

Artroscopia do ombro

Dr. José Manuel Lourenço

Especialista em Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia do Ombro. Assistente Graduado do Hospital de Santo António. Núcleo de Cirurgia artroscópica do Hospital de Santa Maria. Porto.

RESUMO ABSTRACT

A artroscopia do ombro vem de forma consistente a afirmar-se como um dos fundamentos da abordagem cirúrgica da patologia do ombro. A vertente mini invasiva, a visualização ímpar que proporciona e a correção de cada vez maior número de patologias, com taxas de sucesso iguais e por vezes superiores às das cirurgia aberta, tornam a artroscopia num dos principais campos de desenvolvimento da cirurgia do ombro. O modo eficaz como pode lidar com as patologias, como as ruturas da coifa dos rotadores, as calcificações, as instabilidades, alguma patologia nervosa e da articulação acromioclavicular, colocam-na na vanguarda das opções que temos ao nosso dispor para enfrentar a patologia do ombro.

Shoulder arthroscopy is becoming a gold standard in shoulder surgery. The mini-invasive approach, the wide intra-articular visualization and the possibility for treating a growing number of shoulder pathologies, with equal or even superior success rates in comparison with open classic surgery, are turning shoulder arthroscopy in one of the main issues of shoulder surgery development. Its value in treating rotator cuff tears, calcifications, instability, some nervous and AC joint pathology really demonstrate its role as a major partner when dealing with shoulder pathology.

PALAVRAS-CHAVE KEYWORDS

Artroscopia, Ombro, Coifa dos rotadores, Instabilidade
Arthroscopy, Shoulder, Rotator cuff, Instability

É utilizada mais como diagnóstica ou como terapêutica?

Se no início da era artroscópica da cirurgia do ombro (década de 80) a artroscopia era na maioria das vezes o passo inicial da clássica abordagem aberta, com o aperfeiçoamento da imagiologia, do instrumental específico e das técnicas cirúrgicas, podemos hoje dizer que esta situação se inverteu, sendo hoje o papel da artroscopia diagnóstica apenas residual.

A informação obtida correlaciona-se com a obtida na Ressonância Magnética Nuclear (RMN)?

Se a ressonância for corretamente solicitada para esclarecer uma impressão diagnóstica decorrente do exame clínico, de uma forma geral a informação fornecida pela RMN é muito importante e corresponde às lesões encontradas na cirurgia. No entanto, existem patologias em que a RMN tem muitos falsos positivos, o que obriga à necessidade de efectuar a anamnese e o exame físico com muito cuidado, para que o pedido de exames subsidiários de diagnóstico seja feito para apoiar a

Quais as vantagens da artroscopia em relação à cirurgia “aberta” do ombro?

A artroscopia consiste em “olhar” a articulação por dentro. A técnica utiliza pequenos orifícios (portas), que poderão inclusive não serem fechados no final do procedimento, efectuados em locais que não coloquem em risco nenhuma estrutura vasculonervosa importante. Depois é introduzido soro na articulação para aumentar o seu volume e permitir o manuseamento do

artroscópio e do instrumental apropriado, de forma a minorar o risco de lesão iatrogénica.

As vantagens desta técnica são a inexistência futura de grandes cicatrizes, a visualização direta das estruturas e a facilidade de tratamento. Esta técnica permite evitar as condicionantes e limitações inerentes à via de abordagem clássica, causando menor hemorragia que tantas vezes é perturbadora do normal decorrer do ato cirúrgico.

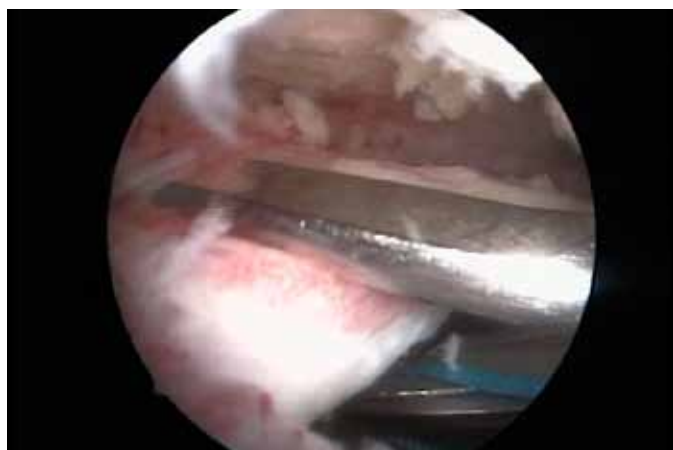


Figura 1 – Passo de sutura de uma rutura da coifa dos rotadores, com pinça passa fios a fixar o bordo do tendão.

Figura 2 – Aspecto final de sutura de rutura da coifa dos rotadores

hipótese diagnóstica e não permitir que seja o resultado de um qualquer exame a ditar o que fazer ao doente. Gostaria de chamar a atenção para a tendinopatia calcificada. Neste caso, a ressonância é um medíocre meio de diagnóstico, pois a presença de pequenas calcificações, além de não serem visíveis, pode facilmente levar à leitura de aparentes ruturas parciais, mais ou menos importantes, que depois não serão encontradas na observação artroscópica.

Quais as patologias que mais beneficiam da artroscopia?

De uma forma simples poderemos dizer que a patologia tendinosa, nomeadamente as ruturas da coifa dos rotadores, as tendinopatias calcificadas (em que a abordagem por via aberta está claramente ultrapassada), as instabilidades (neste momento mesmo as clássicas cirurgias abertas começam a ser efectuadas por artroscopia) e a patologia da articulação acromioclavicular.

E quais as eventuais situações que não beneficiam da artroscopia?

Também de uma forma generalizada, e sob o ponto de vista teórico, poder-se-á dizer que praticamente todas as situações patológicas referentes ao ombro podem beneficiar da artroscopia, a qual permite a

visualização intra-articular de uma forma que nenhuma cirurgia aberta, ou mesmo os mais avançados exames, não conseguem.

De qualquer forma, no caso da patologia degenerativa, como a omartrose, ou mesmo em situações de rutura maciça da coifa dos rotadores, com ombro pseudo-paralítico, a abordagem artroscópica terá resultados muito limitados. Já relativamente às fraturas, em que na sua maioria a artroscopia tem um papel marginal, só deve ser referido a possibilidade da artroscopia poder permitir a redução fechada de algumas fraturas, permitindo a sua fixação fechada de forma percutânea, com vantagens ao nível da morbilidade e da vascularização dos tecidos.

Bibliografia

1. Ellman, Gartsman. *Arthroscopic Shoulder surgery and related Procedures* Lea & Febiger, 1993.
2. Stephen J. Snyder. *Shoulder arthroscopy*, 2nd Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
3. Gary Gartsman. *Shoulder arthroscopy*, 2nd Edition, Saunders, Elsevier, 2009.



Figura 3 – Visualização exterior de artroscopia realizada na posição de decúbito lateral. Artroscópio colocado na porta posterior e cânula de instrumentação na porta anterior.