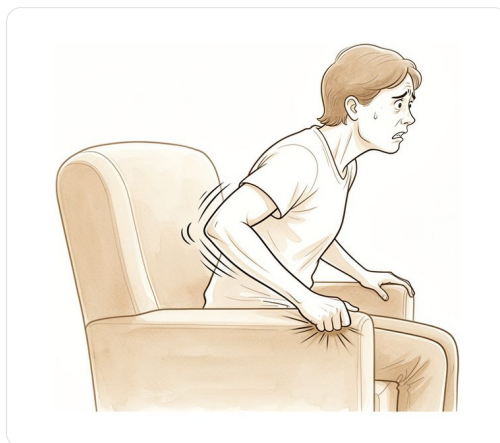


Instabilidade do cotovelo

Ligamentos do cotovelo — os ligamentos colaterais ulnar e radial são os principais estabilizadores.

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

O cotovelo pode parecer frouxo, como se pudesse sair do lugar, ou pode ceder constantemente ao ser pressionado ou puxado. Algumas pessoas percebem isso após uma queda com o braço estendido. Outras já tiveram uma luxação no passado, e desde então o joelho nunca mais se sentiu “normal”.

A dor varia conforme a região do cotovelo afetada. Na parte interna do cotovelo, pode haver uma dor aguda ao lançar, levantar ou balançar objetos como raquetes ou martelos. Atletas que lançam frequentemente sentem essa dor durante a fase final do movimento; alguns ouvem um “estalo” e não conseguem continuar. Na parte externa, o cotovelo pode parecer instável ao se levantar de uma cadeira, ao fazer flexões ou ao apoiar o braço na mesa. A dor pode piorar ao esticar completamente o cotovelo; algumas pessoas notam cliques ou uma sensação de travamento da articulação.

A rigidez também é comum. Pode ser difícil esticar totalmente o braço; tarefas que exigem o cotovelo reto tornam-se complicadas: alcançar algo numa prateleira alta, carregar uma bandeja ou levantar-se de uma cadeira baixa. Segurar objetos e girá-los também pode ser desconfortável; abrir potes ou girar maçanetas exige mais esforço do que o habitual.

Se você pratica lançamentos ou esportes em que o braço é usado acima da cabeça, pode notar queda no desempenho: os lançamentos ficam mais lentos e você sente mais cansaço; a dor no cotovelo persiste após o treino, sem melhorar durante a noite. A parte interna do cotovelo pode ficar sensível ao toque, e a dor às vezes se espalha até o nervo ulnar, provocando formigamento ou fraqueza na força de preensão.

Alguns sintomas indicam que a articulação não está se mantendo estável. Se for preciso manter o cotovelo dobrado para que permaneça no lugar, ou se ele sair do lugar repetidamente, isso requer atenção imediata, em vez de esperar que melhore sozinho.

O que realmente está acontecendo

O cotovelo foi concebido para ser uma articulação muito firme. A extremidade do osso do braço possui sulcos profundos nos quais se encaixam os ossos do antebraço, um pouco como uma dobradiça inserida num suporte bem moldado. Essa forma é responsável pela maior parte da estabilidade da articulação. Fortes faixas de ligamento, localizadas nos lados interno e externo do cotovelo, atuam como amarras de uma tenda, mantendo tudo alinhado durante os movimentos de flexão, extensão, rotação e empuxo.

A instabilidade ocorre quando uma ou mais dessas “amarras” são esticadas ou rompidas, fazendo com que as superfícies articulares saiam do alinhamento. Uma luxação completa acontece quando a articulação se separa totalmente. Já um deslocamento parcial, em que as superfícies se desviam, mas não se separam por completo, pode gerar sensação de travamento, estalos ou de que a articulação está prestes a ceder. Ambos os casos pertencem ao mesmo espectro de lesões.

A maioria das luxações ocorre em quedas sobre a mão estendida. A força se propaga pelo braço e rompe os ligamentos, geralmente começando pelo lado externo do cotovelo e se estendendo para o lado interno à medida que a força aumenta. Quando a luxação também provoca fraturas de pequenos fragmentos ósseos nos pontos de fixação dos ligamentos, ou danifica o osso arredondado na parte externa da articulação ou o bloco ósseo na frente do cotovelo, a articulação perde tanto seus suportes ligamentares quanto parte de sua estrutura óssea. Essa combinação torna mais difícil o realinhamento e aumenta a probabilidade de o cotovelo permanecer instável posteriormente.

O ligamento afetado determina os sintomas percebidos. O ligamento interno suporta a tensão durante lançamentos; portanto, um rompimento ali causa dor ao lançar ou levantar objetos. O ligamento externo suporta a tensão ao empurrar ou apoiar-se na mão; assim, um rompimento nesse local faz com que esses movimentos pareçam inseguros. Quando as superfícies articulares não se alinham corretamente, o cotovelo também pode ficar rígido e sofrer desgaste irregular ao longo dos anos.

A maioria dos cotovelos que sofrem um deslocamento e são realinhados rapidamente se estabiliza com movimentos precoces. Contudo, um pequeno número permanece instável; esses são os casos que podem exigir cirurgia para reconstruir os suportes articulares.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, adapta o tratamento à sua lesão específica. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Na consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o seu cotovelo e solicitamos exames de imagem, quando necessário.

Na maioria dos casos em que o cotovelo sai do lugar uma única vez e é recolocado rapidamente, o primeiro passo não é a cirurgia. A articulação é recolocada na posição correta, verificada por raio-X e mantida por um breve período em uma tala, com o cotovelo dobrado a 90 graus. Após cerca de 5 a 7 dias com a tala, inicia-se a movimentação. A mobilização precoce é essencial, pois a rigidez do cotovelo é o problema mais comum após

essa lesão. A fisioterapia foca na flexão e extensão dentro da amplitude que pareça segura, além do fortalecimento muscular. Se o cotovelo permanecer estável nessa amplitude, dois dias de imobilização com tala seguidos de movimentação precoce são suficientes. Dê essa abordagem uma chance antes de considerar outras opções.

Não utilizamos cortisona nem outros tipos de injeções para tratar a instabilidade do cotovelo; portanto, não lhe ofereceremos esse tipo de tratamento.

A cirurgia torna-se necessária quando a articulação não consegue permanecer na posição correta. Se o seu cotovelo precisar ficar dobrado em mais de 50 a 60 graus para se manter no lugar, ou se sair do lugar ao ser estendido além de 30 graus da posição totalmente reta, é improvável que os ligamentos se estabilizem por conta própria. O mesmo vale se houver fragmentos ósseos ou tecidos moles presos na articulação, se a luxação vier acompanhada de fraturas, ou se houver lesão na pele, nervos ou vasos sanguíneos. Nesses casos, reparamos ou reconstruímos os ligamentos rompidos, geralmente começando pelo ligamento lateral, e fixamos quaisquer fragmentos ósseos para alinhar novamente as superfícies articulares. Caso o cotovelo ainda permaneça instável após isso, um fixador externo temporário pode ser usado para manter a articulação no lugar enquanto cicatriza. Para cotovelos que ficaram instáveis por muito tempo, a reconstrução ligamentar substitui o ligamento esticado por tecido novo. Conversaremos sobre cada uma dessas opções e decidiremos juntos qual se adapta melhor ao seu cotovelo e aos seus objetivos.

O que esperar

Na maioria das pessoas, um cotovelo que saiu do lugar uma vez e foi recolocado rapidamente se estabiliza com movimentos precoces. Resultados satisfatórios a longo prazo são a regra quando o tratamento é feito dessa forma. Porém, um pequeno número de pacientes – cerca de 8 em cada 100 tratados sem cirurgia – continuam a sentir instabilidade após o ocorrido. Aproximadamente 2 em cada 100 acabam precisando de uma cirurgia para estabilizar a articulação, geralmente nos 4 anos seguintes à lesão.

A recuperação leva semanas, não dias. A rigidez é o principal problema, e é por isso que a equipe médica incentivará movimentos precoces do cotovelo, em vez de mantê-lo imóvel por muito tempo. Na primeira ou segunda semana, serão feitos movimentos suaves de flexão e extensão, muitas vezes com auxílio de um fisioterapeuta. Nas semanas seguintes, a amplitude de movimento aumenta e inicia-se o fortalecimento muscular. A fisioterapia também cuida do punho, da mão e do ombro, pois o restante do braço pode ficar rígido ou enfraquecido enquanto o cotovelo é protegido. Espere um progresso gradual, e não um momento específico em que o cotovelo volte a parecer “normal”.

Quando a cirurgia é necessária, o prognóstico depende da gravidade da lesão. Muitas pessoas recuperam quase toda a amplitude de flexão, extensão e rotação do antebraço, além de ver desaparecer a sensação de instabilidade. Algumas lesões, porém, são mais difíceis de controlar. Quando a luxação vem acompanhada de fraturas, a rigidez, a instabilidade persistente, a dor e o desgaste articular podem permanecer como problemas a longo prazo, independentemente da eficácia do tratamento. Em cerca de 20 a 25 em cada 100 casos mais graves, será necessária uma nova cirurgia posteriormente.

Deixar um cotovelo verdadeiramente instável sem intervenção raramente traz bons resultados. Uma articulação que não se mantém no lugar tende a permanecer instável, e as superfícies de contato podem sofrer desgaste irregular ao longo dos anos. Se o seu cotovelo precisar ficar bastante flexionado para permanecer estável, ou se continuar a sair do lugar, é hora de discutir a cirurgia em vez de esperar.

Nada disso constitui uma garantia para o seu próprio cotovelo. O cirurgião lhe dará uma avaliação mais precisa após identificar quais estruturas foram lesionadas e analisar os exames de imagem.

Quando procurar um especialista

Alguns sinais indicam que o seu cotovelo precisa ser avaliado o quanto antes, em vez de se esperar. Se o cotovelo sair do lugar ou precisar ser mantido num ângulo flexionado para permanecer na posição correta, procure avaliação de um especialista. O mesmo se aplica se o cotovelo continuar a deslocar-se ao levantar-se de uma cadeira ou ao apoiar-se na mão, ou se, mesmo após o realinhamento da articulação após um deslocamento, ela ainda parecer instável semanas depois.

Atletas que lançam objetos devem levar a dor no interior do cotovelo a sério. Consulte o seu médico de família se a dor surgir apenas ao fazer lançamentos fortes, se ouvir um estalo e não conseguir continuar, ou se os seus lançamentos perderem velocidade e resistência. Formigamento perto do nervo ulnar, fraqueza na preensão ou um cotovelo que trava ou “engata” também exigem avaliação médica.

Procure o serviço de urgências se o cotovelo estiver claramente deslocado, com deformidade visível, ou se o braço estiver dormente, frio ou com perda de cor. Uma articulação que não volta à posição correta requer atendimento imediato.

Em maior profundidade

Esta seção aborda temas que vão além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. Está aqui porque “instabilidade do cotovelo” engloba diversos problemas bem distintos, cada um com prognóstico diferente; além disso, o fator mais determinante para o desfecho de um simples deslocamento é uma decisão tomada nas duas primeiras semanas, decisão na qual as evidências científicas e o instinto de proteger a articulação apontam para direções opostas.

“INSTABILIDADE DO COTOVELO” NÃO É UM DIAGNÓSTICO ÚNICO

Esse termo abrange desde uma articulação que se deslocou uma vez e agora está estável, até uma articulação que cede durante tarefas cotidianas, passando por fraturas com deslocamento em que tanto os ossos quanto os ligamentos foram comprometidos. Há mais de um século, os cirurgiões tentam classificar esses padrões, mas ainda não chegaram a um consenso: uma revisão de 130 anos de tentativas concluiu que “ainda existem incertezas tanto quanto à nomenclatura quanto à classificação”, o que levou um grupo de trabalho de uma sociedade nacional a tentar novamente [1].

Isso é relevante para você por um motivo prático: ao consultar dados sobre os resultados do tratamento da “instabilidade do cotovelo”, você pode estar vendo informações referentes a um grupo de pacientes cujas lesões

são bem diferentes da sua. A distinção mais importante é entre casos **simples** (apenas ligamentos afetados) e **complexos** (ligamentos e ossos fraturados); esses dois tipos seguem evoluções clínicas bem distintas.

AS DUAS DIREÇÕES QUE POSSUEM NOMES: PLRI E PMRI

Além da distinção entre lesões simples e complexas, o padrão que determina o tratamento cirúrgico é a *direção* em que a articulação cede. Dois padrões nomeados explicam a maioria dos casos [1].

Instabilidade rotatória posterolateral (PLRI) é o padrão mais comum; é o que a maioria das pessoas entende por “cotovelo instável”. Esse padrão resulta da lesão típica: uma queda sobre a mão estendida, que sobrecarrega o cotovelo enquanto o antebraço gira para fora. Os danos se distribuem em um círculo ao redor da articulação, começando no **ligamento colateral ulnar lateral**, na parte externa, e progredindo para frente e para trás ao longo da cápsula articular, atingindo por último o ligamento interno. Como a lesão se inicia na lateral, o primeiro estágio é uma subluxação, e não uma luxação completa; o ligamento lateral é a estrutura que precisa ser reparada ou reconstruída para corrigir o problema. Quando, mais adiante nesta seção, se fala sobre a reconstrução do ligamento lateral e sua taxa de recorrência de 0–33%, trata-se exatamente do tratamento da PLRI.

Sintomaticamente, esse padrão faz com que o paciente evite empurrar-se para cima ao sair de uma cadeira ou carregar peso com a palma da mão voltada para cima, posições que permitem a rotação da articulação.

Instabilidade rotatória posteromedial (PMRI) é menos comum, mais difícil de ser detectada e mais grave. O mecanismo é o oposto: uma força em varo (que dobra o membro para dentro), com rotação do antebraço para dentro; isso danifica o ligamento lateral enquanto desprende a **fácies anteromedial da coronóide**, uma pequena saliência óssea na parte interna e anterior da ulna, sobre a qual a articulação se apoia.

Esse fragmento ósseo é o problema central. Estudos anatômicos mostram que, em média, **58% da fácies anteromedial não tem suporte do corpo ósseo por trás**, motivo pelo qual ela se fratura e se separa, sendo facilmente ignorada em radiografias simples [2]. Sua omissão tem consequências graves: a articulação permanece ligeiramente desalinhada e sofre desgaste anormal. Um relatório descreveu o surgimento de **artrose já aos 26 meses** após a lesão, em um cotovelo cuja instabilidade não havia sido tratada [3]. É por isso que, quando o padrão da lesão sugere essa possibilidade, costuma-se solicitar uma tomografia computadorizada; também por isso que até fragmentos pequenos da coronóide podem exigir fixação cirúrgica.

O ponto prático para você: são lesões distintas que demandam procedimentos cirúrgicos diferentes; portanto, o fato de “meu amigo teve cotovelo instável e fez X” não garante que o mesmo procedimento sirva para o seu caso.

AS DUAS PRIMEIRAS SEMANAS SÃO MAIS IMPORTANTES DO QUE QUASE QUALQUER OUTRA COISA

Após uma luxação, o instinto natural é proteger a articulação com uma tala ou gesso. No caso do cotovelo, esse instinto é contrário ao que se deve fazer. O cotovelo tem grande tendência à rigidez, e esse grau de rigidez é aproximadamente proporcional ao tempo em que permaneceu imóvel.

Uma revisão científica apresentou números concretos: após uma simples luxação, pode-se esperar uma perda permanente de pelo menos **30 graus** na capacidade de extensão total se a imobilização durar mais de **25 dias**; porém, essa perda cai para apenas **3 graus** caso o cotovelo volte a se mover em até **cinco dias** [4]. Essa diferença equivale praticamente à distinção entre um cotovelo que passa despercebido e um que causa incômodo diário.

Um ensaio clínico randomizado (FuncSiE) testou isso diretamente, comparando o movimento precoce com três semanas de imobilização em gesso para casos de luxação simples [5]. Após seis semanas, o grupo que iniciou os movimentos cedo apresentou amplitude de movimento significativamente maior (121° contra 102°), menor incapacidade funcional e retornou ao trabalho em **10 dias**, contra **18 dias** no outro grupo. Após um ano, os dois grupos não apresentavam diferenças significativas; e, o mais importante, **nenhum cotovelo em nenhum dos grupos sofreu nova luxação** [5]. A proteção oferecida pelo gesso acabou sendo proteção contra um risco que nem sequer ocorreu, ao custo de rigidez articular e de semanas perdidas na recuperação.

É por isso que a reabilitação começa cedo e por que se utiliza uma simples tipóia para conforto, em vez de uma tala articulada que mantenha o cotovelo numa posição fixa.

AS LUXAÇÕES SIMPLES TÊM BOM PROGNÓSTICO – COM UMA RESSALVA IMPORTANTE

A maioria das luxações simples se resolve sem necessidade de cirurgia. Porém, “a maioria” não significa “todas”: cerca de **8%** das pessoas tratadas de forma não cirúrgica acabam apresentando sintomas de instabilidade persistente, e aproximadamente **2%** acabam precisando de cirurgia [6]. Há um pequeno número de lesões que, aparentemente simples no momento do trauma, evoluem de maneira desfavorável posteriormente; por isso fazemos uma reavaliação, em vez de dar alta ao paciente ao primeiro sinal de redução da luxação.

“TRÍADE TERRÍVEL” É UM NOME PIOR DO QUE A PRÓPRIA LESÃO

A combinação de luxação do cotovelo com fraturas da cabeça do rádio e do processo coronoide foi denominada “tríade terrível” porque os resultados iniciais eram desanimadores. Atualmente, os resultados são bem melhores: uma revisão que analisou 37 estudos envolvendo 1.609 pacientes constatou uma pontuação média no Índice de Desempenho do Cotovelo de Mayo de **90, considerada excelente** [7].

A parte “honesta” dessa frase refere-se à taxa de complicações, que não é baixa. Cerca de **30%** dos pacientes apresentam alguma complicação, e **7,8%** necessitam de nova cirurgia. As mais comuns são a formação de tecido ósseo extra nos tecidos moles (**11%**) e sintomas relacionados ao nervo ulnar (**2,6%**) [7]. Portanto: hoje em dia, um bom resultado é algo esperado, não apenas uma esperança; porém trata-se de uma lesão que realmente pode exigir uma segunda cirurgia. É razoável estar ciente disso antes de iniciar o tratamento.

QUANDO A CIRURGIA DE LIGAMENTOS NÃO SURTE EFEITO, O OSSO COSTUMA SER O MOTIVO

A reparação ou reconstrução do ligamento lateral é um procedimento bem estabelecido para o padrão mais comum de instabilidade crônica. Contudo, a taxa de recorrência após essa cirurgia varia entre **0% e 33%**, uma faixa ampla o suficiente para demonstrar que a operação não é a única variável em jogo [8].

Parte dessa explicação reside no fato de que a instabilidade nem sempre é um problema exclusivamente relacionado aos tecidos moles. O desgaste ou defeitos ósseos na parte externa da articulação podem manter o cotovelo instável mesmo após a correta reconstrução do ligamento; além disso, lesões ósseas associadas aumentam o risco de insucesso da cirurgia [8]. Por isso, a cirurgia de revisão torna-se mais difícil: a única série publicada sobre reconstrução do ligamento lateral em casos de revisão apontou uma taxa de insucesso de **27%** [8]. A implicação prática é que, se o cotovelo permanecer instável após a reparação do ligamento, a questão seguinte geralmente diz respeito ao osso, e não à repetição da mesma cirurgia nos tecidos moles.

MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO ARTICULAR A PARTIR DO INTERIOR

Nos casos em que o cotovelo é instável demais para que uma simples reparação seja suficiente, a solução tradicional era o uso de uma estrutura articulada externa, colocada na parte externa do braço por várias semanas. Uma alternativa é o **estabilizador articular interno**, um dispositivo temporário inserido no interior do corpo que mantém a articulação na posição correta enquanto os tecidos moles cicatrizam; posteriormente, esse dispositivo é removido. Ele permite que o cotovelo realize um bom arco de movimento, mantendo-se protegido; na série original de estudos, observou-se uma média de flexão de 134 graus no acompanhamento final [9].

O motivo pelo qual essa abordagem é preferida aqui segue o mesmo princípio mencionado no restante desta página: a proteção que ainda permite o movimento é superior àquela que o impede.

REFERÊNCIAS

- [1] Marinelli A, Guerra E, Rotini R. Instabilidade do cotovelo: somos capazes de classificá-la? Revisão da literatura e proposta de um sistema de classificação abrangente. *Musculoskelet Surg*. 2016;100(Suppl 1):61-71. <https://doi.org/10.1007/s12306-016-0424-1> [2] Doornberg JN, de Jong IM, Lindenhovius AL, Ring D. A faceta anteromedial do processo coronoide do úmero. *J Shoulder Elbow Surg*. 2007;16(6):667-70. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2007.03.013> [3] Ramirez MA, Stein JA, Murthi AM. Instabilidade posteromedial em valgo. *Hand Clin*. 2015;31(4):557-63. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2015.06.005> [4] Martin BD, Johansen JA, Edwards SG. Complicações relacionadas a luxações simples do cotovelo. *Hand Clin*. 2008;24(1):9-25. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2007.11.013> [5] Iordens GIT, Van Lieshout EMM, Schep NWL, De Haan J, Tuinebreijer WE, Eygendaal D, et al. Mobilização precoce versus imobilização com gesso em casos de luxações simples do cotovelo: resultados do ensaio clínico randomizado multicêntrico FuncSiE. *Br J Sports Med*. 2017;51(6):531-8. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-094704> [6] Robinson PM, Griffiths E, Watts AC. Luxação simples do cotovelo. *Shoulder Elbow*. 2017;9(3):195-204. <https://doi.org/10.1177/1758573217694163> [7] Stambulic T, Desai V, Bicknell R, Daneshvar P. As lesões da tríade terrível já não são mais tão graves! Resultados funcionais das lesões da tríade terrível do cotovelo: uma revisão sistemática. *JSES Rev Rep Tech*. 2022;2(2):214-8. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2022.01.002> [8] O'Driscoll SW, Chaney GK. Fatores de risco pré-operatórios e operatórios para falha na reconstrução do ligamento colateral lateral. *JSES Int*. 2023;7(6):2578-86. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2023.03.017> [9] Orbay JL, Mijares MR. Tratamento da instabilidade do cotovelo mediante o uso de estabilizador articular interno. *Clin Orthop Relat Res*. 2014;472(7):2049-60. <https://doi.org/10.1007/s11999-014-3646-2>