

ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

Etiologia e Classificação

Lesões da articulação acromioclavicular são usualmente o resultado de uma força aplicada sobre o acrômio em direção para baixo. O mecanismo de lesão mais comum é uma queda diretamente sobre a cúpula do ombro. A clavícula se dirige contra a primeira costela, e a costela bloqueia qualquer outro deslocamento caudal da clavícula. Em decorrência disto, se a clavícula não sofrer fratura, os ligamentos acromioclavicular e coracoclaviculares sofrem ruptura. As lesões a outras estruturas nesta área podem ser: dilacerações nas inserções claviculares dos músculos deltóide e trapézio (Fig. 29-7); fraturas do acrômio, clavícula, e coracóide; disrupção da fibrocartilagem acromioclavicular; e fraturas da cartilagem articular da articulação acromioclavicular.

A gravidade de qualquer deslocamento superior ou posterior da clavícula é determinada pela gravidade da lesão aos ligamentos acromioclavicular e coracoclaviculares, cápsula da articulação acromioclavicular, e músculos trapézio e deltóide. Em disseções em cadáveres, Rosenorn e Pedersen verificaram que, se o ligamento acromioclavicular, cápsula articular, e estes músculos fossem seccionados, o deslocamento proximal da clavícula oscilava entre 0,5 e 1 cm. Mais importante ainda, ocorria uma considerável instabilidade ântero-posterior quando o ligamento acromioclavicular e a cápsula articular eram seccionados. Se, além destas estruturas, os ligamentos coracoclaviculares eram também seccionados, o deslocamento clavicular superior oscilava de 1,5 a 2,5 cm. Horn notou uma associação clínica dos dilaceramentos ou avulsões dos músculos deltóide e trapézio, com rupturas dos ligamentos acromioclavicular e coracoclaviculares.

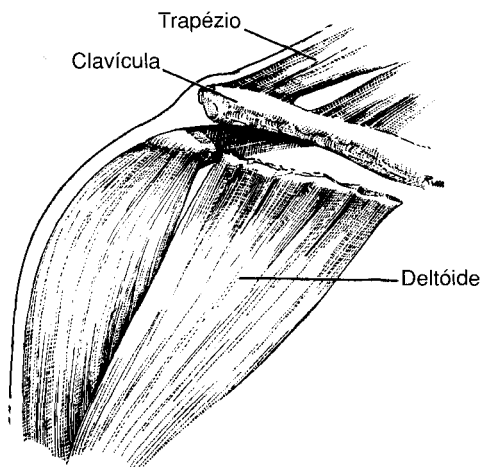


Fig. 29-7 Luxação da clavícula frequentemente causa dilacerações nas inserções claviculares dos músculos deltóide e trapézio. (Redesenhado de Copeland S e Kessel L: *Injury* 11:208, 1980.)

Em 1963 Sage e Salvatore propuseram uma classificação das lesões da articulação acromioclavicular que dependia da gravidade da lesão às respectivas estruturas. Conquanto muitos cirurgiões ainda usem três graus de gravidade da separação, Rockwood e outros subclassificaram estas lesões em tipos I a VI (Fig. 8). As lesões do tipo I resultam de entorses da cápsula articular e ligamento acromioclavicular. A articulação acromioclavicular está estável, e a dor é mínima. Embora as radiografias possam inicialmente ser negativas, mais tarde pode ser aparente uma calcificação periostal ao nível da extremidade distal da clavícula. As lesões do tipo I são as mesmas do grau I. As lesões do tipo II, ou do grau II, são causadas por forças mais significativas, e a cápsula articular e ligamento acromioclavicular sofrem ruptura. Os ligamentos coracoclaviculares permanecem intactos. Neste caso, a articulação acromioclavicular fica instável. Esta instabilidade, especialmente no plano ântero-posterior, provoca deformidade, e nas radiografias a extremidade lateral da clavícula pode estar acavalgada numa posição mais elevada que o acrômio, usualmente em menos que a espessura da clavícula, mesmo quando esteja sendo aplicada tensão à articulação. Estão presentes dores e sensibilidade consideráveis sobre a articulação acromioclavicular, mas há necessidade de radiografias sob estresse para a avaliação do grau de instabilidade presente, em seguida a estas lesões. Lesões que resultam de uma força suficiente para a ruptura tanto do ligamento acromioclavicular quanto dos ligamentos coracoclaviculares são conhecidas como lesões de grau III. Rockwood subclassificou estas lesões nos tipos III, IV V, e VI. As lesões do tipo III consistem na disrupção dos ligamentos acromioclavicular e coracoclaviculares, e da inserção clavicular distal do músculo deltóide. A clavícula distal encontra-se acima do acrômio, pelo menos em uma espessura da clavícula. Tradicionalmente esta elevação da clavícula tem sido atribuída à tração do músculo trapézio; contudo, Rockwood acredita que a escápula, inclusive a articulação glenoumeral, está deprimida, e não que a clavícula está elevada, indo criar a lacuna entre a clavícula o acrômio. Nas lesões do tipo IV as mesmas estruturas sofreram disrupção, como nas lesões do grau III. A clavícula distal está deslocada posteriormente, junto ou penetrando o músculo trapézio. Nas lesões do tipo V, as inserções distais do deltóide e trapézio à clavícula estão ambas descoladas da metade distal da clavícula. A articulação acromioclavicular está deslocada em 100 a 300%, estando presente uma visível separação entre a clavícula e o acrômio. As lesões do tipo VI são raras, sendo causadas por uma extrema abdução, que dilacera os ligamentos acromioclavicular e coracoclaviculares. A clavícula distal fica deslocada sob o coracóide, e por detrás dos tendões conjuntos. Esta lesão foi descrita por Patterson, McPhee, e Gerber e Rockwood.

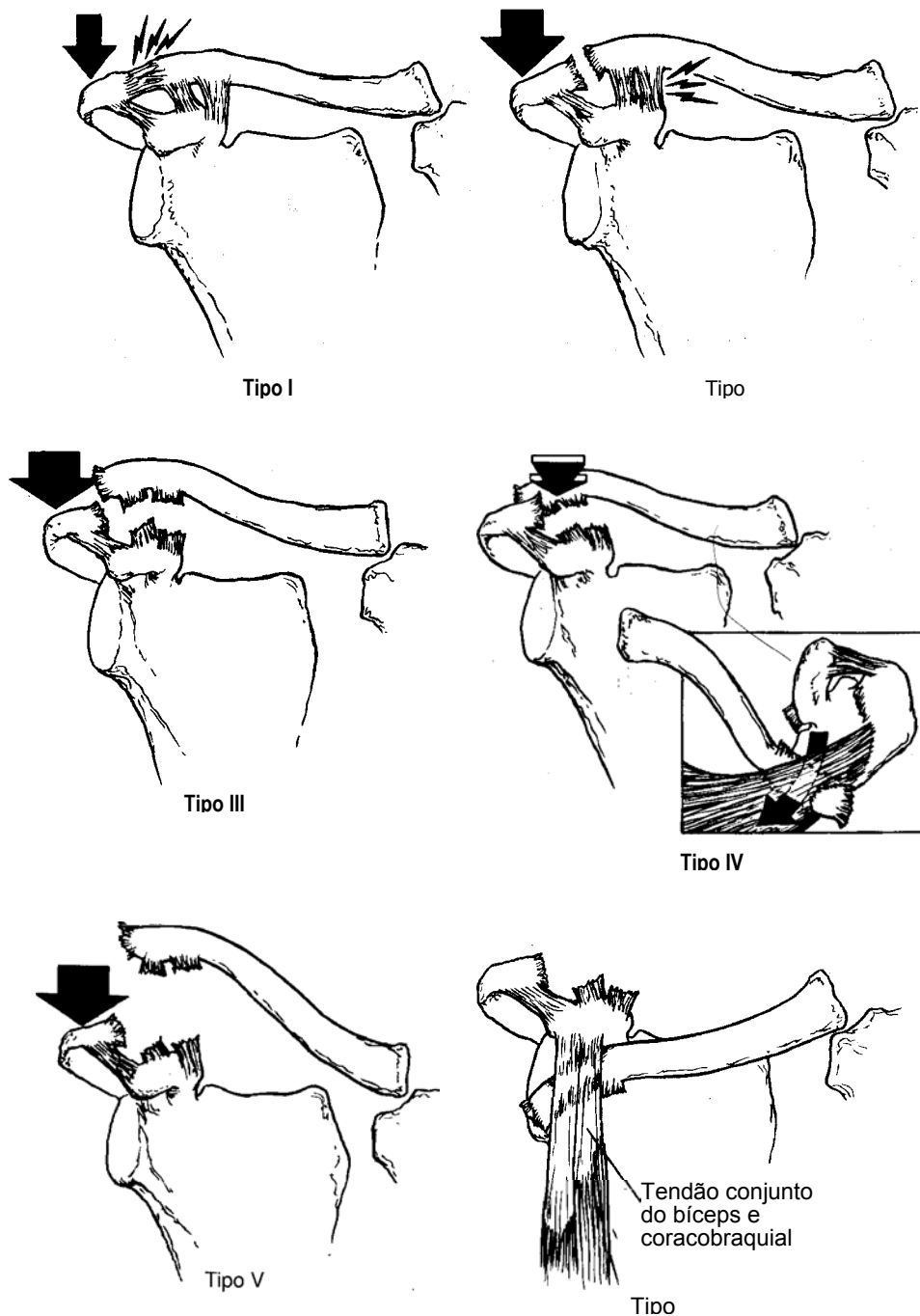


Fig. 29-8 Classificação das lesões acromioclaviculares. Tipo I: nem o ligamento acromioclavicular, nem os ligamentos coracoclaviculares sofreram ruptura. Tipo II: o ligamento acromioclavicular sofreu ruptura, e os ligamentos coracoclaviculares estão intactos. Tipo III: ambos os ligamentos sofreram ruptura. Tipo IV: os ligamentos sofreram ruptura, e a extremidade distal da clavícula está deslocada posteriormente até o (ou através do) músculo trapézio. Tipo V: os ligamentos e inserções musculares sofreram ruptura, e a clavícula e o acrômio estão amplamente separados. Tipo VI: os ligamentos sofreram ruptura, e a clavícula distal está luxada, inferiormente ao processo coracóide e posteriormente aos tendões do bíceps e do coracobraquial. (Redesenhado de Rockwood CA Jr: Subluxations and dislocations about the shoulder. In Rockwood CA Jr e Green DP, editores: Fractures in adults, 2ª ed., Philadelphia, 1984, JB Lippincott Co.)