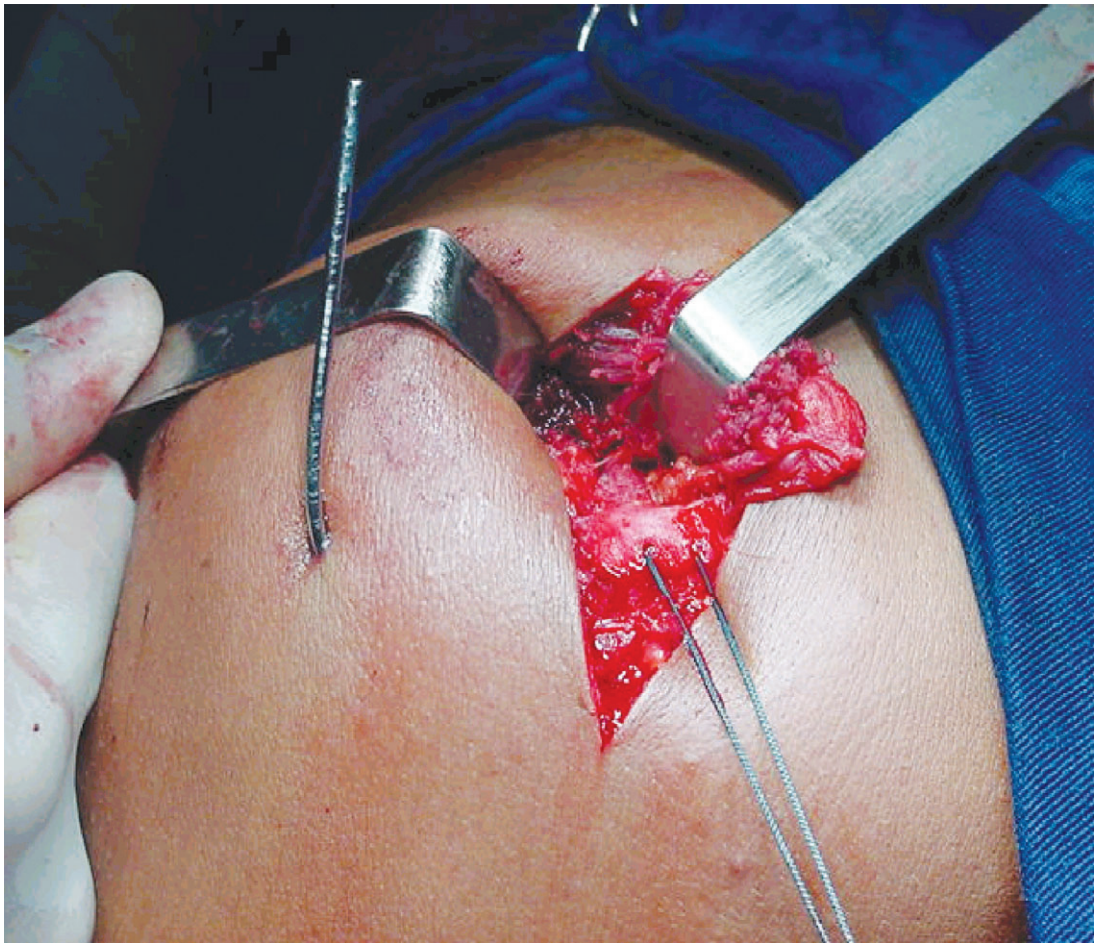

Figura 5. *Fio inabsorvível passado pelos furos da clavícula, já reduzida e fixada com fio de Kirschner.*

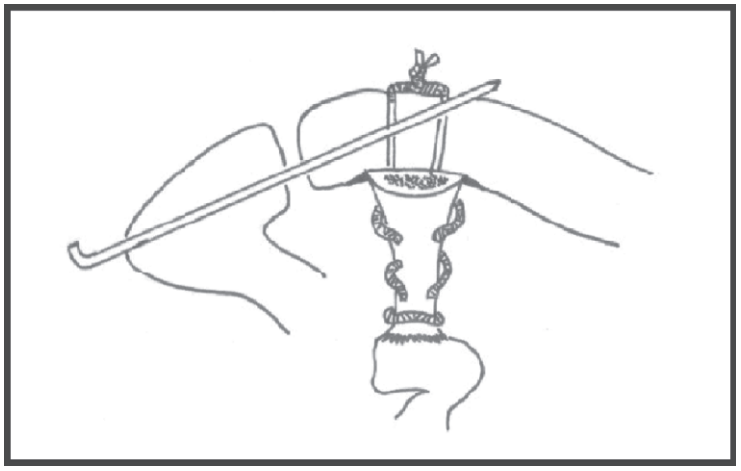

Figura 6. *Ilustração do aspecto final da técnica cirúrgica.*

Tivemos um só caso de infecção da ferida operatória , que só conseguiu ser debelado após um novo procedimento para retirada dos fios inabsorvíveis.

Complicações mais graves com migração do fio de Kirschner não foram verificadas em nossa casuística.

RECOMENDAÇÕES

Não utilizar esta técnica em luxações acrômioclaviculares com mais de 3 semanas de evolução.

A fixação com fio de Kirschner deve perfurar levemente a cortical superior da clavícula (Figura 6), pois é uma forma de evitar a sua soltura precoce .

Respeitar o período indicado para retirada do fio de Kirschner (5 semanas), bem como a imobilização pós-operatória.

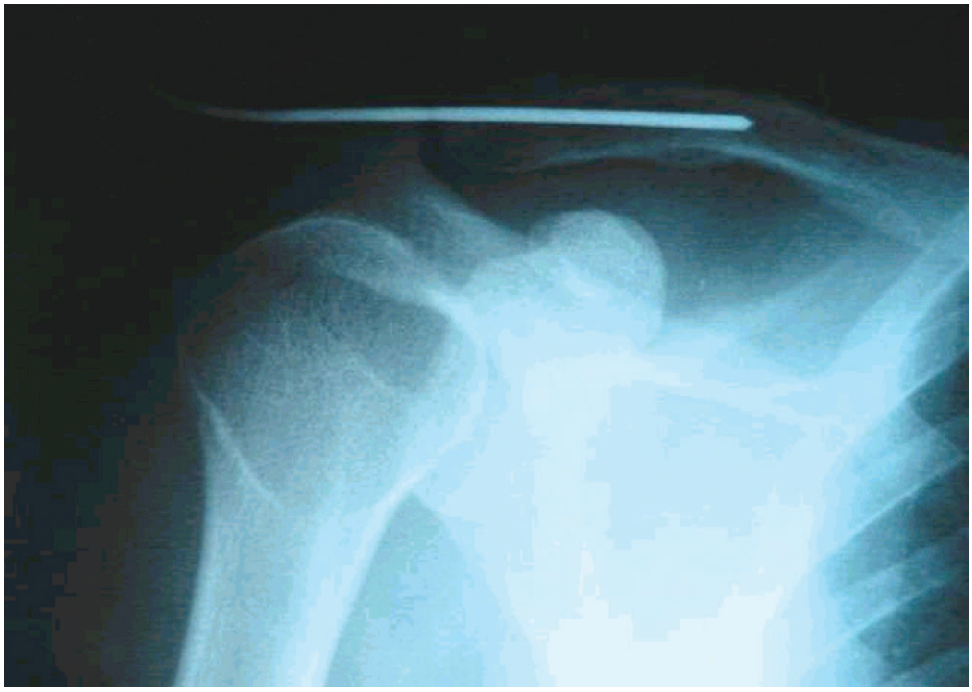

Figura 7. *Radiografia de controle pós-operatório.*

COMENTÁRIOS

Esta é uma técnica sem riscos de grandes complicações e com um excelente resultado quando indicada corretamente. Todos os pacientes submetidos a este procedimento tiveram retorno às suas atividades esportivas e de trabalho no mesmo nível de antes do trauma.

REFERÊNCIAS

1. Neer II, Charles S. Cirurgia do ombro. Ed Revinter, 1995.
2. Noris TR. Orthopedic Knowledge Update: Shoulder and Elbow. Am Acad Orthop Surg, 1997.
3. Santos SM. Distúrbios freqüentes do ombro. Ed. Universitária, Recife, 1999.
4. Motta Filho G, Motta Filho LAJ, Tumolo LH, Simoni M, Pitagoras T, Lech O. Estudo multicêntrico do tratamento cirúrgico da luxação acrômioclavicular com amarrilho córacoclavicular. Rev Bras Ortop 1998; 3 : 665-69.
5. Weaver JK, Dunn HT. Treatment of acromioclavicular injuries: specially complet acromioclavicular separations. J Bone Joint Surg [Am] 1972; 54 : 1187-94.

ENVIE SEU ARTIGO PARA A REVISTA
TÉCNICAS EM ORTOPEDIA

Os documentos deverão ser enviados pelo correio, ao endereço:
Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE - IAMSPE
Rua Borges Lagoa, 1755 - 1° andar - sala 180 – CEP 04038-034 - Vila Clementino
São Paulo - Brasil – Fone/Fax (11) 5573-3087