

“Luxatio erecta” do ombro: relato de dois casos clínicos*

GERALDO AYALA PEREIRA¹, RONALDO WILKE FREITAS², GUSTAVO KAEMPF DE OLIVEIRA³,
RICARDO KAEMPF DE OLIVEIRA³, FERNANDO GRITSCH SANCHIS³

RESUMO

Os autores apresentam dois casos de luxação ereta do ombro atendidos no Hospital Cristo Redentor, tratados através da redução incruenta após bloqueio anestésico seguido por imobilização toracobraquial (tipo Velpeau) por três semanas.

Unitermos – Luxação ereta; luxação do ombro

SUMMARY

“Luxatio erecta” of the shoulder: report on two clinical cases

The authors present two cases of luxatio erecta of the shoulder seen at Hospital Cristo Redentor, that were treated by closed reduction after anesthetic blockage, followed by a three week Velpeau immobilization.

Key words – Luxatio erecta; dislocation of the shoulder

INTRODUÇÃO

A luxatio erecta do ombro ou deslocamento inferior da articulação gleno-umeral é extremamente incomum^(1,2,5,7,11,14), com uma incidência aproximada de 0,5% das luxações de ombro, nas séries examinadas^(1,2,5,7).

Essa entidade foi primeiramente descrita por Middledorpf & Schram em 1859^(1,2,5,10) e até 1962 apenas 50 casos haviam sido descritos na literatura mundial⁽¹²⁾. Desde então, relatos de casos têm sido periodicamente publicados, em séries que variam de dois a cinco anos no máximo.

Dois mecanismos de lesão podem ser identificados:

1) O mecanismo direto envolve uma força axial para cima com o braço totalmente abduzido, cotovelo estendido e o antebraço pronado^(1,4,6,9,10). A cabeça umeral é dirigida para baixo através dos fracos ligamentos gleno-umerais inferiores e cápsula articular, freqüentemente associando-se a ruptura do manguito rotador e/ou fratura da grande tuberosidade do úmero;

2) O mecanismo indireto, entretanto, é o mais comum. Uma força de hiperabdução, extremamente rápida, violenta, abduz o úmero levantando sua parte proximal acima do acrômio, com o antebraço em pronação, que, ao chegar aos 90°, faz com que a grande tuberosidade entre em contato com a borda da glenóide e com o acrômio, os quais atuam como fulcro, ocasionando deslizamento da cabeça umeral para a região inferior da fossa glenóide, onde permanece bloqueada por ação do músculo deltóide. Isso faz com que se lese o manguito rotador, rompendo os ligamentos gleno-umerais médio e inferior, além da margem inferior da cápsula articular^(1,4,5,13). O peitoral maior segura o úmero na posição ereta, a porção longa do tríceps impede a migração posterior e o ligamento gleno-umeral superior, mais forte, previne a luxação anterior. A contração dos músculos redondo menor e grande dorsal puxa a cabeça umeral inferiormente e, sem antagonistas, a cabeça se move nessa direção.

A luxatio erecta pode ser subcoracóideia, anterior ou subglenóideia. Acomete pacientes de qualquer faixa etária, tendo sido descrita dos três aos 75 anos^(1,7,13).

O quadro clínico e o aspecto radiológico são inesquecíveis e característicos. O paciente apresenta-se com o braço elevado, bloqueado e em rotação interna^(2,4,5,7), com o antebraço pronado e a mão repousando sobre testa, nuca ou parte superior da cabeça. A rigor não seriam necessários exames radiológicos para distinguir de outras formas de deslocamento⁽²⁾, mas estes devem ser realizados para o diagnóstico de

* Trab. realiz. no Hosp. Cristo Redentor, Porto Alegre, RS.

1. Ortoped. e Traumatolog. do Hosp. Cristo Redentor; Méd. Traumatolog. do HPS, Porto Alegre.

2. Residente do Hospital Cristo Redentor.

3. Estag. Volunt. da Traumatol. do HPS de Porto Alegre.

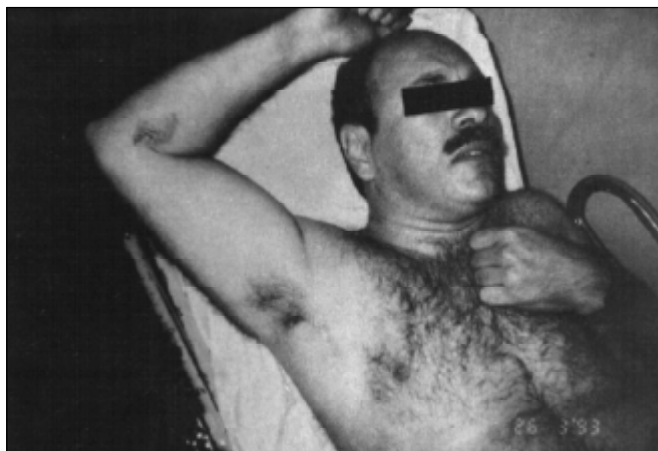


Fig. 1 – Observar o aumento de volume no oco axilar e o fácies característico de dor do paciente

outras patologias associadas (fraturas, luxações e lesões vasculonervosas).

Pelo fato de a cabeça umeral estar contida na região inferior do oco axilar, freqüentemente podemos palpá-la. A diáfise do úmero forma um ângulo reto em relação ao acrômio. Esta posição é fixa e extremamente dolorosa na tentativa de mobilização⁽⁵⁾.

A finalidade deste trabalho é apresentar e discutir os aspectos anatômicos e clínicos desta rara patologia.

RELATO DOS CASOS

Caso 1 – A.P.T.C., 44 anos, masculino, branco, professor universitário, compareceu ao serviço minutos após ter sofrido queda de motocicleta em movimento. Apresentava-se com o braço direito elevado e fixo, edema de partes moles e escoriações difusas (fig. 1). A cabeça umeral direita era palpável no oco axilar, junto à parede lateral do tórax. Os pulsos periféricos eram normais, bem como o exame neurológico do membro superior direito.

Caso 2 – D.O.D., 54 anos, masculino, negro, eletricitário, chegou ao serviço após ter caído de um poste de luz com o braço direito em extensão. O paciente apresentava dor e intensa limitação dos movimentos do membro superior direito. Ao exame físico, apresentava posição típica desta patologia, não havendo comprometimento de estruturas neurovasculares. Apesar de não haver necessidade, as luxações foram confirmadas através do exame radiográfico nos dois casos (figs. 2 e 3). Foi realizado bloqueio anestésico local com 10ml de lidocaína a 2%, sem vasoconstritor. A manobra de redução baseou-se na tração do membro superior aduzido e

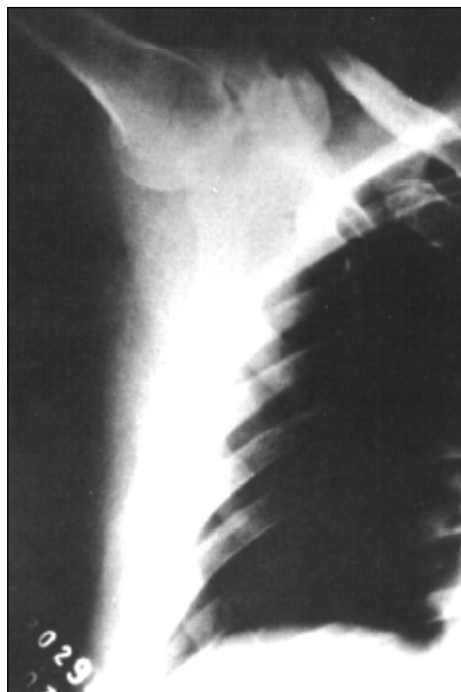


Fig. 2 – RX do caso 1. Notar a abdução fixa do ombro com superposição da cabeça umeral sobre a glenóide.



Fig. 3 – RX do caso 2. Notar a completa posição ereta do úmero com a cabeça luxada inferiormente.

na posição súpero-lateral. A redução logrou-se sem maiores problemas. Foi realizado exame físico e radiológico pós-redução para confirmação da redução anatômico-funcional, da amplitude dos movimentos e dos pulsos periféricos, assim como da integridade das estruturas osteocartilaginosas.

Em ambos os casos, foi usada imobilização toracobraquial (tipo Velpeau), por três semanas. Seis meses após a lesão, ambos os pacientes foram reavaliados. Nenhum dos dois apresentou qualquer anormalidade, diminuição da amplitude de movimentos e/ou incapacidade, seja laborativa ou para a prática de esportes.

DISCUSSÃO

Mesmo levando-se em conta a superfície rasa da cavidade glenóide, o grande tamanho da cabeça umeral em relação a esta e a grande lassitude da cápsula, considera-se o ombro uma articulação estável do ponto de vista biomecânico. Esta articulação está protegida em todos os lados por estruturas ósseas e musculares, exceto na porção inferior, a qual é enfraquecida⁽⁹⁾.

Quanto aos aspectos clínicos da *luxatio erecta* do ombro, ocorrem três sinais característicos: 1) elevação do braço em uma posição de 110 a 160° de abdução; 2) fixação nesta posição; 3) dor aumentada na tentativa de aduzi-lo.

O antebraço é geralmente fletido e descansa sobre a cabeça. A fixação do braço nesta posição é explicada pela tensão da parte anterior e posterior da cápsula^(3,7,13).

Uma força violenta nem sempre é necessária para produzir este tipo de luxação⁽¹⁰⁾. A posição do braço na hora do trauma é de maior importância que a intensidade do evento.

É verificado considerável prejuízo à cápsula articular e aos músculos inseridos na porção superior do úmero, em especial ao supra-espinhoso, peitoral maior e redondo menor. As fraturas da grande tuberosidade podem estar associadas à lesão principal^(6,7,13).

A lesão arterial, embora rara, é descrita^(6,8) e quando isso ocorre é mais comum em pacientes senis, os quais já apresentam sinais de arteriosclerose.

As manobras de redução devem ser realizadas o mais precocemente possível. O tipo de anestesia varia de acordo com diversos autores, sendo por muitos preconizada a anestesia geral.

A manobra consiste em posicionar o paciente em decúbito dorsal, realizando-se tração no membro superior estendido, concomitantemente com contração na face superior do

ombro em direção oposta, fazendo com o braço um arco de movimento em direção à linha média. A redução é sentida da mesma maneira que nos outros tipos de luxação.

Deve-se conter o ombro através de uma imobilização toracobraquial do tipo Velpeau por no mínimo três semanas, seguindo-se de exercícios fisioterápicos ativos e passivos para a recuperação total dos movimentos.

CONCLUSÕES

Embora esta forma de deslocamento seja rara, é importante que o ortopedista tenha o pleno conhecimento dela, em função do seu fácil diagnóstico e tratamento. Além disso, devemos estar atentos às complicações que dela podem advir, para solucioná-las em tempo hábil.

REFERÊNCIAS

1. Davids, J.R. & Talbott, R.D.: Luxatio erecta humeri. A case report. *Clin Orthop* 252: 144, 1990.
2. Downey, E.F., Curtis, D.J. & Brower, A.C.: Unusual dislocations of the shoulder. *ARJ* 140: 1207, 1983.
3. Falkner, E.A.: Luxatio erecta of the shoulder joint. *Med J Aust* 16: 227, 1916.
4. Fery, A. & Sommelet, J.: Erect dislocation of the shoulder. General review of 10 cases. *Int Orthop* 11: 95, 1987.
5. Freundlich, B.D.: Luxatio erecta. *J Trauma* 23: 434, 1983.
6. Gardham, J.R. & Scott, J.E.: Axillary artery occlusion with erect dislocation of the shoulder. *Injury* 11: 155, 1979.
7. Laskin, R.S. & Sedlin, E.D.: Luxatio erecta in infancy. *Clin Orthop* 80: 126, 1971.
8. Lev-El, A., Adar, R. & Rubinstein, Z.: Axillary artery injury in erect dislocation of the shoulder. *J Trauma* 21: 323, 1981.
9. Lynn, F.S.: Erect dislocation of the shoulder. *Surg Gynecol Obstet* 39: 51, 1921.
10. Middlerdorf, M. & Schram, B.: De nova humeri luxationis specie. *Clinique Européenne* 2: 12, 1859.
11. Naess, P.A.: Luxatio erecta. En unvanlig skulder luksasjon. *Tidsskr Nor Laegeforen* 111: 1113, 1991.
12. Rocca, L.A. & Ramos-Vertiz, J.R.: Luxacion erecta récidivante de l'épaule. *Greffe Postérieure Bordeaux Chir* 1: 61, 1946.
13. Rockwood Jr., C.A. & Green, D.P.: *Fractures in adults*, Philadelphia, J.B. Lippincott, 1985, Vol. 1, p. 856.
14. Wang, K.C., Hsu, K.Y. & Shih, C.H.: Brachial plexus injury with erect dislocation of the shoulder. *Orthop Rev* 21: 1345, 1992.