

Patologia do tipo SLAP e do bíceps

Os problemas SLAP e da âncora do bíceps frequentemente causam dor profunda no ombro durante arremessos acima da cabeça e outras atividades acima da cabeça.

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 dor de uma lesão SLAP fica profundamente dentro do ombro, na parte de cima da articulação. Talvez você não consiga apontar um único ponto dolorido na parte de fora. Muitas vezes ela começa após uma queda ou um puxão repentino no braço, ou pode surgir aos poucos, o que é comum em pessoas que fazem arremessos acima da cabeça, como jogadores de críquete ou arremessadores de beisebol.

Muitas pessoas notam uma dor profunda durante ou após atividades acima da cabeça. Algumas descrevem uma sensação de braço morto ou pesado ao levantá-lo, junto com cansaço ou uma sensação de travamento. Se o problema estiver no próprio tendão do bíceps, você pode sentir cliques ou estalos ao levantar o braço acima da cabeça. Um tendão que se rompeu pode deixar um volume visível na parte da frente do braço, muitas vezes chamado de sinal do Popeye.

No dia a dia, o que dói são as atividades que sobrecarregam a parte de cima do ombro: alcançar uma prateleira alta, levantar uma bolsa pesada, arremessar uma bola ou trabalhar com o braço acima da altura do ombro. A dor tende a piorar depois da atividade, e não logo ao acordar. A força e os movimentos muitas vezes continuam preservados, e esse é um dos motivos pelos quais esse problema é confundido com outras condições do ombro.

Vale a pena saber uma coisa: a lesão SLAP raramente aparece sozinha. Na maioria dos casos, ela vem acompanhada de outro problema no mesmo ombro, como desgaste do manguito rotador ou uma ruptura do labrum. Esse é um dos motivos pelos quais a dor pode parecer vaga e difícil de localizar, e pelos quais o seu cirurgião vai examinar o ombro inteiro, e não apenas um ponto.

Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar o braço, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista.

O que está realmente acontecendo

O seu ombro é uma articulação do tipo bola e cavidade. Ao redor da borda da cavidade fica um anel de cartilagem macia chamado labrum, que funciona um pouco como uma vedação de borracha, aprofundando a cavidade e mantendo a bola encaixada. O tendão da cabeça longa do bíceps se fixa diretamente na parte de cima desse anel, de modo que os dois formam uma estrutura contínua. Quando a parte de cima do labrum se rompe, ela leva consigo parte da fixação do bíceps. É isso que é uma lesão SLAP: uma ruptura na parte de cima da vedação, onde o bíceps se fixa.

A ruptura geralmente é causada por uma força. Uma queda sobre o braço esticado, um puxão repentino no braço ou o esforço repetido de arremessar podem descolar a parte de cima do labrum da borda da cavidade, como um rótulo que se solta de um pote. Em pessoas que fazem arremessos acima da cabeça, o ombro fica rígido na parte de trás ao longo de anos de prática. Essa rigidez inclina a bola levemente para cima e para trás durante o movimento de arremesso, torcendo a parte de cima do labrum a cada vez. A mesma tensão também se transmite ao longo do próprio tendão do bíceps, que pode ficar inflamado, desgastado ou instável, a ponto de dar cliques ou estalos no seu sulco na parte da frente do ombro.

Esses problemas explicam os sintomas descritos acima. A dor profunda vem do labrum rompido e do tendão irritado na parte de cima da articulação. O travamento e os cliques vêm da borda rompida, que se movimenta quando você levanta o braço. E, como o bíceps ajuda a estabilizar a bola na cavidade, uma ruptura nesse ponto pode deixar o seu braço fraco ou com sensação de braço morto durante atividades acima da cabeça.

As lesões SLAP também são classificadas em graus conforme a extensão da ruptura, desde um desgaste da borda até uma ruptura que divide o labrum e se estende para dentro do próprio tendão do bíceps. Nos graus mais altos, em que o tendão do bíceps também está rompido, tratar o bíceps, em vez de reparar o labrum, tende a se tornar o plano mais provável.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo seu médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na sua consulta, colhemos o seu histórico, examinamos o ombro e solicitamos exames de imagem quando eles forem úteis. Os exames de imagem do labrum e do bíceps não são perfeitos; por isso, nós os interpretamos junto com a sua história e o seu exame físico, e não isoladamente.

A maioria das lesões SLAP passa primeiro por um teste adequado de tratamento não cirúrgico. Isso significa repouso de arremessos ou de outros esportes acima da cabeça, medicamentos anti-inflamatórios e fisioterapia. O programa de fisioterapia visa fortalecer o manguito rotador e os músculos ao redor da escápula, além de alongar as estruturas tensas na parte de trás do ombro. Em quem arremessa, parte do trabalho é corrigir falhas no próprio movimento de arremesso, pois muitas vezes é isso que continua sobrecarregando a ruptura. Dê a esse tratamento no mínimo 3 meses antes de julgá-lo. Muitas pessoas melhoram com ele e, se o primeiro ciclo não

for suficiente, um segundo ciclo voltado para os problemas específicos encontrados ainda pode ajudar. Atletas de alto nível muitas vezes podem continuar competindo e terminar a temporada enquanto isso acontece.

Se a fisioterapia sozinha não tiver resolvido o problema, podemos oferecer uma injeção de cortisona na articulação do ombro ou no sulco por onde passa o tendão do bíceps. A cortisona é um anti-inflamatório potente. Ela pode aliviar a dor e ajudar a descobrir se a ruptura é realmente a origem dela e, para algumas pessoas, melhora os sintomas o suficiente para que a cirurgia não seja necessária.

A cirurgia entra em consideração quando os sintomas persistem após 3 meses de tratamento não cirúrgico. O plano depende da sua idade, do seu nível de atividade, do aspecto da ruptura e do que mais estiver acontecendo no ombro. Em algumas rupturas, especialmente em pessoas jovens e ativas, o labrum é reparado de volta na cavidade. Em outras, principalmente em pessoas com mais de 30 anos e menor demanda física, tratar o tendão do bíceps funciona melhor: o tendão é solto do labrum rompido e refixado mais abaixo no braço, ou simplesmente solto. Qual opção é a mais adequada para você é uma decisão que tomamos juntos, avaliando o que cada uma envolve. Se um cisto no ombro estiver pressionando um nervo, a cirurgia é considerada mais cedo, porque esperar pode deixar uma fraqueza duradoura.

O que esperar

Sem tratamento, a dor profunda na parte de cima do ombro geralmente continua piorando após atividades acima da cabeça, em vez de melhorar sozinha. O repouso de arremessos, os medicamentos anti-inflamatórios e a fisioterapia resolvem o problema para muitas pessoas, e as seções anteriores desta página descrevem esse tratamento em detalhe. Se o primeiro ciclo não for suficiente, um segundo ciclo voltado para os seus problemas específicos ainda pode ajudar.

Se a cirurgia for o caminho escolhido, a perspectiva depende da sua idade, do seu nível de atividade e do que mais estiver acontecendo no ombro. A maioria das pessoas volta às atividades acima da cabeça que fazia antes após o reparo da ruptura. Em pessoas com menos de 50 anos que têm uma ruptura junto com um problema do manguito rotador, os resultados e o retorno às atividades tendem a seguir um curso estável.

Para ser honesto, o quadro não é perfeito. Algumas pessoas que fazem o reparo do labrum precisam de nova cirurgia mais tarde. Em um grupo de jovens militares acompanhados a longo prazo, 40% dos que fizeram o reparo acabaram tendo o tendão do bíceps tratado depois, enquanto nenhum dos que tiveram o bíceps tratado primeiro precisou de revisão. No geral, cerca de 10 em cada 100 pessoas que fazem apenas o reparo do labrum precisam de outra operação mais tarde, e muitas vezes isso acontece porque um segundo problema no ombro veio à tona. Idade acima de 40 anos, tabagismo, obesidade e irritação do próprio tendão do bíceps aumentam a chance de precisar de uma cirurgia de revisão.

Também há pontos que vale a pena conhecer se você estiver avaliando as suas opções. Apenas aparar o tecido rompido, sem repará-lo, tende a perder o efeito com o tempo: o alívio da dor que ajuda a maioria das pessoas em um ano ajuda menos pessoas em dois anos, e menos da metade volta ao nível de esporte anterior nesse momento. Em pessoas com alta demanda física que têm tanto uma ruptura quanto irritação do bíceps, combinar um reparo com o tratamento do bíceps foi associado a resultados piores do que tratar apenas um dos problemas.

Qual opção é a mais adequada para você é uma decisão que o seu cirurgião toma junto com você, com base na sua idade, no seu esporte e na própria ruptura.

Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar o braço, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista.

Quando procurar ajuda médica

Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista se a dor profunda no ombro não melhorar após algumas semanas de repouso das atividades acima da cabeça, ou se ela continuar voltando toda vez que você arremessa, levanta algo acima da altura do ombro ou alcança algo no alto. Procure ajuda mais cedo se o braço ficar morto ou pesado quando você o levanta acima da cabeça, se notar novos cliques ou estalos na parte da frente do ombro, ou se o braço parecer fraco a ponto de impedir você de trabalhar ou praticar esportes. Se um volume tiver aparecido na parte da frente do braço após uma lesão, ou se o ombro tiver começado a travar ou a falhar, isso também merece uma avaliação. Esta condição não envolve uma emergência, mas quanto antes o ombro for examinado, mais cedo você e o seu médico de família poderão definir um plano.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. As lesões SLAP merecem uma leitura mais aprofundada, pois são o tipo de diagnóstico no ombro em que tanto os testes clínicos quanto os exames de imagem apresentam menor confiabilidade; além disso, a cirurgia hoje preferida não é aquela que visa reparar a própria lesão.

O TESTE DO EXAME FÍSICO NÃO SUSTENTA O DIAGNÓSTICO

O teste de Compressão Ativa (O'Brien) é a manobra mais associada às lesões SLAP. Avaliado em **3.091** pacientes, esse teste apresenta **capacidade limitada tanto para triagem quanto para confirmação**; os autores afirmam claramente que **não recomendam seu uso na tomada de decisões clínicas** [1].

Essa é uma conclusão bastante negativa para uma revisão diagnóstica, e ela se aplica ao teste mais frequentemente citado como positivo em cartas de encaminhamento.

E A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA TAMBÉM NÃO CONSEGUE EXCLUIR A PRESENÇA DA LESÃO

Os exames de imagem são melhores, porém incompletos. Em **2.916** pacientes, a ressonância magnética apresentou **sensibilidade moderada, porém excelente especificidade e precisão**, sendo útil para **confirmar** a presença de uma lesão SLAP; contudo, **não consegue excluir definitivamente** sua existência, sendo a artroscopia o padrão-ouro de diagnóstico [2].

Considerando ambos os resultados, a conclusão prática é a seguinte: um exame de ressonância magnética positivo é informativo, enquanto um resultado negativo não é conclusivo; além disso, o exame físico acrescenta pouco em qualquer dos casos. Esse é o principal motivo pelo qual as lesões SLAP são sobrediagnosticadas em

ombros cuja dor tem outra causa, e por que tratar um achado incidental no labrum superior é um erro reconhecido, especialmente em ombros mais velhos, nos quais o desgaste nesse local é uma alteração esperada com a idade.

A TENODESE SUPEROU O REPARO CIRÚRGICO – E HÁ MOTIVOS PARA ISSO

Nos casos em que uma ruptura do tipo II isolada realmente causa sintomas, existem duas opções cirúrgicas: reparar o labrum de volta à cavidade glenoidal ou desinsere o tendão do bíceps e reinseri-lo mais abaixo, eliminando assim a força que pressiona o labrum lesionado.

Em **881** pacientes, **o reparo SLAP e a tenodese do bíceps são ambos aceitáveis** como tratamento inicial; embora o reparo ainda seja o procedimento mais realizado, a tenodese demonstrou **eficácia equivalente e é uma alternativa atraente** [3]. Uma análise de decisão envolvendo **908** pacientes foi mais longe: **a tenodese é preferível ao reparo, pois oferece maior valor esperado**, e a meta-análise confirmou resultados favoráveis com maior frequência [4].

A lógica mecânica por trás disso é a seguinte: o reparo restaura a anatomia, mas o tendão do bíceps continua puxando sobre a área em processo de cicatrização; em ombros mais velhos ou rígidos, isso frequentemente gera dor persistente e perda da rotação externa. Já a tenodese abandona a anatomia original e elimina essa força deformante. Os resultados têm favorecido a eliminação dessa força.

A exceção são os atletas jovens que praticam esportes com movimentos acima da cabeça: nesses casos, abrir mão da inserção do bíceps representa uma decisão funcional mais complexa, e o reparo cirúrgico ainda tem seu lugar.

POR QUE O BÍCEPS E O LABRUM SÃO TRATADOS COMO UM ÚNICO TEMA

A cabeça longa do bíceps se liga diretamente ao labrum superior; ambos são contínuos. Portanto, uma ruptura nessa junção constitui simultaneamente uma lesão do labrum e uma lesão no ponto de fixação do bíceps. É por isso que a cirurgia no bíceps também trata da lesão do labrum, e por que os sintomas se sobrepõem tanto à tendinopatia do bíceps que, na prática clínica, ambas as condições muitas vezes são indistinguíveis.

REFERÊNCIAS

- [1] Davis C, Immormino J, Higgins BM, Clark K, Engebose S, Garcia AN, et al. Utilidade diagnóstica do Teste de Compressão Ativa para lesões do labrum superior anterior-posterior: uma revisão sistemática com meta-análise. *Shoulder Elbow*. 2018;11(5):321-31. <https://doi.org/10.1177/1758573218811656>
- [2] Nosratpour M, Zarei H, Zaker Moshfegh M, Mahdavi M, Moteshakereh SM, Shirvani P, et al. Precisão diagnóstica da ressonância magnética na detecção de lesões do labrum superior anterior-posterior: uma revisão sistemática e meta-análise. *JSES Int*. 2025;9(6):1972-87. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2025.05.023>
- [3] de SA D, Arakgi ME, Lian J, Crum RJ, Lin A, Lesniak BP. Reparo do labrum versus tenodese do bíceps no tratamento cirúrgico primário de lesões do tipo II do labrum superior anterior-posterior: uma revisão sistemática. *Arthroscopy*. 2019;35(6):1927-38. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2018.12.015>
- [4] Recker AJ, Waters TL, Bullock G, Rosas S, Scholten DJ, Nicholson K, et al. A tenodese do bíceps apresenta maior valor esperado do que o reparo em casos de lesões isoladas do tipo II do labrum superior anterior-

posterior: uma análise de decisão e meta-análise. Arthroscopy. 2022;38(10):2887-2900. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2022.05.005>