

Rotura do Cabo Longo do Bíceps

Introdução

A rotura do bíceps envolve uma lesão completa do principal tendão que conecta o músculo bíceps ao ombro, este tendão chama-se Cabo Longo do Biceps. Acontece com mais frequência em pessoas de meia idade e geralmente se deve ao uso contínuo da musculatura do ombro. A lesão em jovens atletas, geralmente ocorre durante levantamento de peso ou em ações que causem carga repentina no membro superior, tais como uma queda sobre o membro superior estendido.

Este guia irá ajudá-lo a entender:

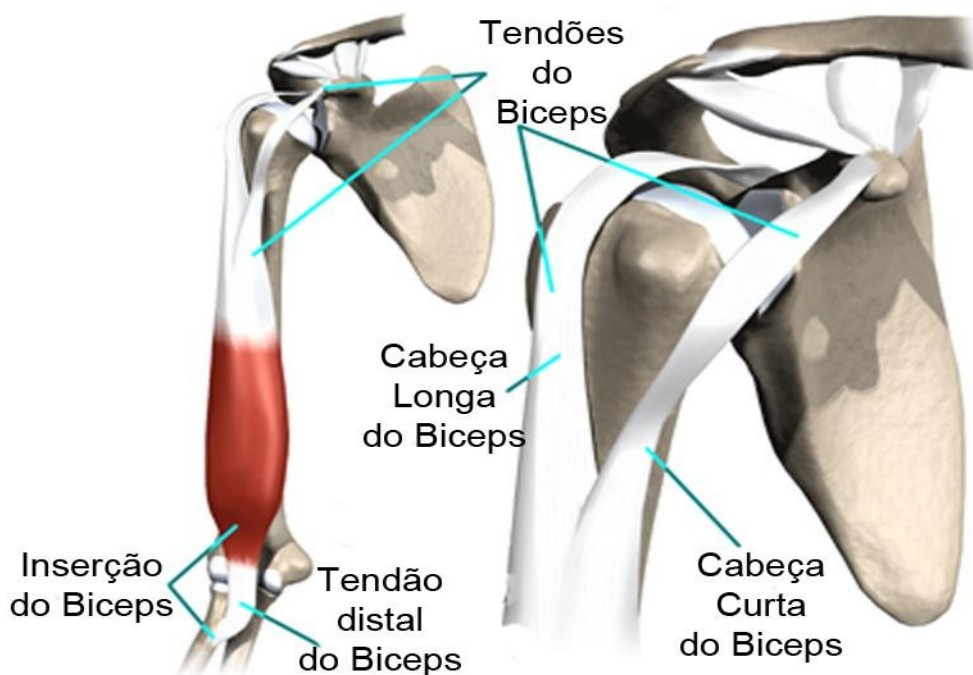
- Quais partes do ombro são afetadas;
- As causas da rotura do cabo longo do bíceps;
- Modos de tratar esse problema.

Anatomia

Quais partes do ombro são afetadas?

O músculo bíceps vai do ombro ao cotovelo na frente da porção proximal do braço.

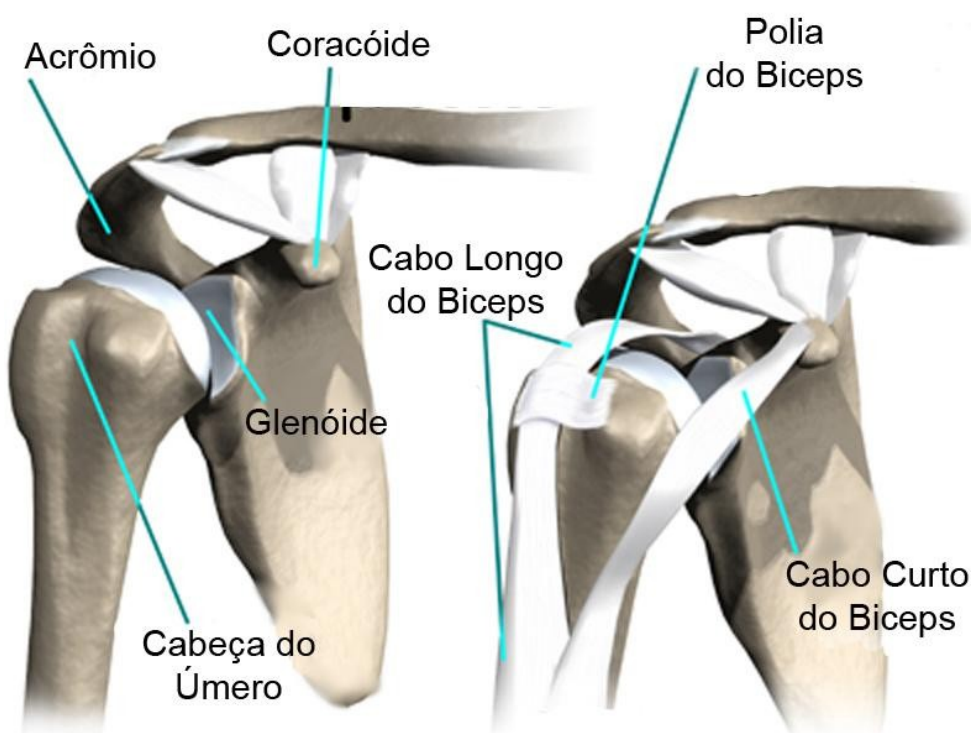
Este músculo tem o nome de Biceps, porque na sua porção proximal há dois tendões que se originam do ombro.



O principal tendão proximal é a cabeça longa do bíceps que conecta o músculo bíceps a cavidade do ombro, a glenóide. Começando na glenóide, o tendão da cabeça longa do bíceps desce pela frente do braço percorrendo o sulco do bíceps onde é fixado pelo ligamento umeral transverso.

A cabeça curta do bíceps conecta o processo coracóide a escápula. O processo coracóide é uma pequena proeminência óssea situada em frente ao ombro.

A parte final do ombro é chamado de tendão do dista do bicepsl. O termo distal significa que o tendão esta na parte final do braço. A porção final do músculo bíceps conecta-se ao cotovelo por esse tendão.



Os músculos que formam as cabeças longa e curta do bíceps permanecem separados até a porção superior do cotovelo onde elas se unem e se conectam ao tendão distal do bíceps.

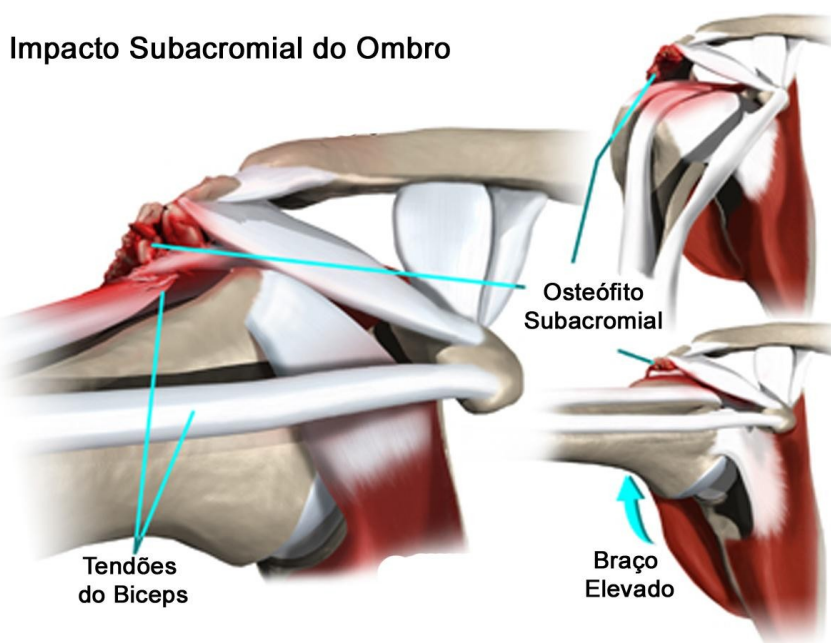
Tendões são feitos de fibras de um material chamado colágeno. As fibras de colágeno estão alinhadas em feixes próximos uns aos outros.

Devido ao fato das fibras de colágenas dos tendões estarem alinhadas, os tendões têm força tensil. Isso significa que eles podem suportar altas forças que puxam de ambos os lados do tendão. Quando os músculos trabalham eles puxam uma das extremidades do tendão. A outra extremidade do tendão que puxa o osso provoca o movimento do osso.

A contração do bíceps dobra o cotovelo para cima, ajuda na flexão do ombro e elevação do braço. O músculo também pode girar ou rodar o antebraço de modo que a palma da mão fique para cima. Esse movimento é chamado supinação, o qual posiciona as mãos como se você estivesse segurando uma bandeja.

Causas

A rotura do bíceps geralmente ocorre em pessoas entre 40 e 60 anos de idade. Pessoas nessa faixa etária que já apresentaram algum problema no ombro estão mais sujeitas a rotura. Geralmente a rotura ocorre após uma longa história de dor no ombro decorrente de tendinite (inflamação do tendão) ou de problemas de impacto. A síndrome do impacto subacromial é uma condição onde os tecidos moles entre a cabeça do úmero e a ponta do ombro (acrômio) são comprimidos com a mobilização do braço.



Anos de uso do ombro levam ao afilamento do tendão do bíceps. Eventualmente, a cabeça longa do bíceps enfraquece e fica susceptível ao afilamento ou rotura. O exame dos tecidos afilados ou rotos geralmente mostram sinais de degeneração.

A degeneração do tendão leva a uma perda do arranjo das fibras colágenas que se unem para formar o tendão. Algumas das fibras dos tendões tornam-se desorganizadas devido a degeneração, outras fibras partem e o tendão perde a força.

A rotura do tendão do bíceps pode decorre de um aparente pequeno esforço.

Quando isso ocorre sem uma razão aparente a rotura é chamada de traumática.

Adultos com lesão de manguito rogado também podem apresentar rotura do tendão do bíceps. Quando ha lesão do manguito, a cabeça do úmero fica livre para se mover para cima e para frente na glenoide e pode impactar o tendão do bíceps. A lesão pode começar a enfraquecer o tendão do bíceps e levar a uma eventual rotura.

Sintomas

Geralmente os pacientes referem escutar e sentir um estalido no ombro, seguida uma intensa dor aguda. A dor frequentemente cede rapidamente com a rotura completa, pois a tensão deixa de estimular os sensores de dor do tendão. Logo depois um hematoma pode aparecer no meio do braço e se espalhar para baixo até o cotovelo. O bíceps pode parecer formar uma bola, especialmente em pacientes jovens que apresentaram uma rotura traumática do bíceps. A princípio o braço pode parecer fraco numa tentativa de dobrar o cotovelo ou elevar o ombro.

Rotura do CLB (Cabo Longo do Biceps)

Tendão do Biceps
retraído formando
uma elevação
no meio do braço



O tendão do bíceps as vezes rompe parcialmente, quando ocorre, o estalido pode não ser sentido ou ouvido.

Ao invés disso, a frente do ombro pode simplesmente ficar dolorosa e o braço pode parecer fraco com os mesmos movimentos que são afetados com a rotura completa do bíceps.

Diagnóstico

Primeiramente, seu médico precisará de um detalhado histórico médico. Você precisará responder perguntas a respeito do seu ombro, se você sente dor ou fraqueza, e como isso afeta suas atividades regulares. Você também responderá sobre dores ou lesões anteriores.

O exame físico é frequentemente muito útil no diagnóstico da rotura do tendão do bíceps. Seu médico pode posicionar seu braço a procura de movimentos que causem dor ou fraqueza. Sentindo a região do tendão e do músculo, o médico pode dizer se o tendão está roto. O tendão rompido do CLB pode retrair-se deixando o ventre muscular do bíceps contraindo, formando uma elevação no meio do braço.

Radiografias podem ser solicitadas. O raio X mostra os ossos que formam a articulação do ombro e pode mostrar alterações ósseas que contribuem para a rotura do bíceps. Por exemplo, esporões ósseos (pequenas projeções ósseas) podem ser vistos ao raio X. Esporões que se formam próxima ao tendão do bíceps geralmente levam a perfuração do tendão à medida que o braço se movimenta em suas atividades. As radiografias também podem mostrar se há outros problemas tais como fraturas.

Seu médico também pode solicitar uma ressonância magnética (RNM). Este é a maneira mais confiável para averiguar se houve apenas uma lesão parcial ou uma rotura completa. A RNM é um exame de imagem especial que usa ondas magnéticas para criar imagens do ombro em fatias. A RNM também pode mostrar se há outros problemas no ombro.

Tratamento

Quais as opções de tratamento disponíveis?

Tratamento não cirúrgico

Os médicos geralmente tratam a rotura da cabeça longa do bíceps sem cirurgia. Isso se aplica, especialmente, para indivíduos idosos que podem tolerar perda de força no braço ou se a lesão ocorre no membro não dominante.

O tratamento conservador - não cirúrgico - geralmente resulta numa moderada perda de força no braço. A cabeça curta do bíceps continua presa e supre a força necessária para elevar o braço.

A flexão do cotovelo pode ser afetada, mas a supinação (o movimento de girar o antebraço tal como quando você usa uma chave de fenda) é geralmente mais afetada. A falta de reparo no bíceps roto reduz a força de supinação aproximadamente em 20%.

Medidas conservadoras podem incluir uma tpoia para descanso do ombro, anti-inflamatórios para ajudar no alívio da dor e do inchaço. Esses medicamentos incluem um grande número de drogas tais como diclofenaco e ibuprofeno.

Os médicos também deve encaminhar seus pacientes para fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais. Em princípio, o seu terapeuta irá lhe dar dicas de como descansar seu ombro e como fazer suas atividades sem sobrecarregar a área afetada.

O seu terapeuta pode aplicar gelo e estimulação elétrica para alívio da dor. Exercícios são usados para gradualmente fortalecer os outros músculos que ajudam a realizar a função normal do bíceps.

Cirurgia

A cirurgia fica restrita aos pacientes que necessitam de força no braço, aos que se preocupam com o aspecto estéticos e a aqueles em que a dor não desaparece.

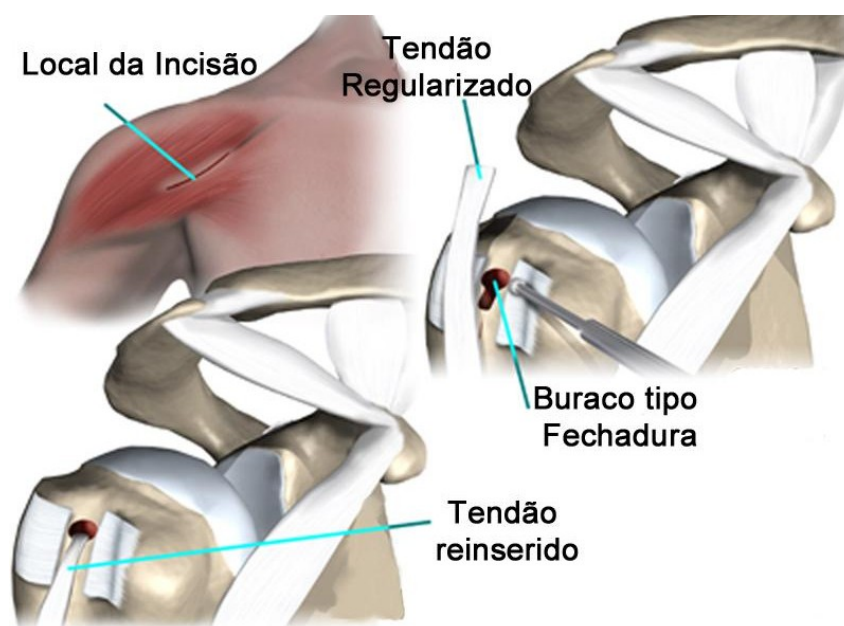
Tenodese do bíceps

A tenodese do bíceps é um procedimento que ancora a extremidade rota do tendão do bíceps. Um método comum, chamado de técnica da fechadura, envolve o ancoramento da ponta rota a extremidade superior do úmero. A fechadura descreve a forma de um pequeno orifício feito pelo cirurgião no úmero. A extremidade do tendão é deslizada até o topo do orifício e fixado pela âncora em seu lugar.

O cirurgião começa por uma incisão em frente ao ombro bem acima da axila. As camadas de músculos são afastadas de modo que o cirurgião possa reparar o tendão do bíceps. A extremidade do tendão do bíceps é preparada retirando-se a parte afilada e degenerada do tecido.

O ligamento umeral transverso é separado expondo-se o sulco bicipital. Uma incisão é feita ao longo do assoalho do sulco bicipital. O sangramento dessa incisão propicia um tecido cicatricial que irá ajudar a âncora a fixar o tendão reposicionado no local.

Um formão é usado para que o orifício em forma de fechadura seja feito no sulco bicipital. A parte de cima do orifício é redonda e a parte de baixo em forma de fechadura na mesma largura do tendão do bíceps.



O cirurgião prepara a extremidade do tendão do bíceps em forma de bola e fixa com fio. O cotovelo é dobrado para que se retire a tensão do músculo e do tendão. O cirurgião encaixa a extremidade preparada pela parte de cima do orifício. A medida que o cotovelo é esticado, a extremidade do tendão desliza para a parte estreita inferior do orifício da fechadura.

O cirurgião testa a estabilidade da fixação através da flexão e extensão do cotovelo. Quando o cirurgião fica satisfeito com a estabilidade da fixação é realizado o fechamento da incisão por planos e o paciente permanece com uma tipoia.

Acromioplastia e tenodese direta por artroscopia

Este procedimento pode ser usado para pacientes jovens que tiveram uma rotura traumática do tendão do bíceps que tem problema com impacto além de lesão do manguito rotador.

Acromioplastia envolve o remodelamento do acrômio, o osso que forma a parte

superior do ombro. Alguns cirurgiões também dividem o ligamento coraco umeral que arqueia sobre a parte superior da articulação do ombro. Esse passo alivia a pressão sobre os tecidos moles entre a cabeça do úmero e o acrômio, incluindo o bíceps e os tendões do manguito rotador. Por essa razão, o procedimento é chamado *descompressão subacromial*. A extremidade rota do tendão é ancorada a extremidade superior do úmero. A isso se dá o nome de *tenodese direta*.

A cirurgia é realizada com a utilização de uma câmera de vídeo, o artroscópio. Com o auxílio de instrumentos especiais são removidos os c



o impacto no tendão.

Após a acromioplastia, o cirurgião se volta ao tendão do bíceps. Quando o sulco bicipital fica a vista é verificado se o CLB se encontra no local. Em seguida, com o auxílio de pequenos parafusos chamados de âncoras, o cirurgião reinsere a extremidade do tendão do bíceps no local previamente preparado com fios de sutura provenientes das ancoras utilizadas. O cotovelo é fletido e uma tipoia deve ser usada por 4 semanas após a cirurgia.

Reabilitação

Reabilitação não cirúrgica

Nos casos em que a rotura do tendão do bíceps é tratada sem cirurgia você precisará evitar atividades pesadas para o braço por 3 ou 4 semanas. A medida que a dor e o inchaço melhoram você se sentirá apto a realizar mais atividades habituais.

Caso a rotura seja apenas parcial, ,contudo, a recuperação é mais longa. Os pacientes geralmente necessitam repousar o braço numa tipoia. A medida que os sintomas regredem, um progressivo e cuidadoso programa de reabilitação sob supervisão deve ser iniciado. Isso geralmente dura de 4 a 6 semanas.

Após cirurgia

Imediatamente após a cirurgia, você precisará usar um imobilizador de ombro por aproximadamente 4 semanas. Alguns cirurgiões preferem iniciar um programa precoce para ganho de amplitude de movimento logo após a cirurgia. Quando você começa a terapia, suas primeiras sessões englobam crioterapia e estimulação elétrica para ajudar no controle da dor e do inchaço após a cirurgia. O seu terapeuta também pode se utilizar de massagem e outros tipos de terapia manual para aliviar o espasmo e a dor muscular.

Gradualmente você iniciará exercícios para melhorar o movimento do antebraço, cotovelo e ombro. É necessário cuidado para se evitar muito exercício e muito rápido. Exercícios mais pesados para o bíceps são evitados até pelo menos 4 a 6 semanas após a cirurgia. O seu terapeuta pode iniciar exercícios leves isométricos de alongamento. Esse tipo de exercício trabalha o músculo sem distender o tendão cicatricial. Por volta da sexta semana, você inicia mais atividades de fortalecimento. A medida que você progride, o seu terapeuta irá lhe ensinar mais exercícios de fortalecimento e estabilização dos músculos, da articulação do cotovelo e do ombro. Outros exercícios trabalharão seu braço em modos similares as suas tarefas e atividades esportivas. O seu terapeuta irá lhe ajudar a encontrar modos de fazer suas tarefas sem sobrecarregar o ombro.

Você pode necessitar terapia por 6 a 8 semanas. Geralmente leva de 3 a 4 meses, para se iniciar com segurança atividades que forcem atividade do bíceps após a cirurgia. Antes do final de suas sessões de fisioterapia o seu terapeuta irá ensiná-lo algumas maneiras de evitar problemas futuros.

