

LUXAÇÃO INFERIOR DO ÚMERO PROXIMAL (LUXATIO ERECTA) BILATERAL EM SESSÃO DE PILATES: UM RELATO DE CASO

BILATERAL INFERIOR DISLOCATION OF THE PROXIMAL HUMERUS (LUXATIO ERECTA) IN A PILATES SESSION: A CASE REPORT

EDUARDO CÉSAR ALMEIDA ARBILDI, VÍTOR DO CARMO JORGE, DANILO TETSUO TAIA MATUSHITA, KENNY ROGERS MARCONDES PINTO, DANIEL ROSSI LOPES

RESUMO

Definida pela perda da congruência articular, parcial ou total, as luxações mais frequentes são as glenoumerais. Destas, as mais incomuns têm sua apresentação inferior, sendo ainda mais raras em caso de bilateralidade. Normalmente associadas a pouca ou nenhuma alteração neurovascular, tem apresentação típica de “braços levantados”, sendo impossível a redução sem auxílio de sedação em centro cirúrgico, devido à dor e dificuldade da manobra e colaboração do paciente. Apresentamos aqui o caso de um paciente com luxatio erecta após uma sessão de pilates, que foi bem manejado em atendimento de pronto socorro de um hospital particular, tendo perdas de amplitude de movimento e alterações neurovasculares compatíveis com a literatura disponível.

PALAVRAS-CHAVE: LUXATIO ERECTA, LUXAÇÃO INFERIOR, OMBRO, PILATES, ÚMERO

ABSTRACT

Defined by partial or total loss of joint congruence, the most frequent dislocations are glenohumeral. Of these, the most uncommon have an inferior presentation, being even rarer if bilateral. Usually associated with little or no neurovascular loss, it has a typical presentation of “raised arms”, making it impossible to reduce without sedation in the operating room, due to pain and difficulty in reduction maneuvering and patient cooperation. Here we present the case of a patient with luxatio erecta after a pilates session, who was well managed in the emergency department of a private hospital, with loss of range of motion and neurovascular alterations compatible with the available literature.

KEYWORDS: LUXATIO ERECTA, INFERIOR DISLOCATION, SHOULDER, PILATES, HUMERUS

INTRODUÇÃO

A luxação é descrita como o fenômeno de perda de congruência, total ou parcial, da congruência articular, sendo a do ombro a mais frequente do corpo humano, com cerca de 45% de todos os casos¹. Foi primeiro descrita em 2000 a.C. por Edwin Smith e posteriormente por Hipócrates, em 450 a.C., sendo este com mais riqueza de detalhes em seu relato¹.

Pode ocorrer para anterior, posterior, inferior e superior (teórica). A luxação inferior, conhecida também pelo termo “luxatio erecta”, é o tipo com ocorrência real mais rara (somente 0,5% dos casos), foi descrita pela primeira vez por Middeldorf e Schram em 1859^{2,3}. Sua apresentação bilateral é ainda mais rara, sem relator em porcentagem na literatura^{3,4}.

Não costuma ter prevalência específica de idade, podendo acontecer em qualquer faixa etária desde os 3 até os 75 anos². O quadro clínico é característico, com o paciente apresentando dor aguda de grande intensidade, estando em posição clássica de “braços levantados”^{1,2,3,4} (abdução do ombro entre 100 e 160 graus, flexão cotovelo em torno de 90 graus e pronação total do antebraço)¹, quase sempre com o antebraço apoiado sobre a cabeça ou a mão contralateral segurando o braço afetado⁵. Por muitas vezes é possível a palpação da cabeça do úmero na região axilar ou anterior do tórax³.

As causas ou mecanismos de trauma podem variar do mecanismo direto ou indireto, sendo este último mais frequente. O primeiro ocorre quando se sustenta grande carga (súbita ou não), ocorrendo ruptura dos ligamentos glenou-

1. UniEvangélica, Anápolis, Goiás, Brasil

ENDEREÇO
E-mail: ec.arbildi@gmail.com

merais inferiores e da capsula articular, sendo comum a associação com rupturas do manguito rotador e/ou fratura da grande tuberosidade do úmero^{1,3}.

Já o segundo, descrito por Freudlinch (1983)⁴, ocorre por mecanismo de hiperabdução do ombro, não sendo relacionado tanto com energia do trauma, mas sim com a posição do braço no momento do trauma. Esse movimento exacerbado impacta o terço proximal do úmero contra o acrômio, gerando uma força de alavanca que desloca o úmero para região inferior. Esse mecanismo pode levar a lesão do manguito rotador, rompimento dos ligamentos glenoumerais médio e inferior, e da margem inferior da cápsula articular¹.

O musculo peitoral maior é o responsável por manter a posição ereta do úmero. Enquanto a porção longa do tríceps impede a luxação posterior e o ligamento glenoumeral superior previne a luxação anterior. Assim, a cabeça do úmero é tracionada para região inferior pelos músculos redondo menor e grande dorsal^{1,3,4}.

O tratamento é de urgência, sendo realizada a redução fechada, em centro cirúrgico sob anestesia (bloqueio de plexo + sedação), em alguns há a dificuldade na redução diretas, sendo necessário obter primeiro a mudança de luxação inferior para luxação anterior e a partir daí utilizadas manobras clássicas para redução^{7,8}. Há casos que não acompanham complicações como as lesões ligamentares, neurovasculares e musculares, principalmente nas lesões de manguito em pacientes jovens, sendo optado por ser necessário reparo cirúrgico direto em um tempo para evitar morbidades e acelerar a recuperação do paciente⁷.

O presente artigo busca apresentar um caso distinto de luxatio erecta como forma a compilar na base de dados o relato e sua associação à prática comum de pilates em pacientes idosos, que mesmo sob supervisão, pode acarretar em acidentes e complicações sérias.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, MMT, 85 anos, deu entrada no pronto socorro de um hospital particular em novembro de 2021, trazido pelos bombeiros sem protocolo de trauma, após trauma indireto em ombros durante sessão de pilates.

Paciente refere que estava em posição pronada (decúbito ventral) em mesa de pilates, fazendo fortalecimento dos membros superiores com mola, com orientação e acompanhamento próximo de fisioterapeuta, quando a mesma escapou de ambas as mãos, resultando em trauma do tórax na mesa com membros superiores abduzidos.

Ao exame físico, se apresentava em posição clássica de braços elevados, bilateralmente, com as mãos segurando os antebraços contralaterais. Queixava dor intensa em qualquer tentativa de manipulação dos membros superiores. Na palpação sentia-se cabeça do úmero na região axilar bilateral. Não apresentava alterações neurovasculares na admissão.

Foi realizada radiografia de AP de ombro bilateral, apresentado abaixo.



Figura 1 - radiografia da admissão

Foi orientado quanto a urgência do caso, o quadro e possíveis complicações, sendo optado a redução fechada em centro cirúrgico, após aguardar o tempo solicitado pelo anestesista para o jejum, apesar da orientação da urgência do caso.

Em centro cirúrgico foi realizada manobra de tração-contratração, sendo obtida a luxação anterior e a partir dela, realizada manobra de Spaso para reduções. Controle fluoroscópico com escopia constatou redução bilateral, assim, foi aplicada imobilização em enfaixamento de Velpeau bilateral.

Abaixo os raios-x de controle após liberação do paciente da sala de Recuperação Pós-anestésica (RPA), que por protocolo do hospital, não foram realizadas em centro cirúrgico.



Figura 2 - radiografia em AP - controle pós redução, lado direito



Figura 3 - radiografia em perfil escapular - controle pós redução, lado direito



Figura 5 - radiografia em perfil escapular - controle pós redução, lado esquerdo



Figura 4 - radiografia em AP - controle pós redução, lado esquerdo

Paciente teve acompanhamento em nosso serviço por 3 meses.

No primeiro retorno com 13 dias de evolução, apresentava-se com elevação ativa de 145°, rotação externa (RE) ativa de 50° e rotação interna (RI) em lombar, cancela negativo em ombro direito, e elevação ativa de 30°, passiva 160° com crepitação, RE ativa 10° e RI em torácica baixa, cancela positivo em ombro esquerdo.

Apresentava ao raio x controle com redução glenoumeral, elevação da cabeça a esquerda e Artropatia do Manguito rotador a direita. Foi orientado fisioterapia motora e proprioceptiva, com opção pelo tratamento conservador de suas lesões, sendo solicitada ressonância para melhor avaliação.

No segundo retorno, com 3 meses após redução, relatava melhora do quadro a direita, com persistência da dor a esquerda. Em exame físico, à direita, tinha elevação ativa 155°, RE ativa 50°, RI torácico-lombar, jobe positivo com redução de força, sem dor, testes de infraespiniais (IE) positivo com redução de força, sem dor, cancela e gerber negativos. A esquerda, tinha elevação ativa 50°, passiva 160° com crepitação, RE 40°, RI toraco-lombar, jobe positivo, teste IE positivo com perda de força e dor leve, cancela e gerber negativos.

Paciente realizou infiltração com Triancil e anestésico local, sendo orientado permanecer com fisioterapia e retornar com 2 meses. Paciente não retornou e não conseguimos contato com paciente e familiares.

DISCUSSÃO DO CASO

Apresentamos o caso devido a sua peculiaridade de

ocorrência em sessão de pilates, não tendo acometimento por carga ou traumas de grande energia. Paciente com idade acima do padrão apresentado nos artigos revisados (85 anos, contra máxima de 75 anos nos demais artigos)^{2,3,4,5,6,7,9,10}. Algo que acreditamos ser devido ao fato dos pacientes terem grande aumento na expectativa de vida desde as publicações e atualizações das faixas etárias.

Entidade rara, a luxatio erecta teve aqui neste caso apresentação com quadro clínico e mecanismos de trauma clássicos, com membros elevados e trauma em hiperabdução (mecanismo indireto)^{1,2,8,9,10}. Não apresentando lesões nervosas ou vasculares, indo contra algumas apresentações citadas em artigos lidos^{5,6,7}.

Em seu tratamento, foi optada por redução incruenta em centro cirúrgico sob anestesia (bloqueio de plexo braquial) e sedação, sendo o preconizado por diversos autores^{2,3,4,7,8}.

No seguimento do paciente, apresentou melhora do quadro, com evolução em suas sessões de fisioterapia, porém, paciente provavelmente já apresentava lesão de manguito rotador (MR), devido artropatia do manguito rotador, que dificilmente teria se estabelecido em tão pouco tempo de lesão.

Alinhado com a literatura^{2,3,4,6,8,9,10}, o paciente não teve grande redução da sua amplitude de movimento do ombro, perda de sensibilidade ou grandes alterações de força. Paciente não apresentou queixas novas durante o período do acompanhamento, sem alterações vasculares ou de pele associadas.

Infelizmente, não tivemos seguimento por tempo suficiente para determinar melhora substancial no quadro do paciente, que tinha grandes alterações no exame físico, maior a esquerda, algo que dificultou a comparação com a literatura.

CONCLUSÃO

De apresentação rara, salientamos a importância do artigo pelo mecanismo de trauma em paciente idoso, sendo necessária o melhor acompanhamento e seguimento do paciente, principalmente em sessões de pilates, que aparentam ser simples, porém, podendo ter complicações severas como a do caso citado.

Acreditamos na máxima “somente cumprimos aqueles que conhecemos”, salientamos a necessidade do relato para melhor apreciação e conhecimento da comunidade ortopédica acerca do quadro e mecanismo de trauma inusitado, de forma a melhorar o reconhecimento do quadro e manejo.

Esperamos que o artigo sirva também à base de dados, relativamente escassa, da patologia e de suas apresentações, contribuindo para futuros estudos e divulgações da patologia.

REFERÊNCIAS

1. ROCKWOOD, C.A.; WIRTH, M.A. Subluxations and dislocations about the glenohumeral joint. In: Rockwood, C.A.; GREEN, D.P. Fractures in Adults. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1193-1339, 1996.
2. ACOSTA, C.A.X.; RESCH, E.S.; RODRIGUES, R. Luxatio erecta bilateral: um relato de caso. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 47, n. 1, p. 130-132, 2012.
3. DAVIDS, J.R.; TALBOTT, R.D. Luxatio erecta humeri. A case report. Clinical Orthopaedics and Related Research, v. 8, n. 1, p. 41-48, 1990.
4. FREUNDLICH, B.D. Luxatio erecta. The Journal of Trauma, v. 23, n. 5, p. 434-436, 1983
5. MUSMECI, E.; GASPARI, D.; SANDRI, A.; REGIS, D.; BARTOLOZZI, P. Bilateral luxatio erecta humeri associated with a unilateral brachial plexus and bilateral rotator cuff Acta Biomedica Brasiliensia (2019) 10: 67-70 <https://doi.org/10.18571/acbm.210> ISSN: 2236-0867 injuries: a case report. Journal of Orthopaedic Trauma, v. 22, n. 7, p. 498-500, 2008.
6. YANTURALI, S.; AKSAY E.; HOLLIMAN, C.J.; DUMAN, O.; OZEN, Y.K. Luxatio erecta: clinical presentation and management in the emergency department. Journal Emergency Medical, v. 29, n. 1, p. 85-89, 2005
7. FERY, A.; SOMMELET, J. Erect dislocation of the shoulder. General review of 10 cases. International Orthopaedics, v. 11, n. 2, p. 95-103, 1987.
8. SHANE, J.N.; DODSON, C.C.; BARDZIK, K.F.; BROPHY, R.H.; DOMB, B.G.; MACGILLIVRAY, J.D. The two-step maneuver for closed reduction of inferior glenohumeral dislocation (luxatio erecta to anterior dislocation to reduction). Journal of Orthopedic Trauma, vol. 20, n. 5, p. 354-357, 2006.
9. KARAOGLU S.; GUNAY A.; ÖZTÜRK M.; KEKEC Z. Bilateral luxatio erecta humeri. Archives Orthopaedic Trauma Surgery, v. 123, n. 6, p.308-310, 2003.
10. PEREIRA G.A.; FREITAS R.W.; OLIVEIRA G.K.; OLIVEIRA R.K.; SANCHIS F.G. "Luxatio erecta" do ombro: relato de dois casos clínicos. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 31, n. 10, p. 867-869, 1996.