

Reparação Artroscópica de Rotura do Tendão Supra Espinhal

Arthroscopic Repair of Supraspinous Tendon Rupture

António Cartucho^{1*}

1. Coordenador da Unidade de Ombro e Cotovelo do Hospital Cuf Descobertas, Lisboa, Portugal

<https://doi.org/>

RESUMO

Neste vídeo o autor pretende apresentar a sua técnica de reparação artroscópica, em ponte, de uma rotura do supra espinhal.

O doente é posicionado em “cadeira de praia”. Inicia-se a artroscopia por porta posterior cerca de 2 CM abaixo e para dentro do ângulo postero externo do acrómio. Após a inspeção intra articular sistematizada e uma vez observada a face articular da rotura faz-se tenotomia da longa porção do bicipite, por porta externa passando a tesoura pela rotura. Ainda com visão intra articular é desbridada a rotura e preparado o troquiter.

Passando ao espaço sub acromial pela mesma porta posterior e após bursectomia faz-se mobilização da rotura com visualização pela porta externa e usando as portas antero superior e posterior. Uma vez determinada a dimensão, geometria e redutibilidade da rotura procede-se á sua reparação, em ponte, com sistema sem nós mediais e utilizando fitas cruzadas sobre o tendão e 4 ancoras, duas mais mediais e duas mais externas

A terminar verifica-se a qualidade da reparação na bursal e na face articular.

Palavras-chave: Artroscopia; Lesões da Coifa dos Rotadores; Lesões do Tendão; Procedimentos Ortopédicos

ABSTRACT

In this video, the author presents his technique for arthroscopic repair of a ruptured supraspinatus.

The patient is positioned in a “beach chair”. Arthroscopy begins through a posterior port about 2 cm below and into the posterior external angle of the acromion. After systematized intra-articular inspection and once the articular surface of the rupture has been observed, tenotomy of the long portion of the biceps is performed through the external port, passing the scissors through the rupture. Still with an intra-articular view, the rupture is debrided and the trochanter prepared.

Moving on to the subacromial space through the same posterior port and after bursectomy, the rupture is mobilized with visualization through the external port and using the superior and posterior anteroposterior ports. Once the size, geometry and reducibility of the rupture have been determined, a bridge repair is carried out, with a system without medial knots and using tapes bunched over the tendon and 4 anchors, two more medial and two more external.

Finally, the quality of the repair is checked on the bursal and articular surfaces.

Autor Correspondente/Corresponding Author: António Cartucho [a.cartucho@netcabo.pt] Hospital Cuf Descobertas, R. Mário Botas S/N, 1998-018 Lisboa, Portugal

Recebido/Received: - **Aceite/Accepted:** 2023/12/27 **Publicado online/Published online:** 2024/01/03 **Publicado / Published:** -

© Author(s) [or their employer(s)] 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. Published by Orthopedic SPOT.

© Autor (es) [ou seu (s) empregador (es)] 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial. Publicado por Orthopedic SPOT.

Keywords: Arthroscopy; Orthopedic Procedures; Rotator Cuff Injuries; Tendon Injuries

VÍDEO: <https://orthopaedicspot.com/index.php/journal/article/view/30/7>

MENSAGENS-CHAVE

A rotura da coifa dos rotadores é a entidade mais frequente em patologia do ombro, com uma incidência de 22% na população sendo mais frequentes no género masculino entre os 50 e os 60 anos e mais frequente no género feminino entre os 70 e os 80 anos. Cerca de 34,7% das roturas da coifa são sintomáticas e 65,3% são assintomáticas. A prevalência de roturas sintomáticas é maior acima da sexta década da vida.¹

O tratamento conservador das roturas da coifa embora leve a uma melhoria objetiva e subjetiva, tem resultados inferiores ao tratamento cirúrgico sobretudo nas roturas traumáticas.²

O planeamento do tratamento cirúrgico das roturas da coifa deve ter em conta a idade biológica do doente e suas expectativas, a qualidade e retração dos tendões envolvidos, a atrofia muscular e degenerescência gorda. Já, durante a cirurgia, a geometria da rotura, sua redutibilidade, qualidade do tendão e do leito do troquiter determinam a escolha da técnica a utilizar.³

Durante a cirurgia a inspeção intra articular deve ser sistematizada de forma a fazer um diagnóstico correto. O desbridamento da rotura deve começar com visão articular através de uma porta externa que passa através do espaço sub acromial. Se necessário, nesta fase pode ser tomada uma ação na longa porção do bicipite (LPB) [tenodese, tenotomia]. No entanto em roturas grandes, ultimamente, só tomamos essa decisão depois de observar a rotura no espaço sub acromial através da porta externa e depois de desbridamento da bursa. Isto porque poderemos decidir utilizar a LPB como reforço da reparação.

Sob visão pela porta externa e depois de aferir a geometria da rotura e a sua redutibilidade procedemos á sua reparação, neste caso em ponte com fitas e sem nós na fileira medial. Durante este processo um assistente controla a camera e o cirurgião utiliza a porta posterior; porta antero superior e alguma porta acessória para passar as fitas das ancoras mediais pelo tendão. Desta forma é possível ter a rotura reduzida e passar as fitas no local certo para permitir uma fixação *in situ*. São ainda utilizadas portas acessórias para colocação no troquiter das ancoras mediais na posição e angulo corretos.

As ancoras mais externas são colocadas, sob visão pela porta posterior, na face lateral do troquiter utilizando uma cânula, para evitar problemas entre as fitas e os tecidos

moles. Deve ser colocada primeiro a ancora que mais contribui para a redução da rotura.

No final verifica-se a qualidade da reparação na face bursal e na face articular.^{4,5}

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

Referências

1. Minagawa H, Yamamoto N, Abe H, Fukuda M, Seki N, Kikuchi K, et al. Prevalence of symptomatic and asymptomatic rotator cuff tears in the general population: From mass-screening in one village. *J Orthop*. 2013;10:8-12. doi: 10.1016/j.jor.2013.01.008.
2. Ramme AJ, Robbins CB, Patel KA, Carpenter JE, Bedi A, Gagnier JJ, et al. Surgical versus nonsurgical management of rotator cuff tears: a matched-pair Analysis. *J Bone Joint Surg Am*. 2019;101:1775-82. doi: 10.2106/JBJS.18.01473.
3. Cartucho A. Massive and Irreparable rotator cuff tears. In: Gomes NS, Martetschlager F, Milano G, Kovacic L, editors. Failed rotator cuff repair: Decision making algorithm. Berlin: Springer;2020. p. 297-306.
4. Cartucho A. Arthroscopy. In: Randelli P, Dejour D, van Dijk CN, Denti M, Seil R, editors. Massive Cuff Tears. 1st ed. Berlin: Springer; 2016. p. 597-608.
5. Snyder S, Karzel R, Getelman M, Burns J, Bahk M, Auerbach D, et al, editors. Shoulder Arthroscopy. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.