

Tendinopatia do bíceps e ruptura da cabeça longa

A ruptura da cabeça longa do bíceps pode fazer com que ela se acumule, formando uma protuberância semelhante ao “Popeye” no braço.

James Heilman, MD / Wikimedia Commons, CC BY-SA 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 bíceps é o músculo na parte frontal do seu braço. A cabeça longa de seu tendão sobe por cima do osso do braço e entra na articulação do ombro; é essa parte que causa os problemas aqui.

A queixa mais comum é uma **dor profunda e persistente na frente do ombro**, geralmente alguns centímetros abaixo da ponta do ombro. Essa dor pode aparecer quando você levanta o braço acima da cabeça, levanta pesos ou carrega objetos, e às vezes se irradia para a parte frontal do braço. Muitas pessoas têm dificuldade em apontar um ponto exato onde a dor se localiza. Como o tendão do bíceps fica bem ao lado do manguito rotador, essa dor frequentemente surge junto com problemas no manguito rotador; os dois são difíceis de distinguir sem um exame.

Às vezes ocorre algo mais dramático: o tendão desgastado pode romper-se, geralmente em pessoas mais velhas e, muitas vezes, com pouquíssima dor. Quando isso acontece, a barriga do músculo desce pelo braço, formando uma protuberância macia que lembra uma pequena bola ou um músculo flexionado. Esse é o clássico sinal de “Popeye”. Pode ser assustador de ver, mas, por si só, raramente é tão grave quanto parece.

O que está realmente acontecendo

Os tendões são cordas resistentes que conectam os músculos aos ossos; assim como qualquer corda muito usada, eles podem desgastar-se com o tempo. Na **tendinopatia do bíceps**, o tendão da cabeça longa fica inflamado e desgastado no trecho em que atravessa um sulco estreito na parte superior do úmero até chegar ao ombro. Esse desgaste é o que se sente como dor na região anterior do ombro. Como o tendão compartilha esse espaço

restrito com o manguito rotador, ambos tendem a desgastar-se juntos; por isso, a dor no bíceps e a dor no manguito rotador aparecem frequentemente em conjunto.

Se esse desgaste continuar, o tendão pode acabar se rompendo completamente. Quando ocorre a **ruptura da cabeça longa**, o músculo deixa de estar preso na parte superior do braço, deslizando para baixo e formando o famoso “volume” do bíceps, semelhante ao do Popeye. O lado positivo é que o bíceps possui dois pontos de fixação no ombro (a cabeça longa e a cabeça curta); a cabeça curta permanece intacta. Assim, quando a cabeça longa se rompe, o braço mantém a maior parte de sua força, e a mudança fica limitada à aparência.

Essa é uma distinção importante: uma ruptura **proximal** (na extremidade do ombro) costuma ser um problema menor. Já uma ruptura na outra extremidade do músculo, no cotovelo (ruptura distal do bíceps), é uma situação bem diferente: pode causar perda real de força e, muitas vezes, requer reparo cirúrgico. O “volume” no braço pode parecer semelhante nos dois casos; por isso, é fundamental saber em qual extremidade ocorreu a ruptura.

O que podemos fazer a respeito

Na nossa clínica, o Dr. Kieran Hirpara orienta os pacientes por um caminho claro, que começa com uma avaliação minuciosa para confirmar o diagnóstico. Geralmente recomendamos iniciar com tratamentos não cirúrgicos para problemas crônicos, reservando a cirurgia apenas quando essas medidas não proporcionarem alívio suficiente.

No caso da **tendinopatia do bíceps**, os primeiros passos são simples e não cirúrgicos; eles resolvem o problema na maioria das pessoas:

- **Mudanças nas atividades:** reduzir os movimentos acima da cabeça e os esforços pesados que agravam a lesão, mantendo, porém, o movimento do ombro.
- **Fisioterapia:** exercícios orientados para acalmar o tendão e reequilibrar o ombro, especialmente quando o manguito rotador também está envolvido.
- **Medicamentos anti-inflamatórios:** comprimidos para diminuir a dor e a inflamação.
- **Injeção:** às vezes, uma injeção de corticosteroide ao redor do tendão ou no ombro é utilizada para controlar um surto persistente.

A cirurgia é indicada apenas para casos de dor contínua que não melhoram com essas medidas. Quando necessária, existem duas opções principais: pode-se cortar o tendão para que ele deixe de puxar na área lesionada (**tenotomia**), o que geralmente gera um “inchaço” semelhante ao de Popeye, porém alivia a dor de forma confiável; ou pode-se reancorar o tendão mais abaixo no osso do braço (**tenodesse**), mantendo a forma normal do músculo e evitando esse inchaço, porém exigindo um período de recuperação mais longo. Esses procedimentos são frequentemente realizados juntamente com a cirurgia do manguito rotador, pois ambos os problemas costumam ocorrer simultaneamente.

No caso de **ruptura da cabeça longa proximal do bíceps**, o conselho habitual é **não realizar cirurgia**. Há pouca perda de força, e o “inchaço” é basicamente estético. Algumas pessoas mais jovens ou ativas, ou aquelas incomodadas com a aparência ou com câimbras musculares, podem optar por um procedimento de reancoramento; todavia, para a maioria dos pacientes, deixar o tendão como está é a melhor escolha.

O que esperar

A maioria dos casos de tendinopatia do bíceps melhora com paciência e os exercícios adequados. O processo pode ser lento (alguns meses, em vez de algumas semanas), mas o prognóstico é bom; a maioria dos pacientes evita a cirurgia por completo. Quando o problema no bíceps faz parte de um quadro mais amplo envolvendo o manguito rotador, a recuperação segue o mesmo padrão do manguito, e o tratamento conjunto dos dois garante os melhores resultados.

Caso tenha sofrido uma ruptura da cabeça longa proximal do bíceps e optado por não fazer cirurgia, pode esperar que a dor inicial desapareça em algumas semanas, que sua força volte ao nível quase normal, e que o “volume” característico do bíceps permaneça como um sinal permanente, porém inofensivo. Esse aspecto não piora com o tempo, nem requer correção alguma.

Quando procurar um especialista

- **Dor na frente do ombro que não melhora**, especialmente ao estender o braço para cima ou ao levantar pesos: vale a pena ser avaliada, pois geralmente indica um problema no bíceps ou no manguito rotador que responde bem ao tratamento.
- Um **inchaço súbito no braço, acompanhado de fraqueza**: é necessário examinar para confirmar que se trata da cabeça longa do bíceps no ombro, e **não** de uma ruptura no cotovelo, que é uma lesão diferente que pode exigir cirurgia.
- Uma **ruptura em pessoas jovens ou ativas**: mesmo quando ocorre na porção proximal, merece ser avaliada, tanto para confirmar o diagnóstico quanto para discutir se o reparo cirúrgico seria indicado para você.
- **Cãibras ou dor persistente no bíceps** após uma ruptura já diagnosticada: geralmente são casos leves, mas podem ser tratadas caso lhe causem incômodo.

Em maior profundidade

Esta seção aborda conteúdos além do que você precisa para tomar decisões sobre seu próprio tratamento. Os problemas relacionados à cabeça longa do bíceps merecem uma leitura mais aprofundada devido a uma situação incomum na cirurgia: os tratamentos padrão envolvem o descolamento de um tendão cuja função nunca foi comprovada de forma convincente em um ombro vivo; além disso, as evidências indicam que não se sente falta dele após a cirurgia.

UM TENDÃO CUJA FUNÇÃO AINDA NÃO FOI COMPROVADA

A cabeça longa do bíceps se estende do topo da cavidade glenoidal, atravessando a articulação, até um sulco no osso do braço. Como passa diretamente pela articulação, sempre se presumiu que ajudasse a manter a cabeça do úmero centralizada na cavidade.

Contudo, as evidências que sustentam essa suposição são fracas. Estudos biomecânicos indicam que o tendão contribui para a estabilidade da articulação glenoumeral em todas as direções; no entanto, **estudos in vivo**

ainda não comprovaram esse efeito estabilizador, e a carga fisiológica necessária permanece desconhecida [1].

Isso é relevante pois explica por que as cirurgias são eficazes. Se o tendão desempenhasse um papel estabilizador essencial, seu corte teria consequências graves. Parece que não é o caso.

CORTAR E REATAR O TENDÃO PRODUZEM O MESMO RESULTADO

As duas técnicas são a tenotomia – liberação do tendão para que ele se retraia – e a tenodese, na qual o tendão é liberado e fixado mais abaixo no osso do braço. A tenodese é o procedimento mais complexo e geralmente é considerada a melhor opção.

Ao analisar **650** pacientes, **não houve diferença nos resultados funcionais pós-operatórios** entre a tenotomia e a tenodese. As diferenças observadas limitaram-se a dois aspectos: a **deformidade tipo Popeye**, caracterizada pelo acúmulo de massa muscular na parte superior do braço, e a **dor por câibras no sulco bicipital**, ambos ocorrendo com maior frequência após a tenotomia [2]. Uma revisão sistemática anterior chegou à mesma conclusão, constatando resultados igualmente favoráveis, sendo a única diferença relevante a deformidade estética [3].

Portanto, a decisão não diz respeito ao desempenho funcional do braço. Trata-se de aspectos estéticos, da ocorrência de câibras e do grau de intervenção cirúrgica desejado – uma abordagem mais honesta do que dizer “qual é o melhor procedimento”.

E, NO ÂMBITO DA TENODESE, OS ARGUMENTOS TÉCNICOS NÃO APRESENTAM DISTINÇÕES

Grande parte do debate gira em torno de onde e como fixar o tendão; contudo, isso parece não fazer muita diferença. Em **707** pacientes, tanto a tenodese subpeitoral quanto a suprapeitoral produziram melhorias semelhantes, sem diferenças quanto ao insucesso do tratamento. Por outro lado, a tenodese artroscópica esteve associada a maior rigidez logo após a cirurgia [4]. Ao comparar os métodos artroscópico e aberto em **476** pacientes, ambos geraram resultados satisfatórios, sem **nenhuma diferença identificável** [5].

Estudos laboratoriais, por sua vez, demonstram diferenças reais na resistência da fixação: parafusos de interferência e maior número de suturas resultam em reparos mais resistentes. Além disso, a fixação suprapeitoral e subpeitoral são biomecanicamente equivalentes, desde que os fatores de confusão sejam controlados [6]. Contudo, essa maior resistência não se traduz em diferenças clínicas mensuráveis – um padrão recorrente na cirurgia do ombro, que merece atenção ao se afirmar que determinada técnica é mais eficaz.

O DIAGNÓSTICO É, DE FATO, A PARTE MAIS DIFÍCIL

Como as opções de tratamento apresentam resultados semelhantes, a maior parte da incerteza está na fase inicial: na decisão de que o tendão do bíceps é, de fato, a origem da dor. Ele está localizado ao lado do manguito rotador, e os sintomas se sobrepõem.

O exame físico foi testado em comparação com os achados reais na artroscopia. A realização do **teste do “uppercut” associado à presença de sensibilidade na sulco bicipital** apresenta a maior sensibilidade e especificidade combinadas entre todas as manobras conhecidas [7]. Isso é útil justamente porque se trata de uma combinação de testes; nenhum teste isolado consegue estabelecer o diagnóstico.

A consequência prática é que um problema no tendão do bíceps é identificado com maior confiabilidade quando os achados do exame físico, os exames de imagem e o padrão dos sintomas coincidem. Quando isso não ocorre, o tendão pode ser apenas um “espectador” da situação, e uma cirurgia nele provavelmente não resolverá o problema.

REFERÊNCIAS

- [1] Elser F, Braun S, Dewing CB, Giphart JE, Millett PJ. Anatomia, função, lesões e tratamento do tendão da cabeça longa do bíceps braquial. *Arthroscopy*. 2011;27(4):581-92. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2010.10.014>
- [2] Gurnani N, van Deurzen DFP, Janmaat VT, van den Bekerom MPJ. Tenotomia ou tenodese para patologias da cabeça longa do bíceps braquial: uma revisão sistemática e meta-análise. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2015;24(12):3765-71. <https://doi.org/10.1007/s00167-015-3640-6>
- [3] Slenker NR, Lawson K, Ciccotti MG, Dodson CC, Cohen SB. Tenotomia versus tenodese do bíceps: resultados clínicos. *Arthroscopy*. 2012;28(4):576-82. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2011.10.017>
- [4] Belk JW, Thon SG, Hart J, McCarty EC. Tenodese subpeitoral versus suprapeitoral do bíceps apresenta resultados clínicos semelhantes: uma revisão sistemática. *J ISAKOS*. 2021;6(6):356-62. <https://doi.org/10.1136/jisakos-2020-000543>
- [5] Abraham VT, Tan BH, Kumar VP. Revisão sistemática da tenodese do bíceps: abordagem artroscópica versus aberta. *Arthroscopy*. 2015;32(2):365-71. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2015.07.028>
- [6] Aida HF, Shi BY, Huish EG, McFarland EG, Srikumaran U. A escolha do implante e a abordagem cirúrgica estão associadas à resistência da tenodese do bíceps? Uma revisão sistemática e meta-regressão. *Am J Sports Med*. 2019;48(5):1273-80. <https://doi.org/10.1177/0363546519876107>
- [7] Rosas S, Krill MK, Amoo-Achampong K, Kwon K, Nwachukwu BU, McCormick F. Exame físico prático, baseado em evidências e abrangente (PEC) para o diagnóstico de patologias da cabeça longa do bíceps. *J Shoulder Elbow Surg*. 2017;26(8):1484-92. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2017.03.002>