Caso clínico

Luxação do Ombro em Jogador de Futebol Profissional

Dr. Basil Ribeiro¹, Ft. Frederico Delgado², Ft. Tiago Araújo², Ft. Azim Deep², Prof. Ricardo Ribeiro³

¹Medicina Desportiva, Head of the Department; ²Fisioterapeuta; ³Readaptador físico. Departamento médico do Al Nassr Football Club. Riade, Arábia Saudita

RESUMO / ABSTRACT

A luxação anterior do ombro é uma lesão frequente que tem inevitáveis implicações desportivas. O momento e o local da redução são considerados de imediato e, depois, há que decidir o tipo de tratamento no atleta jovem: o tratamento conservador permite o regresso à competição em poucas semanas, mas está associado a elevado risco de recorrência; o cirúrgico diminui de modo muito substancial a recorrência, mas impede o retorno do atleta à prática desportiva durante alguns meses. Descreve-se o caso clínico de um atleta profissional que sofreu luxação anterior do ombro durante um jogo de futebol e para o qual se realizou tratamento conservador.

Anterior shoulder dislocation is an injury that occurs in sport and has inevitable sporting implications. The timing and location of the reduction is immediately considered and, then, the type of treatment should be decided on the young athlete: the conservative allows a return to competition within a few weeks, but is associated with a high risk of recurrence; surgery greatly reduces recurrence, but prevents the athlete from returning to sports for a few months. The case report of a professional athlete who suffered anterior shoulder dislocation during a soccer game is described and for who the non-surgical treatment was implemented.

PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Luxação anterior do ombro, redução de luxação, tratamento, futebol
Anterior shoulder dislocation, dislocation reduction, treatment, football

Introdução

A articulação do ombro é a articulação com maior arco de movimento do corpo humano, pelas suas características anatómicas¹, em que a sua geometria permite grande mobilidade articular, à custa de diminuição da estabilidade intrínseca.²

A luxação anterior do ombro (LAO) ocorre habitualmente após uma queda (58,8%), em casa (47,7%) ou no desporto recreativo (34,5%)³, particularmente em desportos de contacto e de colisão.⁴ É a luxação mais frequente de entre as grandes articulações, constituindo 90% de todas as luxações do ombro, bastante mais frequentes que as luxações posteriores ou inferiores.⁵ A recorrência da LAO é muito frequente e ocorre geralmente nos primeiros dois anos após a 1ª luxação.⁶

A LAO afeta cerca de 2% da população em geral.⁶ A incidência geral é estimada entre 8,2-26,7/100 000 pessoas-ano.^{3,5,6} Cerca de 48,6% de todas as luxações do ombro ocorrem em pessoas entre os 15 e os 29 anos

de idade, ao passo que a taxa mais elevada de recorrência (64%) ocorre nas pessoas com menos de 30 anos de idade e é muito mais frequente no homem que na mulher (relação igual a 2,64).² Noutra série, entre 2002 e 2006, nos EUA, 71,8% das LAO ocorreram nos homens.²¹ Nas mulheres ocorre com mais frequência após os 60 anos de idade.⁵

A **apresentação clínica** da LAO tem um quadro clínico clássico: o braço está em adução, junto ao corpo, o ombro em rotação interna e há perda do normal contorno (convexidade) do ombro provocada pela cabeça do úmero, a qual se encontra fora da glenoide.⁷ A cabeça do úmero poderá ser palpada anteriormente e um sulco na região posterior do ombro também poderá ser visualizado.²

Há vários grupos de risco: no jovem e no idoso; participação em desportos de contacto; história de luxação do ombro e doentes com doenças do colagénio.⁵

No imediato, as **complicações** poderão ser:^{2,5}

1. Tecidos moles
 - a) Rotura da coifa dos rotadores, especialmente nos idosos, a frequência varia entre 7 e 32%^{8,9} e sua existência não parece influenciar a taxa de recorrência⁹.
 - b) Rotura do labrum; Lesão de Bankart (até 83% dos casos de LAO)
2. Neurovasculares
 - a) Lesão do nervo axilar - o nervo mais afetado; perda de sensação face lateral do ombro e da função do músculo deltoide; em 154 LAO traumáticas, houve quatro lesões de nervo sem sequelas posteriores¹⁰
 - b) Plexo braquial, menos frequente, pela tração lateral no momento da luxação; incidência igual a 0,47% num estudo retrospectivo, multicentro de 5 anos¹¹
 - c) Lesão da artéria axilar, principalmente se houve fraturas ósseas: apenas 1% dos doentes com lesão vascular não tinha fratura¹¹; incidência varia entre 0,97%¹¹ e 2%¹²; a diminuição dos pulsos e/ou da temperatura cutânea recomenda a angiografia
3. Fraturas do troquiter, da omoplata e do úmero e também
 - a) Lesão de Bankart óssea (lesão óssea do anel anterior da glenoide inferior; prevalência de 73%^{13,14})
 - b) Lesão de Hill-Sachs (depressão cortical da região pósterio-lateral da cabeça do úmero; prevalência entre 54%¹⁵ e 70%¹³)
4. A longo prazo a luxação recorrente é uma complicação habitual.

O **tratamento conservador** consiste na imobilização do ombro em rotação interna por um período de 1 a 3 semanas, após a qual se inicia a reabilitação^{16,17}, mas a taxa de ocorrência de outro episódio de luxação na mesma época desportiva varia entre 37 e 90%.¹⁸ Este tipo de tratamento está mais indicado para os idosos e para os pacientes jovens não envolvidos em atividades com o braço acima do nível da cabeça.² Por outro lado, a **intervenção cirúrgica**, nomeadamente **artroscópica**, está recomendada nos doentes com menos de 30 anos de idade, nos atletas de elevado nível¹⁹ e na presença de lesão de Hill-Sachs.¹³ A instabilidade recorrente, a perda de massa óssea e o final da época têm sido critérios para a realização da cirurgia.¹⁸ A intervenção cirúrgica proporciona

menores taxas de recorrência²⁰, mas obriga a maior tempo de paragem até ao *Return to play* (RTP), cerca de 4 a 6 meses⁴, durante os quais existem várias fases: 1 – imobilização durante quatro semanas com contrações isométricas; 2 – mobilização ativa do ombro até 45 graus de rotação externa durante mais 4 semanas; 3 – mobilização ativa do ombro em toda a amplitude articular, com treino de resistência e de pliometria, e também da propriocevidade. A análise de revisões sistemáticas e de estudos controlados, randomizados, realizados até abril de 2019 verificou que a maioria dos estudos apontou para a realização precoce da cirurgia nos sujeitos entre os 21 e os 30 anos de idade após o primeiro episódio de luxação.¹⁶

História clínica

Tratava-se de um jogador de futebol profissional, de 25 anos de idade, que sofreu queda sobre o ombro esquerdo durante um jogo de futebol. A observação da equipa médica no campo encontrou o jogador com dores no ombro e a protegê-lo, evitando qualquer movimento. A palpação do ombro permitiu constatar a ausência da cabeça do úmero na sua localização habitual. O jogador foi informado do diagnóstico e foi-lhe perguntado se a **redução** poderia ser feita de imediato. Com o seu consentimento foi feita a redução: com o jogador ajoelhado foi feita tração longitudinal do braço, associada a pequenos movimentos de rotação.

Após a redução o jogador sentiu-se bem e insistiu em continuar a jogar. Foi-lhe fornecida analgesia oral e reforçada no intervalo. Acabou por ser substituído durante a 2ª parte do jogo por opção técnica, embora a ocorrência clínica tenha tido alguma influência.

Após o jogo foi aconselhada a analgesia e apenas a suspensão braquial, que manteve durante uma semana.

Realizou RMN no dia seguinte, a qual revelou “Lesão extensa do labrum anterior desde a 1 até às 6 horas, com rotura associada do labrum pósterio-inferior ... contorno da cabeça umeral normal ... integridade dos tendões da coifa dos rotadores”.

Iniciou tratamento de **fisioterapia** ao 2º dia após a lesão e iniciou o trabalho de ginásio (bicicleta e marcha em tapete) quatro dias depois; ao oitavo dia foram introduzidos exercícios específicos para a cintura escapular e exercícios de propriocevidade em amplitudes não dolorosas; manteve treino cardiovascular, também com a elítica. Iniciou o treino de força para os membros inferiores. Ao 12º dia iniciou treino de impacto sem dor e ao 14º iniciou treino individual no campo, mantendo os exercícios para o ombro. Ao 15º dia fez avaliação no campo, ao 16º começou a integrar o treino com a equipa e ao 19º dia realizou o primeiro jogo oficial, tendo jogado 90 minutos. Onze meses após a LAO, este jogador mantém a atividade competitiva, sem queixas ou limitações.

Discussão

A LAO constitui uma urgência, cuja **redução** imediata, atempada deve ser considerada⁵, para minimizar as consequências negativas, pois, de acordo Hovelius, L. et al, existe risco elevado de redução instável se a redução não ocorrer nas primeiras 24 horas.¹⁵ A redução precoce minimiza o espasmo muscular e diminui a possibilidade de agressão neurovascular no momento da redução.²¹

Existem mais de 20 técnicas de redução da LAO², mas não existe evidência sobre o melhor método.²⁰ É consensual que deve ser usada aquela em que o operador tenha mais experiência e se sinta confortável na sua realização, assim como na capacidade de o paciente manter o ombro na posição adequada^{1,20}, e proporcionando o necessário relaxamento muscular. No nosso caso, foi decidida a redução imediata para alívio sintomático, com consentimento do jogador, aproveitando-se a ausência ainda de contratura reativa, e foi utilizada a técnica descrita por nos parecer também a mais adequada naquele contexto. A **continuação em jogo** é algo que motiva grande discussão e colhe muitos opositores. Mais uma vez, no contexto da LAO, a ausência de incapacidade e de dor, a importância e a vontade expressa do jogador em continuar em campo motivaram a continuação da atividade.

Após o final do jogo foi utilizada a suspensão braquial, para conforto e analgesia, tendo-se evitado a imobilização total do ombro.

Figura 1 – Imagem de RM, plano axial, T2*. Lesão de Bankart: avulsão do labrum ântero-inferior (setas).

Figura 2 - Imagem de RM, plano sagital, DP FS. Lesão de Bankart: avulsão do labrum ântero-inferior do rebordo glenóideu (setas).

Figura 3 - Imagem de RM, plano axial, DP FS. Lesão de Bankart: avulsão do labrum ântero-inferior (setas).

A **radiografia** do ombro é um exame barato e que confirma ou não a luxação, assim como poderá dar indicação sobre a existência de fraturas associadas.² Numa revisão da literatura, publicada em 2019, refere-se que de um modo geral não há necessidade da radiografia, a menos que umas de três situações exista: idade superior a 40 anos; primeiro episódio de luxação e mecanismo traumático.²² Optou-se pela **ressonância magnética**, pois é importante para o estudo dos tecidos moles, como seja a lesão do labrum, rotura do tendão do músculo subescapular, nervo axilar ou cápsula articular² e é bastante sensível para o diagnóstico das lesões de Bankart e de Hill-Sachs.¹⁴

Existe controvérsia sobre o melhor **tratamento** para LAO que ocorre em plena época desportiva.¹⁷ Após o 1º episódio, a maioria dos pacientes é tratada de modo conservador com redução fechada e imobilização em rotação interna por 2-3 semanas⁶ ou 1-3 semanas^{2,17}, apesar do risco de recorrência da LAO ser significativamente superior ao tratamento cirúrgico em pessoas com menos de 30 anos de idade quando são tratadas de modo conservador.²⁰ As taxas de recorrência indicadas nos vários estudos variam entre 28,7% e 70%², sendo tanto maior quanto mais jovem for o paciente: 68% se < 20 anos de idade, 54% se < 30 anos e 12% se > 30 anos de idade, num estudo de seguimento durante 1 a 9 anos (média = 4,5 anos).¹⁰

A rotura do labrum indica a existência de lesão de Bankart, a qual ocorre com bastante frequência nas LAO (73% dos casos¹⁴), e seria mais um elemento a favorecer a indicação de cirurgia imediata.

Uma meta-análise sueca, com *follow-up* de 10 anos, indicou uma taxa de recorrência igual a 48% (n=118), dos quais 28% vieram a precisar de cirurgia.¹⁵ Também neste estudo, verificou-se que nos ombros que tiveram pelo menos dois episódios de recorrências nos primeiros dois ou cinco anos não tiveram necessidade de cirurgia no final dos 10 anos de seguimento.¹⁵ O sexo masculino, a hiperlaxidão da cápsula articular, níveis elevados de atividade física, dor aumentada, deformidades da cabeça do úmero e

níveis elevados de medo de recorrência estão também associados a risco elevado.^{2,15,16,18,23} Vermeiren, J. et al, verificaram em 154 luxações traumáticas que os jovens pacientes que não tinham uma pequena fratura associada tiveram risco elevado de recorrência¹⁰, o que não era o caso deste jogador. A perda óssea relevante, a instabilidade recorrente e a lesão em final de época poderão motivar a realização imediata da cirurgia.⁷

O estudo realizado ao longo de 10 anos (n=76; 15-39 anos de idade) encontrou, dois anos após o primeiro episódio de LAO, a taxa de recorrência de 54% com o tratamento conservador e de 3% nos sujeitos operados.²⁴ Noutro estudo, realizado em 58 jogadores de futebol americano, verificou-se que 98,7% voltaram a jogar pelo menos durante um ano sem novo episódio de LAO e apenas um teve de deixar de jogar por instabilidade recorrente.²⁵ Kirkley A et al referem que a artroscopia dá mais confiança ao paciente e um retorno mais rápido à atividade¹⁹, assim como é desejável nos sujeitos entre os 21 e 30 anos de idade, que sofreram luxação traumática e que estejam envolvidos em desportos de risco elevado.

Este paciente é um jogador de futebol profissional, a jogar com muita regularidade na equipa principal e com chamadas frequentes à seleção nacional. Após a LAO houve aconselhamento de um cirurgião ortopédico, o qual sugeriu o tratamento conservador em primeira instância. O jogador foi informado das possibilidades terapêuticas, dos riscos de recorrência em cada uma delas (bastante menor com tratamento não cirúrgico) e do tempo necessário para o RTP (2-3 semanas vs. 4-6 meses, respetivamente para o tratamento conservador e para o cirúrgico). O tratamento cirúrgico colocá-lo-ia fora de competição para o resto da época competitiva, o que não estava de acordo com a motivação do jogador.¹⁷ Por outro lado, a análise de 221 LAO consecutivas que foram operadas revelou que (apenas) 80% dos sujeitos voltaram ao nível competitivo existente antes da lesão⁹, ao passo que (apenas) 72% dos doentes operados tiveram resultados bons ou excelentes ao fim de

10 anos de seguimento.²⁴ Foi também informado que, a optar-se pela abordagem conservadora, e no caso de recorrência, a intervenção cirúrgica teria de ser então considerada. Contudo, a possibilidade de estabilização do ombro mesmo após um ou dois episódios de LAO é, de algum modo, tranquilizador.⁹ O jogador aceitou o risco de recorrência e optou-se por não realizar a cirurgia.

Habitualmente após a redução da luxação a **imobilização** é feita com o ombro em rotação interna.² Da análise de 734 pacientes tratados com imobilização, não foi possível constatar a vantagem da imobilização em rotação externa em relação à interna⁶, assim como o risco de recorrência não é influenciado pelo tipo de imobilização. A simples suspensão do braço até que o paciente se sinta confortável sem ela revelou resultados semelhantes aos obtidos com a imobilização tradicional, mais prolongada.¹⁵

Numa meta-análise sueca, com *follow-up* de 10 anos, verificou-se que a taxa de recorrência era igual a 52% e a imobilização por mais de uma semana após a LAO não melhorou o risco de recorrência²⁶, mas os que não usaram a suspensão braquial tiveram maior taxa de recorrência (OR=0.38).²³ Por outro lado, estudos com imobilização em rotação externa revelaram resultados ligeiramente superiores em relação à rotação interna²⁰ (taxa de recorrência igual a 25% vs 40%²⁶), em doentes entre os 20 e os 40 anos de idade²⁷, mas também há estudos que não apoiam a superioridade da rotação externa. A rotação externa do ombro, por outro lado, é uma posição desconfortável e certamente colocará dificuldades na vida quotidiana. Por outro lado, a rotura no músculo subescapular, quando diagnosticada pela ressonância magnética, contraindica a imobilização em rotação externa.⁶

É consensual que o **RTP** deve ocorrer após o atleta estar sem dor, tenha níveis de força semelhantes nos dois lados, especialmente com recuperação da força dos músculos da coifa dos rotadores, e amplitude articular adequada para a prática desportiva específica^{2,7,18,20,28} e, habitualmente, ocorre entre 2 a 3 semanas com o tratamento conservador^{7,17,18},

tal como ocorreu no caso deste futebolista. Contudo, o RTP é afetado por várias situações, as quais incluem as lesões intra-articulares causadas pela luxação, a especificidade individual, o membro dominante, a duração da lesão no caso das recorrências e a idade do doente.^{2,7} A falta de orientações sistematizadas sobre a LAO pode também dificultar a previsão do RTP.²⁹ No caso deste atleta tal ocorreu quando estava assintomático, sem limitação das amplitudes articulares e com perfil psicológico muito favorável.

Conclusão

A LAO ocorre com alguma frequência nos desportos de contacto e após quedas. A redução da LAO deve ser precoce e deve ser usada a técnica com a qual se está mais familiarizado. Depois da discussão com o atleta do RTP e da taxa de recidiva, deve ser escolhido o tipo de tratamento: conservador ou cirúrgico. No caso deste jogador foi escolhido o conservador, tendo realizado o 1º jogo oficial menos de três semanas depois do episódio de LAO, mantendo-se atualmente sem queixas e sem limitações onze meses depois.

Agradecimentos

Os autores agradecem a colaboração do Dr. Pedro Lourenço (Serviço de Ortopedia do C H V N Gaia-Espinho, EPE) e do Dr. Sérgio Gomes (Radiologia – Unilabs, Porto).

Os autores negam ausência de conflito de interesses, assim como garantem a originalidade do manuscrito e a sua não publicação prévia.

Correspondência
Basil Ribeiro – basilribeiro@gmail.com

Bibliografia

- Kayur Patel et al. Anterior shoulder dislocations. *BMJ*. 2011; 342:c6383.
- Watson S, Allen B, Grant JA. A Clinical Review of Return-to-Play Considerations After Anterior Shoulder Dislocation. *Sports Health*. 2016; 8(4):336-41. doi: 10.1177/1941738116651956. Epub 2016 Jun 2.
- Hasebroock AW, Brinkman J, Foster L, Bowens JP. Management of primary anterior shoulder dislocations: a narrative review. *Sports Med Open*. 2019; 5(1):31. doi: 10.1186/s40798-019-0203-2.
- Andrew W. Hasebroock, et al. Management of primary anterior shoulder dislocations: a narrative review. *Sports Medicine*. 2019; 5:31.
- Owens BD, Dickens JF, Kilcoyne KG, Rue J-PH. Management of mid-season traumatic anterior shoulder instability in athletes. *J Am Acad Orthop Surg* 2012; 20:518-26.
- Kirkley A, Werstine R, Ratjek A, Griffin S. Prospective randomized clinical trial comparing the effectiveness of immediate arthroscopic stabilization versus immobilization and rehabilitation in first traumatic anterior dislocations of the shoulder: long-term evaluation. *Arthroscopy*. 2005; 21(1):55-63.
- Pagnani MJ, Dome DC. Surgical treatment of traumatic anterior shoulder instability in american football players. *J Bone Joint Surg Am*. 2002; 84-A:711-5.
- Vermeiren J, Handelberg F, Casteleyn PP, Opdecam P. The rate of recurrence of traumatic anterior dislocation of the shoulder. A study of 154 cases and a review of the literature. *Int Orthop*. 1993; 17:337-41.
- Hovelius L, Augustini BG, Fredin H, Johansson O, Norlin R, Thorling J. Primary anterior dislocation of the shoulder in young patients. A ten-year prospective study. *J Bone Joint Surg Am*. 1996; 78:1677-84.
- Stayner LR, Cummings J, Andersen J, Jobe CM. Shoulder dislocations in patients older than 40 years of age. *Orthop Clin North Am*. 2000; 31:231-9.
- Sparks SR, DeLaRosa J, Bergan JJ, Hoyt DB, Owens EL. Arterial injury in uncomplicated upper extremity dislocations. *Ann Vasc Surg*. 2000; 14:110-3.
- Christofi T, Kallis A, Raptis DA, Rowland M, Ryan J. Management of shoulder dislocations. *Trauma*. 2007; 9:39-46.
- Gutkowska O, Martynkiewicz J, Gosk J. Position of immobilization after first traumatic anterior glenohumeral dislocation: a literature review. *Med Sci Monit*. 2017; 23:3437-45.
- Imhoff AB, Ansah P, Tischer T, Reiter C, Bartl C, Hench M, et al. Arthroscopic repair of anterior-inferior glenohumeral instability using a portal at the 5:30-o'clock position: analysis of the effects of age, fixation method, and concomitant shoulder injury on surgical outcomes. *Am J Sports Med*. 2010; 38:1795-803.
- Smith BI, Bliven KCH, Morway GR, Hurbank JG. Management of primary anterior shoulder dislocations using immobilization. *J Athl Train*. 2015; 50:550-2.
- Murray J-C, Leclerc A, Balatri A, Pelet S. Immobilization in external rotation after primary shoulder dislocation reduces the risk of recurrence in young patients. A randomized controlled trial. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2018. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877056818303475?via%3Dihub>
- Kuhn JE. Treating the initial anterior shoulder dislocation – an evidence-based medicine approach. *Sports Med Arthrosc*. 2006; 14:192-8.
- Doshi D, Firke R. A new patient-controlled technique for shoulder relocation in emergency departments. *Am J Case Rep*. 2014; 15:485-7.
- Jakobsen BW, Johannsen HV, Suder P, Søjbjerg JO. Primary repair versus conservative treatment of first-time traumatic anterior dislocation of the shoulder: a randomized study with 10-year follow-up. *Arthroscopy*. 2007; 23:118-23.
- Olds MK, Ellis R, Parmar P, Kersten P. Who will redislocate his/her shoulder? Predicting recurrent instability following a first traumatic anterior shoulder dislocation. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2019; 5:e000447.
- Zacchilli MA, Owens BD. Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. *J Bone Joint Surg Am*. 2010; 92:542-9.
- Clesham K, Shannon FJ. Arthroscopic anterior shoulder stabilization in overhead sport athletes: 5-year follow-up. *Ir J Med Sci*. 2019; 188(4):1233-1237.
- Edouard P, Degache F, Beguin L, et al. Rotator cuff strength in recurrent anterior shoulder instability. *J Bone Joint Surg Am*. 2011; 93:759-65.
- Watson S, Allen B, Grant JA. A clinical review of return-to-play considerations after anterior shoulder dislocation. *Sports Health*. 2016; 8:336-41.
- Widjaja AB, Tran A, Bailey M, Proper S. Correlation between Bankart and Hill-Sachs lesions in anterior shoulder dislocation. *ANZ J Surg*. 2006; 76:436-8.
- Émond M, Le Sage N, Lavoie A, Rochette L. Clinical factors predicting fractures associated with an anterior shoulder dislocation. *Acad Emerg Med*. 2004; 11:853-8.
- Marans HJ, Angel KR, Schemitsch EH, Wedge JH. The fate of traumatic anterior dislocation of the shoulder in children. *J Bone Joint Surg Am*. 1992; 74:1242-4.
- Horst K, Von Harten R, Weber C, Andruszkow H, Pfeifer R, Dienstknecht T, et al. Assessment of coincidence and defect sizes in Bankart and Hill-Sachs lesions after anterior shoulder dislocation: a radiological study. *Br J Radiol [Internet]*. 2014; 87.
- Berbig R, Weishaupt D, Prim J, Shahin O. Primary anterior shoulder dislocation and rotator cuff tears. *J Shoulder Elbow Surg*. 1999; 8:220-5.