

Um Caso de Luxação Esternoclavicular em Praticante de Jiu Jitsu

Dra. Catarina Neto Pereira¹, Dr. Fábio Sousa¹, Dr. João Castro¹, Dra. Mafalda Lopes², Dr. Fernando Amaral²

¹Interno de formação específica; ²Assistente Hospitalar; ³Assistente Hospitalar Graduado. Serviço de Ortopedia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Amadora.

RESUMO / ABSTRACT

As lesões na articulação esternoclavicular são raras, podendo ameaçar a vida quando incorretamente diagnosticadas. A luxação posterior desta articulação associa-se a múltiplas complicações, como lesões na traqueia ou trauma de grandes vasos. O diagnóstico radiográfico é difícil. O tratamento da luxação posterior desta articulação pode ser conservador ou cirúrgico. Neste caso clínico pretende-se descrever o caso de uma luxação posterior da articulação esternoclavicular em praticante de Jiu Jitsu e ilustrar questões associadas ao seu diagnóstico e tratamento.

Injury to the sternoclavicular joint is uncommon but may be life-threatening if the diagnosis is missed. Posterior sternoclavicular joint dislocation is associated with multiple complications like tracheal tear or trauma to the great vessels. Diagnosis by conventional radiography is difficult. Treatment of posterior sternoclavicular joint dislocation can be either conservative or surgical. The purpose of this case report is to describe a posterior sternoclavicular joint dislocation in a Jiu Jitsu fighter and to illustrate the issues associated with its diagnosis and treatment.

PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Luxação esternoclavicular, redução articular, Jiu Jitsu
Sternoclavicular dislocation, joint reduction, Jiu Jitsu

Introdução

Primeiramente descrita por Sir Astley Cooper em 1824, a luxação posterior da articulação esternoclavicular (Figura 1) é rara e corresponde a menos de 1% de todas as luxações.^{1,2} Esta lesão pode ser provocada por trauma direto ou, sobretudo, por trauma indireto através de forças aplicadas na região pósterolateral do ombro.³ Esta lesão ocorre mais frequentemente no contexto de acidentes de viação, mas estão descritos casos ocorridos na prática de desportos de impacto, como o rãguebi.⁴ Devido à sua localização próxima do mediastino, a luxação posterior desta articulação está associada a múltiplas complicações, incluindo compromisso respiratório, lesão vascular, compressão do esófago, plexopatia braquial e até morte.⁵

Clinicamente os doentes apresentam-se com dor significativa, potencialmente associada a congestão venosa, dispneia e disfagia. O bordo medial da clavícula encontra-se luxado posteriormente, sendo

que o contorno do esterno é exposto à palpação. São necessários exames complementares para estabelecer o diagnóstico, uma vez que a clínica é muitas vezes equivocada.⁶ A tomografia computadorizada (TC) é o exame de eleição para este diagnóstico, uma vez que a radiografia convencional tem baixa sensibilidade.^{6,7} O tratamento pode ser conservador (redução fechada) ou cirúrgico (redução aberta com ou sem reconstrução cirúrgica da articulação esternoclavicular).^{3,4}

O objetivo deste artigo é descrever um caso de luxação posterior da

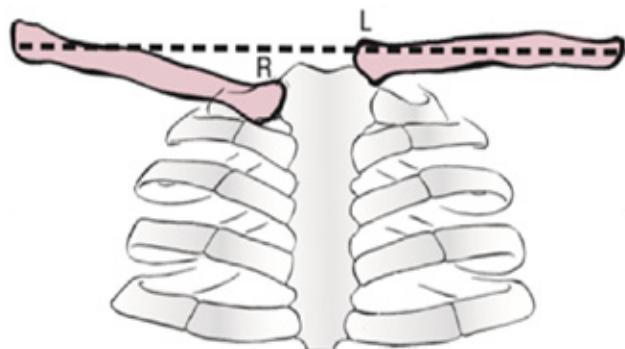


Figura 1 – Luxação posterior da articulação esternoclavicular direita (R)³

articulação esternoclavicular em praticante de Jiu Jitsu e ilustrar as questões relacionadas com o diagnóstico, tratamento e o recomeço da atividade desportiva do praticante.

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 24 anos de idade, admitido no Serviço de Urgência após trauma direto na região anterior do tórax durante treino de Jiu jitsu. À chegada apresentava-se consciente e orientado (Score de Glasgow 15), hemodinamicamente estável, com via aérea patente e dor localizada na área esternoclavicular direita.

Ao exame clínico apresentava postura de pronação da escápula direita e hematoma na região esternoclavicular direita, com óbvia deformidade local (Figura 2). A função motora e a sensibilidade dos nervos mediano, cubital, musculocutâneo, radial e axilar estava intacta, apresentando o pulso radial simétrico. Não tinha dispneia ou dificuldade da deglutição.

As radiografias convencionais não mostravam lesão óbvia, mas a TAC (Figura 3) confirmou luxação posterior da articulação esternoclavicular, com compressão do mediastino superior.

Devido à proximidade com estruturas mediastínicas e à possibilidade da existência de complicações graves associadas, estas luxações devem ser reduzidas o mais precocemente possível. A manobra usada consistiu na abdução/tração: doente em decúbito dorsal com uma almofada entre os ombros, tração gradual aplicada no membro abduzido, com progressão lenta para a extensão (Figura 4).^{3,8}

Uma vez que a manobra de redução fechada não foi bem sucedida, o doente foi intervenido cirurgicamente. A articulação esternoclavicular foi isolada e reduzida por via aberta. A articulação apresentava-se com tendência a reluxar para posterior, tendo sido fixada

com suturas transósseas com 2-gause polydioxanone suture (PDS) (Figura 5), e foram reconstruídos os ligamentos esternoclaviculares, a cápsula e o ligamento costoclavicular romboide. Intra-operatoriamente constatou-se a boa redução e a estabilidade articular.

A radiografia pós-operatória mostrou restauração da normal anatomia da cintura escapular e foi excluído o pneumotórax. Durante três semanas o doente manteve suspensão braquial, aplicou gelo localmente e esteve medicado com um anti-inflamatório não esteroide. Aos seis meses de seguimento o doente já tinha retomado as suas atividades sem restrição, incluindo a prática de Jiu jitsu, e não apresentava deformidade visível da esternoclavicular.

Discussão

A raridade desta lesão combinada com possíveis achados clínicos, por vezes subtis, fazem com que o diagnóstico da luxação esternoclavicular seja por vezes difícil.⁴⁻⁶ As consequências desta lesão podem ser devastadoras devido à compressão das estruturas do mediastino.

Se a redução fechada estável não for conseguida, a redução aberta e a fixação estão indicadas. São descritas várias técnicas de fixação desta articulação.^{3,9} A ressecção da região medial da clavícula apresenta maus resultados com limitação da mobilidade do ombro e diminuição da força. O uso de pregos de Steinmann ou fios de Kirschner a cruzar

a articulação esternoclavicular estão contraindicados devido ao risco de migração para estruturas vitais. Estão descritos ainda outros procedimentos, como a fixação da articulação com enxerto de tendão em figura de oito ou o uso de banda de tensão com cabo de metal e sutura com ancoras, entre outras técnicas.^{9,10}

A redução aberta está ainda recomendada em casos de instabilidade articular crónica.^{11,12} Alguns autores reportaram a persistência de instabilidade após redução fechada precoce, especificamente em atletas com esqueleto imaturo onde as placas fisárias estavam desviadas posteriormente ou fraturadas.¹¹ Após redução fechada ou aberta e estabilização da articulação acrómio-clavicular é necessário um período de imobilização que varia entre três a oito semanas, dependendo da técnica utilizada e da estabilidade obtida após redução.^{11,13}

Os resultados descritos na literatura no tratamento desta luxação são favoráveis, tal como Groh descreveu na sua série de *follow-up* de 5 anos de 21 doentes, resultados bons a excelentes em classificações de dor, força e mobilidade, assim como na capacidade para realizar as atividades diárias e atividade desportiva.⁸ Embora estejam descritos bons resultados na literatura, existe pouca evidência em relação aos resultados funcionais a longo termo. Laffosse et al. analisaram os resultados de 30 casos (23 jogadores de rãguebi e sete de desportos de não-contacto). Dos 23 jogadores de rãguebi, sete decidiram alterar a atividade desportiva para desportos de menor contacto e apenas um reportou que a sua atividade foi totalmente restritiva devido a esta lesão. Os restantes jogadores retomaram a sua atividade habitual. Não foram reportadas recidivas de



Figura 2 – Evidência de assimetria da clavícula e articulação esternoclavicular.

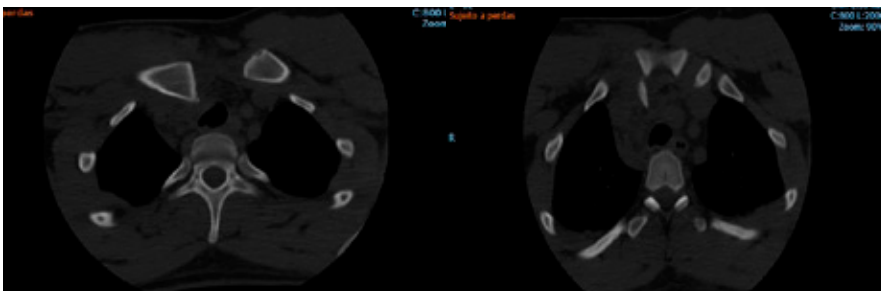


Figura 3 – Imagens de tomografia computadorizada expõem a presença de luxação posterior esternoclavicular direita, para o mediastino superior. Edema/hematoma de partes moles envolvente.

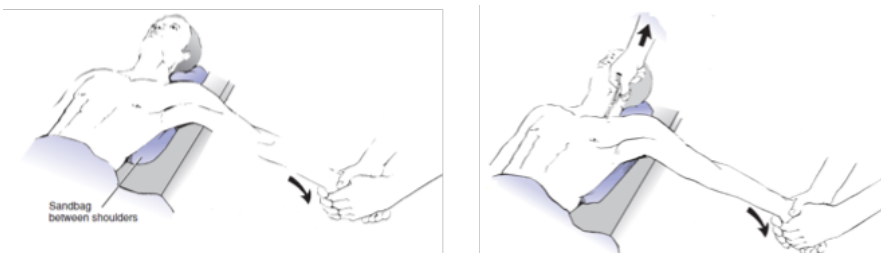


Figura 4 – Técnica redução fechada – doente em decúbito dorsal com uma almofada entre os ombros, tração gradual aplicada no membro abduzido, com progressão lenta para a extensão. Por vezes é necessário usar um dispositivo para trazer a clavícula de volta para a sua posição.³

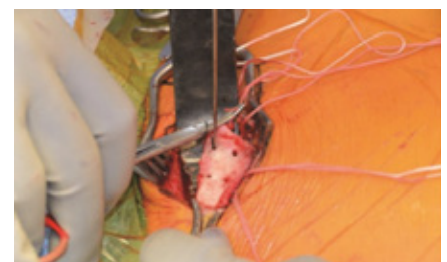


Figura 5 – Técnica de sutura transóssea com PDS para fixação da articulação esternoclavicular.³

luxação esternoclavicular posterior nestes casos. Laffosse et al. concluíram que se uma redução satisfatória e estável for obtida, as atividades ocupacionais e desportivas podem ser retomadas.¹² Devido a raridade desta lesão não está estabelecido um consenso em relação ao programa de reabilitação e retorno desportivo em atletas que participam em atividades de contacto.¹¹

A luxação posterior da articulação esternoclavicular, devido à sua localização crítica, pode levar a lesões vasculares, neurológicas, da via aérea e do esôfago. Uma atenção cuidadosa no diagnóstico inicial é muito importante para o sucesso do tratamento, devendo esta lesão estar presente no diagnóstico diferencial em desportos de contacto, uma vez que é necessário um elevado nível de suspeição para o seu diagnóstico. O tratamento cirúrgico é tecnicamente exigente. O cirurgião deve estar familiarizado com a anatomia complexa e, idealmente, estes procedimentos devem ser realizados em centros com cirurgia cardiotorácica disponível.

Declaração

Os autores declaram ausência de conflito de interesses, assim como declaram a originalidade do texto e a não publicação prévia.

Correspondência

Catarina Neto Pereira
Serviço de Ortopedia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. IC 19, 2720-276 Amadora
Telemóvel: 00351 917474609; e-mail: catarina.netopereira@hotmail.com

Bibliografia

1. Cooper A. *A Treatise on Dislocations and on Fractures of the Joints*. 3ª Edição, Longman 1824, p.559.
2. Rajaratnam S, Kerins M, Aphorpe L. *Posterior Dislocation of the Sternoclavicular Joint: A Case Report and Review of the Clinical Anatomy of the Region*. *Clinical Anatomy* 2002; 15:108-111.
3. Court-Brown C, Heckman J, McQueen M. *Rockwood and Green's Fractures in Adults: Chapter 42 Injuries to the Sternoclavicular Joint*. 8ª Edição, 2015; p.1607-1644.
4. Yang J, Bogunovic L, Brophy R, Wright R, Scott R, Matava M. *A Case of Posterior Sternoclavicular Dislocation in a Professional American Football Player*. *Sports Health* 2015; 7(4):318-325.
5. Hoekzema N, Torchia M, Adkins M, Cassivi S. *Posterior sternoclavicular joint dislocation*. *Can J Surg*. 2008; 51(1):E19-E20.
6. Stahel P, Barlow B, Tepolt F, Magan K, Mau-

- ffrey C. *Safe surgical technique: reconstruction of the sternoclavicular joint for posttraumatic arthritis after posterior sternoclavicular dislocation*. *Patient Safety in Surgery* 2013; 7:38.
7. Doss A, Lang IM, Roberts I, Bell MJ, Smith TW. *Posterior sternoclavicular joint dislocation in children – role of spiral computer tomography*. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21:325-326.
 8. Groh GI, Wirth MA, Rockwood CA Jr. *Treatment of traumatic posterior sternoclavicular dislocation*. *J Shoulder Elbow Surg* 2011; 20:20.
 9. Janson J, Rossouw G. *New Technique for sternoclavicular joint repair*. *Ann Thorac Surg* 2013; 95:e53-5.
 10. Morell D, Thyagarajan D. *Sternoclavicular joint dislocation and its management: A review of the literature*. *World J Orthop* 2016; 7(4):244-250.
 11. Cruz M, Erdeljac J, Williams R, et al. *Posterior sternoclavicular joint dislocation in a division I football player: a case report*. *Int J Sports Phys Ther* 2015; 10(5):700-711.
 12. Laffosse J, Espie A, Bonneville N, et al. *Posterior dislocation of the sternoclavicular joint and epiphyseal disruption of the medial clavicle with posterior displacement in sports participants*. *J Bone Joint Surg* 2010; 92-B:103-9.
 13. Groh G, Wirth M. *Management of traumatic sternoclavicular joint injuries*. *J Am Acad Orthop Surg* 2011; 19:1-7.

Jujutsu ou **Jiu-jitsu** significa arte suave ou técnica suave (jū, que quer dizer suave, macio, flexível, adaptável; jutsu, técnica, arte ou ofício.). A história do jiu jitsu remete à Índia. Acredita-se que essa técnica teria sido criada por monges budistas, que buscavam um método de defesa pessoal, e depois a sua prática e ensinamentos passaram pela China até atingir o Japão, local onde a técnica foi popularizada. Esta prática privilegia o equilíbrio e o sistema de alavancas do corpo humano em detrimento do uso da força e das armas. O emprego da própria força é um postulado basilar desta arte marcial e, quando possível, da força do adversário, em alavancas, o que possibilita ao praticante, mesmo com condição física inferior à do adversário, conseguir vencê-lo.

