

CIRÚRGIA DE ARTICULAÇÃO PROXIMAL DE ÚMERO: ARTROPLASTIA

Silva, Thaís Ion¹

Almeida Filho, Francisco Antonio²

RESUMO

No ano de 1893, segundo Lugli, foi realizada a substituição da primeira articulação de ombro, feita pelo cirurgião francês Pean. A partir de 1950, com relatos de Neer, a artroplastia de ombro evoluiu com o aumento de melhores resultados clínico. (Motta Filho et al – 2009)

As fraturas de extremidade proximal de úmero em adultos representam cerca de 4 - 10% de todas as fraturas, sendo o mais frequente a queda da própria altura. Em fraturas com pouco desvio são utilizados uma tipoia por quatro semanas e depois é feito fisioterapia, já em desvios instáveis é indicado à cirurgia. A artroplastia é utilizada quando não há outro tratamento e geralmente é feito em pacientes idosos, com fraturas de quatro partes onde é mais difícil a fixação por causa da porose óssea. (Cará Monteiro et al - 2011).

Palavras-chave: Artroplastia de úmero, artroplastia de ombro, ombro.

ABSTRACT

In 1893, according to Lugli, the first shoulder joint was replaced by the French surgeon Pean. From 1950, with reports by Neer, shoulder arthroplasty evolved with the increase of better clinical results. (Motta Filho et al - 2009)

Adult proximal humerus fractures account for about 4-10% of all fractures, the most frequent being the fall from one's own height. In fractures with little deviation, a sling is used for four weeks and then physiotherapy is performed, but in unstable deviations is indicated for surgery. Arthroplasty is used when there is no other treatment and is usually done in elderly patients with four-part fractures where fixation because of bone porose is more difficult. (Cará Monteiro et al - 2011).

Keywords: Artroplastia de úmero, artroplastia de ombro, ombro.

¹Técnica em Radiologia, Graduanda Curso Superior de Tecnologia em Radiologia – FECS
² Docente do Curso Superior de Tecnologia em Radiologia - FECS

1. INTRODUÇÃO

Existem algumas classificações de fraturas de úmero. A classificação de Neer (criada a partir da classificação anterior de Codman) é a mais utilizada no mundo, onde se divide o úmero em 4 partes: superfície articular da cabeça umeral, grande tuberosidade, pequena tuberosidade e colo cirúrgico. A primeira prótese de úmero a ser usada foi a de Neer. Com o tempo as próteses foram evoluindo e foram criados implantes monobloco, próteses modulares e nos últimos anos, implantes específicos para o tratamento de fraturas que ajudavam na recolocação e consolidação das tuberosidades na sua posição anatômica. As indicações para o tipo de fratura mais comum nos doentes com hemiartroplastia foi a fratura em 4 partes, fraturas luxação e fraturas com mais de 40% da superfície articular do úmero. (João Antunes et al-2015).

Esse tipo de fratura é mais comum em idosos pelo fato de traumas de baixa energia, queda da própria altura, sendo mais comuns em mulheres após a menopausa por causa da osteoporose, sendo uma proporção de 2:1, também podendo ocorrer em pessoas jovens quando ocorre um trauma de alta energia como um acidente automobilístico. No geral, a literatura mostra paciente satisfeitos, não sentem dores nos ombros, mas apresentam limitação em relação à elevação do membro (Lobo Brandão et al - 2013).

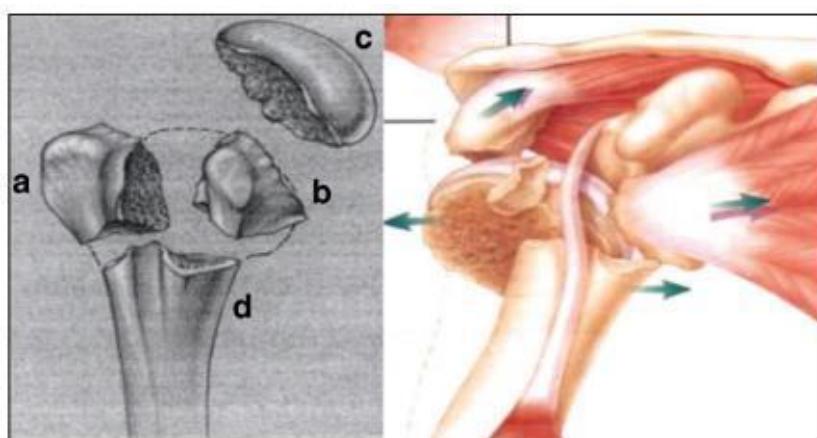
As imagens sendo digitais, elas podem ser armazenadas e transferidas por internet, ser manipulada usando programas de computadores, pode fazer ajustes de contraste e brilho e não é preciso reexpor o paciente a radiação ionizante. (AS de Albuquerque-2016).

2. DESENVOLVIMENTO

A maioria das fraturas de úmero proximal não apresenta desvio e devem ser tratadas conservadoramente, porém, se houver fraturas angular com mais de 45° de desvio e diástase maior que 1 cm entre os fragmentos das parte proximal do úmero, devem ser reduzidas cirurgicamente e fixadas. Em fraturas mais severas, em que não dá pra preservar a cabeça umeral, necessitam de hemiartroplastia (Fig. 01).

A artroplastia total de ombro é realizada como tratamento para patologias como dor persistente e perda de boa parte da funcionalidade (Pereira Ferreira – 2011).

Fig. 01 - Mecanismo de fratura em 4 partes na classificação de Neer.



<http://tecnicasemortopedia.com.br/>

2.1 IMAGEM RADIOLÓGICA DIGITAL

Desde a descoberta dos Raios x, por Wilhem Conrad Roentgen, a tecnologia vem crescendo cada vez mais, trazendo avanços com procedimentos curtos, sem uso de materiais químicos, fazendo o uso de ferramentas para modificar as imagens com ajustes em brilho e contraste, assim, evitando expor novamente o paciente a radiação ionizante (Rebolças Ribeiro et al – 2003).

Com a radiologia digital nós podemos controlar e reduzir as doses de radiação no paciente, fazer uma colimação da imagem mais precisa, melhorando a qualidade da imagem. No sistema digital as placas são usadas apenas se fizerem parte integrante do mecanismo do RI, podendo ser removidas ou não. (Bontrager et al-2015)

2.1.1 ANATOMIA POR IMAGEM

O ombro é formado por músculos, três articulações verdadeiras e duas funcionais dando maior mobilidade em relação a outras do corpo humano. Segundo Kapandji, o ombro possui cinco articulações: escapulotoraxica, acromioclavicular, esternoclavicular, subdeltoidea e a escapulouneral (ou glenouminal). Cada articulação tem um grau de amplitude e limitação de movimento por causa das estruturas óssea, ligamentares, tendinosas, capsulares ou musculares. Todo esse conjunto faz com que haja todo o movimento dos membros superiores. A sincronia do úmero com a escápula denomina-se ritmo escapulouminal e a junção de escápula, clavícula e úmero da se o nome de cintura escapular (Fig.02) (Batista Metzker-2010).

Fig. 02 – Raio x de ombro esquerdo



Livro: Tratado de Posicionamento Radiográfico e Anatomia Associada

2.2 FISIOPATOLOGIA

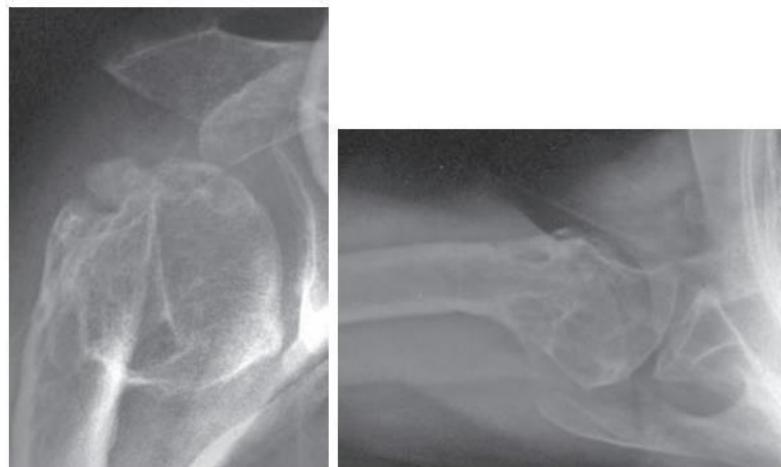
Raios x AP e perfil de ombro com sequelas pós-traumáticas com a tuberosidade e cabeça umeral consolidada viciosamente. (Fig. 03). (Motta Filho et al – 2009).

Após um trauma o ombro não teve uma boa recuperação da fratura e se calcificou de uma forma irregular, formando o que aparenta serem pontas.

Tendo má aparência ou não ela pode comprometer algumas funções e causar dores.

sequelas traumáticas são as principais indicações de artroplastia de ombro, seguidas pelas doenças degenerativas (Pereira Ferreira – 2011).

Fig. 03 – AP e perfil de ombro com trauma



<http://www.scielo.br/>

2.3 PRÓTESES

A prótese proximal de úmero original foi desenhada por Neer, em 1951, com apenas um tamanho e sem os orifícios dos tubérculos e manguito rotador, mas com o tempo foram criados outros tipos de prótese, com tamanhos e larguras diferentes e com a cabeça modular para melhor fixação muscular. Tendo a preservação e o reparo dos tecidos moles em volta do implante faz com que tenha resistência e uma boa movimentação do ombro (Fig. 04). (Rebouças Ribeiro et al - 2003).

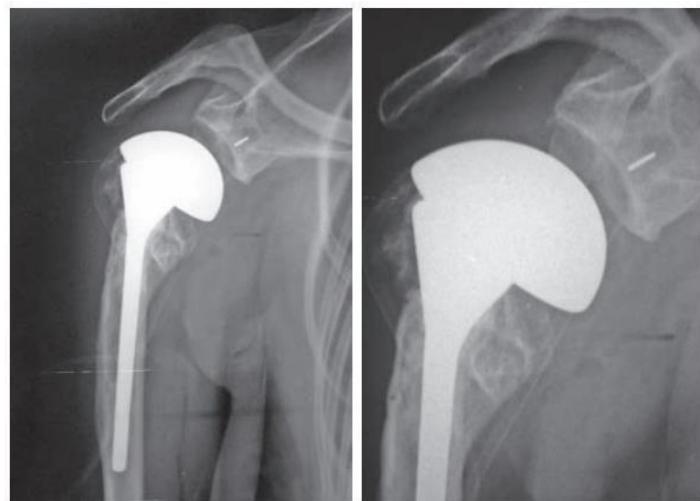
Fig. 04 - Cabeças e hastas intercambiáveis e Prótese para teste de tamanho



<http://tecnicasemortopedia.com.br/>

Raios-X de artroplastia total sem osteotomia dos tubérculos maior e menor (Fig. 05) (Motta Filho et al – 2009).

Fig. 05 – Artroplastia total



<http://www.scielo.br/>

3. DISCUSSÃO

A artroplastia de ombro é realizada para fazer a substituição da articulação da cabeça do úmero, com finalidade de aliviar as dores e melhorar o movimento do ombro. Essa cirurgia é indicada em caso de artroses que não melhoram apenas com tratamento conservador prolongado ou em caso de fraturas que geralmente ocorre em idosos de queda da própria altura.

4. CONCLUSÃO

A cirurgia de artroplastia é realizada geralmente em pacientes idosos por causa, principalmente, das osteoporozes, causando o enfraquecimento dos ossos. Com essa cirurgia o paciente volta a ter movimentos dos ombros sem sentir dores, mas esses movimentos são limitados. As próteses foram ganhando tamanhos e formatos diferentes, cada vez mais anatômicos, dando uma movimentação do ombro sem dor através desse tipo de tratamento cirúrgico. Com a evolução da radiologia hoje temos a radiologia digital, que permite imagens melhores, que podem ser manipuladas para melhorar a imagem e evitando a reexposição do paciente.

5. REFERÊNCIAS

1. Batista Metzker, C. A. (23 de jan/mar de 2010). Tratamento conservador na síndrome do impacto do ombro. *Conservative treatment of shoulder impingement syndrome*, pp. 141-51.
2. Bontrager, K. L., & Lampignano, J. P. (2015). *Tratado de Posicionamento Radiográfico e Anatomia Associada*. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier Editora Ltda.
3. Checchia, S. L., Santos, P. D., Miyazaki, A. N., Fregoneze, M., da Silva, L. A., Maschietto, E., et al. (2006). Avaliação de resultados em artroplastia total de ombro*. *Result evaluation of total shoulder arthroplasty*, pp. 173-180.
4. de Albuquerque, A. S., Santana dos Santos, A. M., Alves Camelo, C. M., da Silva, G. G., Santos Magalhães, T. M., Paixão de Araújo, V. G., et al. (Jul de 2016). Estudo comparativo entre

- sistemas tadiográficos convencionais e digitais: Revisão de literatura. *Comparative study between conventional and digital tadiographic systems: literature review* , pp. 100-110.
4. Filho, G. M., Galvão, M. V., Monteiro, M., Cohen, M., & Brandão, B. (2009). Registro de artroplastias do ombro. *SHOULDER ARTHROPLASTY R* , p. 9.
5. MONTEIRO, G. C., EJNISMAN, B., ANDREOLI, C. V., POCHINI, A. D., & OLYMPIO, E. (2011). RESULTADOS DO TRATAMENTO DAS FRATURAS DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO COM PLACAS DE BLOQUEIO. *RESULTS OF TREATMENT OF PROXIMAL HUMERUS FRACTURES USING LOCKING PLATES* , pp. 69-73.
6. Pereira Ferreira, M. R. (Outubro de 2011). Intervenção em fisioterapia numa prótese total de ombro. *Physical therapy intervention in a total shoulder prosthesis* , pp. 5-25.
7. Ribeiro, F. R., Filho, R. B., Filho, C. S., & Manniti, E. L. (2003). Artroplastia parcial para fraturas do úmero proximal. *Partial arthroplasty for proximal humerus fractures* , pp. 13-21.
8. Zanelli, M. d. (2001). Livro Reabilitação do Complexo do Ombro. (1^a edição), p. 3.

Endereço Eletrônico:

Thais Ion Silva
E-mail: thais_ion@yahoo.com.br

Recebido em: 21 de Dezembro de 2019
Aceito em: 06 de Janeiro de 2020