

Ruptura do bíceps distal

Ruptura do tendão distal do bíceps no cotovelo.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A ruptura do bíceps distal acontece num único instante, e não ao longo de meses. Geralmente resulta de uma força súbita e inesperada que estica um braço dobrado a 90 graus, como ao segurar algo pesado que está caindo ou ao segurar algo com força enquanto o braço é puxado e esticado. Muitas pessoas sentem ou ouvem um estalo na parte da frente do cotovelo no momento da lesão. Normalmente, o tendão se desprende do seu ponto de fixação em um dos ossos do antebraço. Você pode notar que o formato do músculo muda, porque ele se retrai para cima no braço e se acumula perto do meio do braço.

Logo de início, a parte da frente do cotovelo tende a ficar dolorida e inchada. O hematoma é comum e pode aparecer ao redor do cotovelo e do antebraço ao longo dos próximos um ou dois dias. Dobrar e girar o braço dói, por isso você pode perceber que está evitando levantar a chaleira, girar uma maçaneta ou segurar o volante com firmeza. Virar a palma da mão para cima contra resistência, como ao usar uma chave de fenda, costuma ser o movimento mais difícil. Algumas pessoas ainda conseguem dobrar o cotovelo, porque outros músculos ajudam nesse movimento, o que pode fazer a lesão parecer menos grave do que realmente é.

Nos primeiros dias e semanas, a dor costuma piorar com o movimento e pode incomodar à noite. Ela melhora aos poucos, à medida que o corpo começa a cicatrizar ao redor do tendão rompido. O inchaço e o hematoma diminuem ao longo de algumas semanas, mas a perda de força não se recupera sozinha, porque o tendão se desprende do osso e não consegue se fixar novamente por conta própria no lugar certo.

Alguns sinais de alerta exigem ação rápida. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a mão ou os dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento da mão após a lesão. Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista se a dor não estiver melhorando, estiver piorando ao longo de semanas ou acordar você à noite.

O que realmente acontece

O músculo bíceps percorre a parte da frente do braço e, pouco antes do cotovelo, transforma-se em um cordão resistente, o tendão. Esse tendão se fixa em uma pequena protuberância de um dos ossos do antebraço, o rádio. A função dele é girar o antebraço para que a palma da mão fique voltada para cima e ajudar a dobrar o cotovelo.

Quando o tendão se rompe, ele se desprende dessa protuberância do osso e se retrai para cima no braço. O músculo continua saudável, mas não está mais conectado ao osso que movimenta, por isso a sua força de tração não produz nenhum movimento. Virar a palma da mão para cima é o movimento mais prejudicado, porque nenhum outro músculo consegue assumir essa função. A capacidade de dobrar o cotovelo geralmente se recupera melhor, porque um segundo músculo, situado sob o bíceps, ajuda nesse movimento.

Pense em uma corda presa a um guincho. Se a corda se solta do tambor, o motor do guincho continua funcionando, mas nada gira. A corda não volta sozinha para se amarrar de novo. Ela precisa ser fixada novamente.

Se nada for feito, a extremidade rompida não volta a se unir ao osso no lugar certo. Em vez disso, o espaço é preenchido por tecido cicatricial, que mantém as estruturas unidas, mas não restaura a força. A cirurgia fixa novamente a extremidade do tendão no seu ponto de fixação original, para que a conexão possa cicatrizar de forma sólida outra vez.

A ruptura geralmente acontece no braço dominante de homens entre os quarenta e os sessenta anos, na maioria das vezes durante um único esforço pesado com o braço dobrado e a palma da mão voltada para cima, como ao levantar pesos. O tendão quase sempre se arranca por completo do osso, em vez de se partir ao longo do seu comprimento, embora também possam ocorrer rupturas parciais, em que parte do tendão permanece fixada.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, adapta o tratamento à sua lesão específica. Algumas rupturas do bíceps distal podem ser tratadas sem cirurgia, enquanto outras precisam de cirurgia logo após a lesão, por isso uma avaliação rápida é importante. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na clínica, colhemos seu histórico clínico, examinamos os dois cotovelos e solicitamos exames de imagem quando eles ajudam. A radiografia costuma ser o primeiro exame, e a ressonância magnética pode confirmar se o tendão está rompido e qual é a gravidade da ruptura.

A cirurgia é recomendada desde o início em caso de ruptura completa, quando o tendão se soltou totalmente do osso. Geralmente é a escolha certa para pessoas cujo trabalho ou esporte exige girar o antebraço com força, como trabalhadores braçais e atletas. A operação fixa novamente o tendão no seu ponto de fixação original, para que a força e a função possam voltar. A reparação com fixação por um pequeno botão restaura força e função quase normais, e a cirurgia tem uma baixa taxa de complicações graves. A maioria dos problemas menores após a reparação são áreas de dormência que melhoram com o tempo. A reparação funciona melhor logo após a lesão, idealmente em até cerca de 3 semanas, porque o tendão se retrai para cima no braço e o espaço de onde ele saiu

é preenchido por cicatriz. A reparação tardia às vezes é possível, mas é muito mais difícil e pode exigir um enxerto de tendão para restaurar o comprimento.

Em caso de ruptura parcial, quando parte do tendão ainda está fixada, o tratamento não cirúrgico às vezes é uma escolha razoável. Ele envolve deixar o braço em repouso numa tipoia ou tala, proteger a ruptura enquanto ela cicatriza e retomar os movimentos em etapas com a sua terapeuta da mão. Esse caminho abre mão de um pouco de força para evitar a cirurgia, e essa troca é uma decisão realmente compartilhada entre você e nós. Se a fraqueza para virar a palma da mão para cima não for aceitável para o seu trabalho ou para o seu dia a dia, a cirurgia pode ser mais adequada para você.

Seja qual for o caminho escolhido, as primeiras semanas seguem os mesmos princípios básicos: controle da dor, proteção do braço enquanto ele cicatriza e terapia da mão no momento certo. Após a cirurgia, a sua terapeuta da mão conduz a sua recuperação e confecciona qualquer tala de que você precise; a reabilitação com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation, começa logo após a operação, e movimentos suaves desde cedo são bem tolerados.

O que esperar

A recuperação após uma ruptura do bíceps distal é um processo lento e gradual, não uma solução rápida. O tendão precisa de tempo para se unir novamente ao osso, e a força volta aos poucos, ao longo de meses e não de dias. Nas primeiras semanas, o foco é proteger o braço enquanto ele cicatriza, com a dor e o inchaço melhorando de forma bem parecida com o que aconteceu nos primeiros dias após a lesão.

Com a cirurgia, a maioria das pessoas volta ao trabalho sem nenhuma alteração em suas funções, e o tempo médio até o retorno ao trabalho é de cerca de 14 semanas. O retorno aos esportes leva mais tempo. Cerca de 95% dos atletas voltam a praticar esportes, e 82% retornam ao nível de competição que tinham antes da lesão, em cerca de 40 semanas, dependendo do esporte. A força para dobrar e girar o braço pode voltar a níveis próximos do normal. Algumas pessoas notam uma pequena diferença em comparação com o braço antes da lesão, principalmente em movimentos de rotação repetidos.

Se a sua ruptura for tratada sem cirurgia, o braço fica em repouso numa tipoia ou tala enquanto cicatriza, e você recupera os movimentos em etapas com a sua terapeuta da mão. Esse caminho deixa alguma fraqueza permanente para virar a palma da mão para cima, que é a troca discutida anteriormente nesta página.

A maioria das pessoas se recupera bem, mas é justo que você saiba o que pode dar errado. Os principais riscos após a reparação são lesão nervosa, na maioria das vezes uma área de dormência que melhora com o tempo, rigidez no cotovelo e uma nova ruptura da reparação. A chance de a reparação se romper novamente é baixa, de 1,5%, e, quando isso acontece, costuma ser nas primeiras 3 semanas após a cirurgia. Às vezes pode se formar osso novo no antebraço, limitando a rotação, embora a força possa ser mantida sem diferença mensurável quando isso acontece.

Alguns sinais exigem ação rápida. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a mão ou os dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento da mão após a lesão. Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista se a dor ou a rigidez não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas ou impedirem você de usar o braço.

Quando procurar ajuda médica

Procure atendimento urgente se o seu braço estiver visivelmente deformado, se houver uma ferida aberta sobre a lesão ou se você não conseguir usar o membro de forma alguma. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a mão ou os dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento da mão após a lesão. Esses sinais foram descritos anteriormente nesta página.

Para todo o resto, comece pelo seu médico de família. Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista se a dor não estiver melhorando, ou se o inchaço, o movimento ou a força não estiverem melhorando semana após semana à medida que a cicatrização avança. Um estalo súbito na parte da frente do cotovelo, com alteração no formato do músculo, merece avaliação rápida, porque a reparação funciona melhor em até cerca de 3 semanas após a lesão.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A ruptura do bíceps distal merece uma leitura mais aprofundada, pois é uma das poucas lesões deste site em que a cirurgia comprovadamente restaura algo que não seria recuperado sem ela; isso torna o equilíbrio entre benefícios e riscos excepcionalmente concreto, e os dados sobre complicações especialmente relevantes.

NESTE CASO, A CIRURGIA REALMENTE ALTERA A FUNÇÃO

Na maioria das comparações apresentadas neste site, o resultado é “sem diferença significativa”. Neste caso, não é assim. A análise conjunta de **2.481** pacientes revelou que o tratamento cirúrgico proporcionou **maior força e resistência do cotovelo e do antebraço**, além de melhores índices nos questionários DASH e Mayo Elbow Performance, em comparação ao tratamento não cirúrgico [1].

O motivo é de natureza anatômica, não estatística. O bíceps distal é o principal músculo supinador do antebraço, ou seja, aquele responsável por virar a palma da mão para cima contra resistência. Quando o tendão se desprende do rádio, ele retrai ao longo do braço, impedindo que o músculo gere esse movimento de rotação, independentemente do que mais cicatrize ao seu redor. A flexão do cotovelo é parcialmente realizada pelo músculo braquial; por isso, a capacidade de dobrar o cotovelo se recupera razoavelmente bem. Contudo, não existe outro músculo que assuma a função de supinação.

É por isso que a perda funcional fica mais evidente na **resistência** do que em um único esforço máximo. Movimentos repetitivos, como girar uma chave de fenda, manusear uma maçaneta ou dirigir por longos períodos, são situações em que essa diferença se torna perceptível.

A TAXA DE COMPLICAÇÕES É O OUTRO FATOR DECISIVO

Uma cirurgia capaz de restaurar de forma confiável a força ainda é uma cirurgia, e esta possui um perfil de complicações bem definido. Na maior análise realizada, envolvendo **3.091** pacientes, **a taxa de complicações graves foi de 4,6%** [2].

A maioria dos eventos adversos é leve e temporária; a dormência na parte posterior do antebraço, causada pela tração sobre um pequeno nervo sensorial, é o mais comum e geralmente desaparece com o tempo. As complicações graves, porém, são as que influenciam diretamente a técnica cirúrgica: lesão nervosa permanente, ossificação heterotópica (formação de novo osso no antebraço, limitando sua rotação) e nova ruptura.

DUAS ABORDAGENS, COM UM VERDADEIRO TRADE-OFF

A reparação pode ser feita seja por meio de uma única incisão na parte anterior do cotovelo, seja por duas incisões menores, uma na frente e outra atrás. Ambas alcançam o mesmo osso, porém a partir de direções diferentes; cada uma evita um risco específico.

Em **2.622** pacientes, **não houve diferenças significativas nos escores funcionais**. A abordagem com incisão única proporcionou maior amplitude de flexão e pronação, além de **menor risco de ossificação heterotópica e de reoperação**; por outro lado, a abordagem com duas incisões apresentou vantagens em outros aspectos [3]. Uma meta-análise de 2025, envolvendo **2.833** pacientes, revelou o mesmo padrão: a incisão única está associada a uma função objetiva mais favorável e menos complicações estruturais, enquanto a incisão dupla reduz **o risco de determinados tipos de lesões nos nervos sensoriais** [4].

Em conjunto, a escolha se dá entre o nervo na parte anterior e o osso na parte posterior. Nenhuma das abordagens é incorreta; ambos os grupos de autores defendem a realização de ensaios randomizados de maior qualidade antes de se considerar a questão resolvida.

POR QUE O TEMPO É UM FATOR AINDA MAIS CRÍTICO NESTE CASO

Como o tendão se retrai e o espaço que ocupava acaba cicatrizando, qualquer atraso dificulta a reinserção do tendão. Quando o reparo direto já não é viável, torna-se necessária a reconstrução com enxerto. Este é o motivo prático pelo qual uma ruptura do bíceps distal deve ser tratada com maior urgência do que a maioria das lesões tendinosas. É também por isso que um estalo doloroso e súbito na parte anterior do cotovelo, acompanhado de alteração visível na forma do músculo, justifica uma avaliação imediata, em vez de se optar por apenas observação por algum tempo.

O tratamento não cirúrgico continua sendo uma opção válida, especialmente para pessoas que não exigem grande esforço físico dos braços ou que não precisam realizar movimentos de supinação repetidos e fortes. Trata-se de uma decisão consciente de aceitar um déficit funcional mensurável; não se trata de uma versão inferior do mesmo resultado.

REFERÊNCIAS

- [1] Looney AM, Day J, Bodendorfer BM, Wang D, Fryar CM, Murphy JP, et al. Tratamento cirúrgico versus não cirúrgico das rupturas do bíceps distal: uma revisão sistemática e meta-análise. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(4):e169-e189. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.12.001>
- [2] Amarasooriya M, Bain GI, Roper T, Bryant K, Iqbal K, Phadnis J. Complicações após a reparação do tendão do bíceps distal: uma revisão sistemática. Am J Sports Med. 2020;48(12):3103-11. <https://doi.org/10.1177/0363546519899933>

- [3] Castioni D, Mercurio M, Fanelli D, Cosentino O, Gasparini G, Galasso O. Técnica de incisão única versus dupla no tratamento da ruptura do tendão do bíceps distal: uma revisão sistemática e meta-análise de estudos comparativos. Bone Joint J. 2020;102-B(12):1608-17. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.102B12.BJJ-2020-0822.R2>
- [4] Awad G, Boutros M, Hajj Youssef M, Elhassan B. Comparação entre as técnicas de incisão única e dupla na reparação do tendão do bíceps distal: uma revisão sistemática e meta-análise. Shoulder Elbow. 2025. <https://doi.org/10.1177/17585732251399838>