Artroplastia total invertida do ombro em doente com quisto acrómio-clavicular

Pedro Marques, Bruno Alpoim, Maria Elisa Rodrigues, Pedro Sá, Francisco Lima Rodrigues, António Rodrigues

Serviço de Ortopedia e Traumatologia. Unidade Local de Saúde do Alto Minho. Viana do Castelo. Portugal.

Pedro Marques
Bruno Alpoim
Maria Elisa Rodrigues
Pedro Sá
Internos do Complementar de Ortopedia
Francisco Lima Rodrigues
Assistente Hospitalar
António Rodrigues
Diretor de Serviço

Serviço de Ortopedia e Traumatologia
Unidade Local de Saúde do Alto Minho

Submetido em: 11 outubro 2012
Revisto em: 30 dezembro 2012
Aceite em: 21 janeiro 2012
Publicação eletrónica em: 18 março 2012

Tipo de Estudo: Terapêutico
Nível de Evidência: IV

Declaração de conflito de interesses:
Nada a declarar.

Correspondência:
Pedro Marques
Rua Manuel da Silva nº19
4900-780 Viana do Castelo
Portugal
spotmarques@gmail.com

RESUMO

Os quistos acromioclaviculares consistem numa patologia rara, estando, na maioria dos casos, associados a patologia degenerativa do ombro. Possuem uma clínica semelhante à da rotura da coifa dos rotadores, sendo este um dos principais diagnósticos diferenciais. Apresentamos um caso de um doente do sexo masculino, 75 anos, com uma tumefação indolor, não pulsátil no ombro direito, sem história prévia de traumatismo e com mobilização bastante reduzida, tendo o estudo imagiológico demonstrado presença de um quisto acromioclavicular associado a rotura da coifa dos rotadores e omartrose severa. Procedeu-se ao respetivo tratamento cirúrgico, com exérese do quisto e artroplastia total invertida do ombro direito. Atualmente, 22 meses após cirurgia, o paciente encontra-se assintomático, sem recidiva do quisto e com boa mobilidade articular.

Palavras chave:
Quisto acromioclavicular, artroplastia total invertida do ombro, rotura da coifa dos rotadores

ABSTRACT

The acromioclavicular cysts are a rare disease, most of them associated with degenerative shoulder pathology. They have a clinic presentation similar to the torn rotator cuff, one of the diagnostics we should consider. We present a case of a 65 year old patient, with a painless, pulseless mass in his right shoulder, without previous trauma, and with marked shoulder limitation. Radiologic studies showed a acromioclavicular cyst, associated with a torn rotator cuff and severe arthrosis of the shoulder. We proceeded to the surgical treatment, that consisted in cyst removal and a total invert total arthroplasty of the shoulder. With 22 months of follow up, the patient is asymptomatic, without cyst recurrence and with good shoulder mobility.

Key words:
Acromioclavicular cyst, total inverted shoulder arthroplasty, torn rotator cuff

INTRODUÇÃO

Os quistos acromioclaviculares (AC) são entidades clínicas pouco frequentes, tendo, desde a sua descoberta por Craig em 1984, sido identificados cerca de 45 casos na literatura atual, estando muitas vezes associados a patologia degenerativa do ombro[1].

Clinicamente a forma mais frequente de apresentação consiste no aparecimento de uma tumefação indolor sobre a articulação AC. O aumento de tamanho progressivo, por um lado, e a mobilidade articular limitada e dolorosa, por outro, levam ao diagnóstico diferencial com lesão neoplásica[2], e rotura da rotura da coifa dos rotadores, respetivamente. Na artrografia por ressonância magnética (Artro-RMN) apresentam o típico sinal de Geyser (patognómico desta patologia), mas esta técnica tem vindo a ser substituída pela RMN simples, sendo este o exame complementar ideal para o diagnóstico[3].

Saber a etiologia é fundamental para a estratégia cirúrgica, podendo variar de uma simples ressecção cirúrgica do quisto, para uma ressecção cirúrgica associado a tratamento da patologia de base[4].

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, de 75 anos, com quadro de omalgia direita associado à presença de tumefação volumosa, de aparecimento progressivo, sobre a articulação acrómio-clavicular, com cerca de 1 mês e meio de evolução. Ao exame físico apresentava tumefação volumosa, indolor e mole à palpação, não pulsátil no ombro direito (Figura 1). A mobilidade articular do ombro era bastante limitada e dolorosa, apresentando um score de Constant de 29. Ao Rx



Figura 1. Quisto acromio-clavicular direito no pré-operatório.

apresentava diminuição do espaço subacromial, com migração cefálica da cabeça umeral e evidência de omartrose (Figura 2 A)).. A ressonância magnética (RMN) realizada demonstrou existência de um volumoso quisto AC degenerativo (6,5cm x 2,9cm), notando-se também rotura maciça da coifa dos rotadores, com marcada degenerescência gorda, elevação da cabeça umeral e alterações degenerativas da articulação gleno-umeral, destacando-se um volumoso osteófito na margem inferior da cabeça umeral (Figura 2 B) e C).

Pelas queixas e quadro clínico apresentado, procedeu-se à exérese do quisto AC, com ressecção cirúrgica da bursa subacromial e artroplastia total invertida do ombro direito. Durante o período intraoperatório e internamento não se verificou qualquer intercorrência, tendo o estudo anatomo-patológico confirmado o diagnóstico de quisto sinovial (Figura 3).

Ao fim de 22 meses de *follow up*, o doente encontra-se sem queixas álgicas e com mobilidade do ombro direito bastante satisfatória (flexão anterior 150-180º, abducção > 90º) (Figura 4), com score de Constant atual de 68, apresentando no controlo imagiológico, boa implementação da prótese, sem sinais de descelagem ou desgaste (Figura 5).

DISCUSSÃO

Os quistos AC são entidades clínicas raras, estando definidos, etiologicamente, 2 tipos de quistos AC. O tipo 1, menos frequente, está associado à degeneração isolada da articulação acromioclavicular. O tipo 2 encontra-se associado à rotura da coifa dos rotadores (sobretudo à avulsão do supraespinhoso) e consequente artropatia da coifa dos rotadores. A artropatia da coifa provocará uma migração cefálica do úmero e instabilidade gleno-umeral com desgaste da porção inferior da cápsula articular da AC. Posteriormente ocorrerá rotura da cápsula e migração do líquido

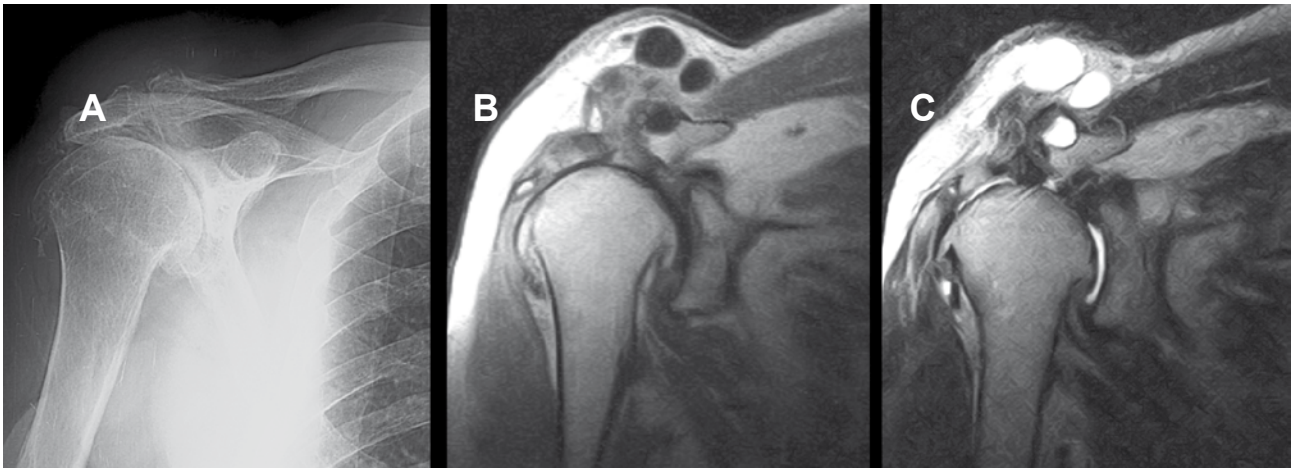


Figura 2. A) Rx pré operatório. B) RMN ombro direito em T1. C) RMN ombro direito em T2.

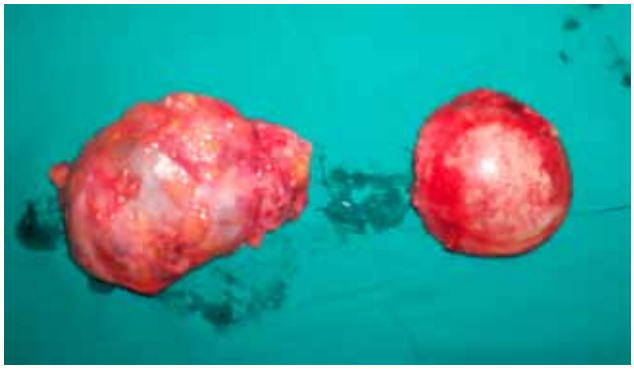


Figura 3. Quisto acrómio-clavicular (esquerda) e cabeça umeral (direita).



Figura 4. Mobilidades A) flexão anterior e B) abdução, aos 22 meses pós-operatório.

articular gleno-umeral para o interior da articulação AC (sinal de Geyser) originando o quisto AC[5].

O tratamento dos quistos tanto pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo a escolha dos sintomas, idade do doente e da função articular do ombro. Doentes com idade avançada, leve sintomatologia e boa função articular, o tratamento conservador, com vigilância e, posterior, aspiração do quisto, produz excelentes resultados, mesmo na presença de lesão da coifa dos rotadores[6,7]. De referir que a aspiração crónica do quisto AC encontra-se associada a uma alta taxa de recorrência, havendo referência a um caso de fistulização asséptica de quisto AC após múltiplas aspirações[8]. Em doentes com omalgia crónica e compromisso de função do ombro devem ser submetidos a tratamento cirúrgico, com excisão do quisto e tratamento da rotura da coifa[4]. Vários tratamentos cirúrgicos têm sido propostos, sendo necessário ter em conta a etiologia do quisto. Nos quistos simples ou tipo 1, a ressecção cirúrgica simples produz bons resultados[9], mas é recomendado efetuar a ressecção cirúrgica do quisto com excisão da extremidade distal da clavícula e da bursa subacromial[10-11]. Nos quistos AC tipo 2, o tratamento ideal permanece controverso. Para além da ressecção cirúrgica do quisto, o tramento a artropatia da coifa dos rotadores inclui a ressecção da clavícula distal, lavagem e desbridamento artroscópico, artrodese acromioclavicular, hemiartroplastia, artroplastia total do ombro e artroplastia total invertida do ombro[12].

Relativamente à artroplastia total invertida, Werner et al comparou doentes com artropatia da coifa que foram submetidos a artroplastia total invertida do ombro como opção primária versus os doentes que foram submetidos ao mesmo procedimento como revisão de cirurgia prévia ao ombro. Ambos os grupos

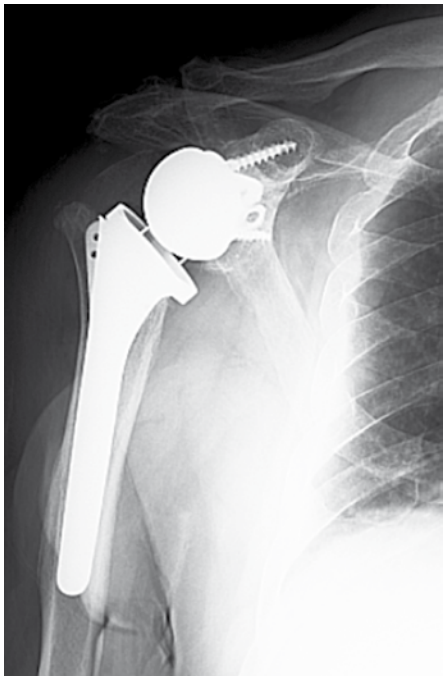


Figura 5. Rx ombro direito 6 meses pós-operatório.

apresentavam melhorias na mobilidade articular e nas queixas álgicas, mas o 1º grupo apresentava mobilidade superior e valores maiores do score de Constant[13].

O candidato ideal para artroplastia total invertida do ombro consiste num doente com idade avançada (> 65 anos), pouco ativos com capacidade de aderirem aos programas de reabilitação, pois apesar da prótese total invertida do ombro melhorar a abducção e elevação, pode ocorrer limitações à mobilidade. Com o aumento da força e mobilidade articular do ombro, os doentes podem esperar regressar à sua atividade laboral e lúdica diária. É necessário contudo evitar pegar em objetos pesados e esforços extenuantes de forma a prevenir desgaste, descelagem e respetiva cirurgia de revisão protésica[14].

CONCLUSÃO

Os quistos acromio-claviculares constituem complicações raras de roturas completas da coifa dos rotadores, ocorrendo geralmente em paciente idosos, não sendo de esquecer que o quisto AC deve ser um diagnóstico de exclusão, sendo necessário efetuar o diagnóstico diferencial de malignidade, fratura, artrite inflamatória, infeção e aneurisma da artéria subclávia. No caso clínico apresentado, verificava-se presença de artropatia da coifa dos rotadores bastante avançada, com limitação marcada da mobilidade articular decidiu-se pela artroplastia total invertida do ombro, tendo o doente apresentado melhorias significativas da mobilidade e ausência de queixas álgicas, encontrando-se muito satisfeito com a cirurgia efetuada, após 22 meses de *follow up.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Craig EV. The geyser sign and torn rotator cuff: clinical significance and pathomechanics. Clin Orthop Rel Res. 1984; 191:213-215.
2. Mullett H, Benson R, Levy O. Arthroscopic treatment of a massive acromioclavicular joint cyst. Arthroscopy. 2007; 23:446e1-4.
3. Craig EV. The acromioclavicular joint cyst. An unusual presentation of a rotator cuff tear. Clin Orthop Rel Res. 1986; 202:189-192.
4. Groh G, Badwey T, Rockwood CA Jr. 1993. Tratment of cysts of the acromioclavicular joint with shoulder hemiarthroplasty. J Bone Joint Surg Am 75:1790-1794.
5. Hiller AD, Miller JD, Zeller JL. Acromioclavicular Joint Cyst Formation. Clinical Anatomy 2010; 23: 145-152.
6. Kessel L, Watson M. The painful arc syndrome: clinical classification as a guide to management. J Bone Joint Surg. 1977; 59B:166.
7. Tagagishi N. Conservative treatment of the ruptures of the rotator cuff. J Japan Orthop Assoc. 1978; 52:781.
8. Murena L, D'angelo F, Falvo DA, Vulcano E. Surgical treatment of na aseptic fistulized acromioclavicular joint cyst: a case report and review of the liturature. Cases Journal 2009; 2:8388.
9. Postacchini F, Perugia D, Gumina S. Acromioclavicular joint cyst associated with rotator cuff tear. A report of three cases. Clin Orthop Rel Res 1993; 294:111-113.
10. Le Huec JC, Zipoli B, Schaeverbeke T, Moinard M, Chauveaux D, Le Rebeller A . Acromio-clavicular joint cyst. Surgical treatment. Ata Orthop Belg. 1996; 62:107-112.
11. Kontakis GM, Tosounidis TH, Karantanas A. Isolated synovial cyst of the acromio-clavicular joint associated with joint degeneration and an intact rotator cuff. Ata Orthop Belg. 2007; 73:515-519.
12. Feeley BT, Gallo RA, Craig EV. Cuff tear arthropathy: Current trends in diagnosis and surgical management. J Shoulder Elbow Surg. 2009; 18:484-494.
13. Werner LM, Steinmann Pa, Gilbart M, Gerber C. Treatment of painful pseudoparesis due to irreparable rotator cuff dysfunction with Delta III, reserve-ball-on-Socket total shoulder prosthesis. J Bone Joint Surg. 2005; 87A:1476-1486.
14. De Franco MJ, Walch G. Current issues in reverse total shoulder arthroplasty. The Journal of Musculoskeletal Medicine Vol. 28 No.3.

Texto em conformidade com as regras do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, convertido pelo programa Lince (© 2010 - ILTEC).