

DOR LATERAL NO JOELHO DO ATLETA: UM RARO CASO DE LUXAÇÃO DO TENDÃO DO BÍCEPS FEMORAL

LATERAL PAIN IN AN ATHLETE'S KNEE: A RARE CASE OF DISLOCATION OF THE FEMORAL BICEPS TENDON

Aires Duarte Junior¹, Nilson Severino², Ana Paula Simões da Silva³, Marcos Vaz de Lima³,
Vanessa Ribeiro Resende⁴, Paulo F. Kertzman⁴

RESUMO

A luxação do tendão do bíceps femoral é uma condição rara, descrita na literatura clinicamente com uma dor lateral do joelho e inicialmente relatada como uma inserção anômala da cabeça longa do bíceps femoral. Depois se verificou que a causa é uma mobilidade anormal do tendão sobre a proeminência da cabeça da fibula em determinados ângulos de flexão do joelho. O objetivo deste relato de caso raro é descrever e discutir sobre o quadro de dor lateral no joelho num atleta de natação que iniciou a subluxação do bíceps femoral durante a prática esportiva, que o incapacitava de realizar provas e torneios. O caso é discutido frente à literatura levantada, à provável etiologia traumática de repetição que levou a essa condição, além do tratamento cirúrgico que foi realizado, obtendo excelente resultado e retorno a prática esportiva habitual.

Descritores – Atleta; Bíceps Femoral; Joelho

ABSTRACT

Dislocation of the femoral biceps tendon is rare and is described clinically in the literature as a lateral pain in the knee. It was initially reported as an anomalous insertion of the long head of the femoral biceps. Subsequently, it was found to be caused by abnormal mobility of the tendon over the prominence of the fibular head at certain angles of knee flexion. The objective of the present report was to describe and discuss a condition of lateral knee pain in a swimmer who started to present subluxation of the femoral biceps during sports practice, which incapacitated him from taking part in trials and competitions. The case is discussed in the light of the literature surveyed; the likelihood that the etiology for the trauma leading to this condition was repetition; and the surgical treatment instituted, which led to excellent results and the patient's return to his habitual sports practice.

Keywords – Athletes, Femoral Biceps, Knee

INTRODUÇÃO

A subluxação do tendão do bíceps femoral constitui uma situação rara e pouco descrita na literatura. A etiologia e o tratamento são controversos nos poucos artigos encontrados⁽¹⁻⁸⁾. Acredita-se nas alterações anatômicas da proeminência fibular proximal ou nas frequentes microlesões por entorse⁽¹⁾; contudo, mesmo nesses casos, achados intraoperatórios mostraram claramente a

inserção anômala do tendão do bíceps femoral.

As variações anatômicas do complexo que envolvem a inserção do tendão bicapital femoral foram descritas recentemente⁽⁷⁾ num estudo que descreve a cabeça longa e curta, que são divididas em dois braços diferentes cada uma, sendo que a cabeça longa possui um componente tendinoso e aponeurótico (Figura 1).

- O braço direto (BD) insere-se na região posterolateral

1 – Médico Chefe do Grupo de Trauma Esportivo da Santa Casa de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

2 – Doutor e Mestre pelo Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Médico Chefe do Grupo de Joelho da Santa Casa de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

3 – Mestre e Assistente do Grupo de Trauma Esportivo da Santa Casa de São Paulo – São Paulo, SP, Brasil.

4 – Mestrando pelo Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo; Médico e Voluntários do Grupo de Trauma Esportivo – São Paulo, SP, Brasil.

Trabalho realizado no Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – SCMSP.

Correspondência: Pavilhão Fernandinho Simonsen – Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Rua Cesário Mota Júnior, 112, Santa Cecília – 01221-020 – São Paulo, SP. E-mail: apaulass@gmail.com

Trabalho recebido para publicação: 05/12/2011, aceito para publicação: 01/02/2012.

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses na realização deste trabalho / *The authors declare that there was no conflict of interest in conducting this work*

Este artigo está disponível online nas versões Português e Inglês nos sites: www.rbo.org.br e www.scielo.br/rbort
This article is available online in Portuguese and English at the websites: www.rbo.org.br and www.scielo.br/rbort

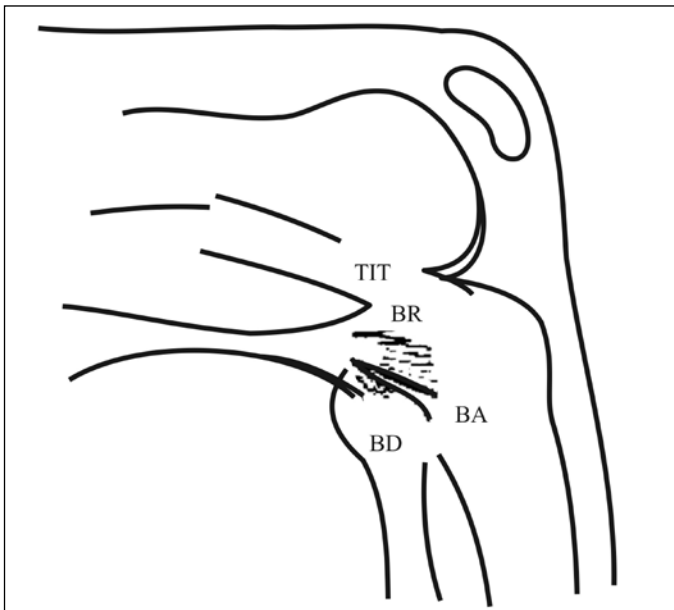


Figura 1 – Representação esquemática da inserção da cabeça longa do bíceps femoral na fíbula BA: Braço anterior + BD: Braço direito = formam a parte tendinosa da cabeça longa. TIT: Trato iliotibial + BR: porção reflexa = formam uma expansão aponeurótica da cabeça longa do bíceps.

da cabeça da fíbula e o braço anterior (BA) insere-se na região anterolateral. Adjacente à tibia inserem-se os dois braços do componente tendinoso.

- O braço aponeurótico da cabeça longa insere-se na região posterior, formando o braço reflexo (BR) e também se expande na inserção do trato iliotibial (TIT), no tubérculo de Gerdy.

Relataremos um caso incomum de luxação do bíceps femoral resultante de provável trauma repetitivo durante os treinos de natação de um atleta sem anomalias anatômicas aparentes.

RELATO DO CASO

Paciente masculino de 19 anos, praticante de natação de nível competitivo, relata treinamento de quatro horas por dia todos os dias da semana. Vinha bem quando, após treino habitual, percebeu estalido na região lateral do joelho esquerdo, sem dor inicialmente, e que não atrapalhava suas atividades habituais. Após dois meses, iniciou-se processo doloroso.

Foi tratado inicialmente com fisioterapia e, sem melhora após um mês, relatou aumento progressivo da dor e incapacidade para prática esportiva e, apesar do uso de medicação analgésica e anti-inflamatória, tinha incapacidade para deambulação normal. Foi orientado a iniciar repouso relativo do membro por duas semanas e foi intensificada a fisioterapia; porém, persistia com dor e estalido lateral no joelho a qualquer movimento de flexão.

O exame físico não mostrava alteração da amplitude de movimento, o alinhamento dos membros era normal e os testes para lesão meniscal ou ligamentar eram negativos. O paciente apresentava dor à palpação da região da cabeça da fíbula e, durante a flexão do joelho em torno de 80 graus, notava-se a subluxação da porção longa do músculo bíceps femoral sobre a cabeça da fíbula, sendo que, nesse momento, o paciente referia dor. O fenômeno era mais intenso com a perna em rotação interna. O joelho contralateral era normal e sem queixas.

As radiografias eram normais sem qualquer proeminência da cabeça da fíbula (Figura 2). O ultrassom dinâmico mostrava que o tendão do bíceps femoral subluxava sobre a cabeça da fíbula.

Na ressonância magnética, havia presença de bursite na região da inserção do braço longo do bíceps na cabeça da fíbula, sem qualquer outra anormalidade tanto do tendão quanto na sua inserção ou da cabeça da fíbula (Figura 3).

Optou-se pelo tratamento cirúrgico, durante o qual foi possível reproduzir a subluxação mesmo após a anestesia, quando se fazia flexão acima de 80 graus com a perna em rotação interna. Visualizou-se que a inserção do bíceps era normal; porém, durante a flexão o tendão, luxava sobre a cabeça da fíbula. Foi realizada osteoplastia da cabeça da fíbula, retirando-se parte de sua região lateral (Figura 4). Após esse procedimento, verificou-se não haver mais o sobressalto do tendão. Não foi utilizado nenhum tipo de imobilização e a carga foi permitida no pós-operatório imediato.

O paciente evoluiu bem e, após 15 dias, retornou gradativamente à atividade normal, atingindo nível competitivo em dois meses e totalmente assintomático.



Figura 2 – Radiografia anteroposterior e perfil, sem alterações ósseas, do joelho acometido por subluxação do tendão do bíceps femoral.

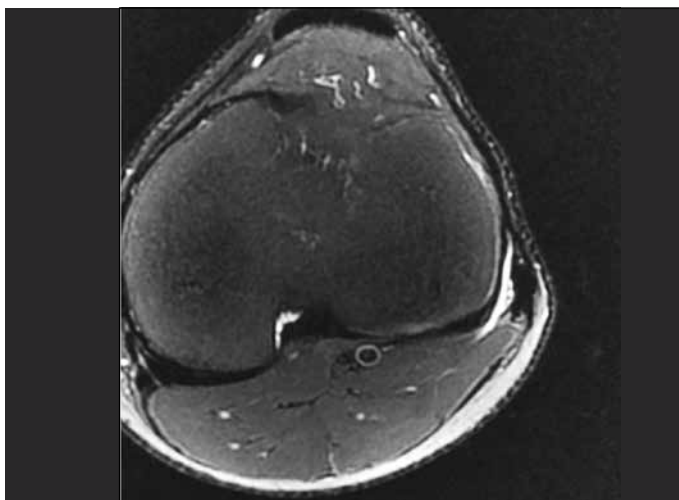


Figura 3 – Ressonância magnética mostrando bursite na região na inserção do braço direto do bíceps femoral.



Figura 4 – Intraoperatória e osteoplastia lateral da cabeça da fíbula.

DISCUSSÃO

A sintomatologia de “estalido” no joelho, também denominada de “snapping do joelho” pode ser decorrente de inúmeras causas tanto intra como extra-articulares. As intra-articulares mais comumente descritas

são: menisco discoide, lesão meniscal, corpos livres e plicas sinoviais⁽²⁾. Como causa extra-articular temos a síndrome do trato iliotibial, síndrome do tendão do poplíteo, síndrome do semitendinoso e, mais raramente, a subluxação do bíceps femoral⁽¹⁻⁸⁾.

A revisão da literatura mostra oito casos descritos⁽¹⁻⁸⁾ de subluxação da porção longa do bíceps femoral – “snapping do bíceps femoral” – e, dentre elas, várias teorias são propostas para explicar a origem da doença. A complexa e variável anatomia da inserção do tendão do bíceps femoral tem sido estudada com grandes detalhes; o estudo mais recente⁽⁸⁾ revela que a cabeça longa do bíceps possui um braço direto com inserção na região posterolateral da cabeça da fíbula, e outro anterior inserido na borda anterolateral da cabeça da fíbula adjacente à tibia, ambos de origem tendinosa. Outro braço, aponeurótico, chamado de porção reflexa, se insere na borda posterior do trato iliotibial e tubérculo de Gerdy (Figura 1). No caso relatado por Bansal *et al*⁽⁷⁾, os autores sugerem que a causa da doença seja a lesão da porção reflexa, como encontrado no nosso caso. A Tabela 1 traz a descrição e comparação dos casos apresentados na literatura.

Outros autores^(2,3,5,6) sugerem anormal inserção da porção longa do bíceps, ou seja, mais anterior na cabeça da fíbula. Outras causas sugeridas são: bifurcação mais distal da cabeça longa do bíceps⁽⁴⁾ e proeminência na cabeça fibular com inserção normal do tendão⁽¹⁾.

Seis dos oito casos descritos⁽¹⁻⁶⁾ foram bilaterais (Tabela 1) e apenas dois acometendo um membro, como no nosso relato, e, apesar de a maioria ser bilateral, nem sempre foi necessário tratamento cirúrgico no lado contralateral, já que eram assintomáticos. Apenas dois casos foram descritos como traumáticos^(7,8).

No caso descrito, notou-se, no ato cirúrgico, que o tendão da porção longa do bíceps femoral deslizava sobre a cabeça da fíbula e, aparentemente, a porção reflexa

Tabela 1 – Casos descritos na literatura mundial até a presente data.

Autor	Idade/sexo	Trauma	Contra lateral	Causa	Tratamento
Kristensen <i>et al</i> ⁽⁵⁾	20/M	não	sim	Anormal inserção anterior na tibia	Excisão parcial cabeça fíbula
Lokiec <i>et al</i> ⁽⁶⁾	23/M	não	sim	Inserção anormal anterior na cabeça da fíbula	Reinserido tendão posteriormente
Hernandez <i>et al</i> ⁽¹⁾	16/M	sim	sim	Inserção anormal anterior na tibia proximal	Sutura do tendão através de túnel na cabeça fíbula
Kissenberth e Wilckens ⁽⁴⁾	20/M	não	sim	Bifurcação mais distal da cabeça longa do bíceps	Braço anterior cortado e ancorado posteriormente
Bach e Minihane ⁽²⁾	24/M	não	sim	Proeminência da cabeça da fíbula; inserção normal	Excisão parcial da cabeça fíbula bilateral
Bagchi e Grelsamer ⁽³⁾	22/M	não	sim	Inserção anormal anterior e proximal da tibia	Excisão parcial com reinserção na fíbula bilateral
Bansal <i>et al</i> ⁽⁷⁾	19/M	sim	não	Lesão da porção reflexa	Resutura através de túnel na cabeça da fíbula
Nosso caso	19/M	não	não	Lesão da porção reflexa	Osteoplastia lateral da cabeça fíbula

estava rota, permitindo assim o deslizamento do tendão que provocava o estalido. Vale ressaltar que muitas vezes fica difícil caracterizar a etiologia da luxação, pois o uso de garrote pneumático ou mesmo o fato de haver relaxamento muscular devido anestesia fazem com que a subluxação não ocorra; neste caso, durante abordagem, notou-se saída de líquido sinovial após abertura da bursa descrita na ressonância magnética, o que sugeria processo inflamatório local, podendo confirmar a presença do processo irritativo local. Optou-se por osteoplastia lateral na cabeça da fíbula. Após esse procedimento, verificou-se que houve estabilização do tendão sem a necessidade de se fazer tenodese.

Portanto, devido à subluxação da porção longa do

bíceps femoral ser uma entidade rara e com múltiplas causas, seu tratamento cirúrgico ainda é controverso. Apesar de exame clínico rigoroso, exploração radiológica por imagem de ressonância magnética e ultrassom, a determinação da etiologia é difícil e muitas vezes só esclarecida durante o ato cirúrgico. Na literatura, a maioria dos casos não tem como trauma sua causa inicial. A descrição da inserção anômala e complexa do tendão dificulta a programação cirúrgica nos casos sintomáticos; assim sendo, a decisão da melhor conduta deve ser tomada durante o ato cirúrgico. Portanto, o conhecimento da anatomia local, das prováveis causas e das diferentes técnicas cirúrgicas é fundamental para se poder decidir o melhor a ser feito durante o ato cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Hernandez JA, Ruis M, Noonan KJ. Snapping knee form anomalous biceps femoris tendon insertion: a case report. *Iowa Orthop J.* 1996;16:161-3.
2. Bach BR, Minihane K. Subluxating biceps femoris tendon: an unusual case of lateral knee pain in a soccer athlete. *Am J Sports Med.* 2001;29(1): 93-5.
3. Bagchi K, Grelsamer RP. Partial fibular head resection for bilateral snapping biceps femoris tendon. *Orthopedics.* 2003;26(11);1146-9.
4. Kissenberth MJ, Wilckens JH. The snapping biceps femoris tendon. *Am J Knee Surg.* 2000;13(1);25-8.
5. Kristensen G, Nielsen K, Blyme PJ. Snapping knee form biceps femoris tendon. A case report. *Acta Orthop. Scand.* 1989;60(5):621.
6. Lokiec F, Velkes S, Shindler A, Pritsch M, The snapping biceps femoris syndrome. *Clin Orthop Relat Res.* 1992;(283):205-6.
7. Bansal R, Taylor C, Pimpalnerkar AL. Snapping knee: an unusual biceps femoris tendon injury. *Knee.* 2005;2(6):458-60.
8. Marshall JL, Girgis FG, Zelko RR. The biceps femoris tendon and its functional significance. *J Bone Joint Surg Am.* 1972;54(7):1444-50.