

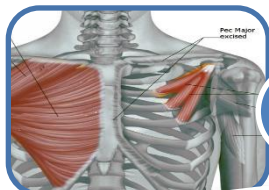
SAMUEL RIBAK – MAYQUE RODRIGUES OLIVEIRA ALVES

Pontificia Universidad Católica de Campinas



Introdução

Em Paralisia Braquial Obstétrica, alguns casos podem evoluir tardiamente com déficits residuais de movimentos da abdução e rotação externa, pela retração dos elementos anteriores os quais incluem o músculo peitoral maior. (PM). Em nosso grupo, durante o tratamento cirúrgico de casos tardios observamos de maneira macroscópica no intraoperatório, alterações no PM em sua porção inferior a qual limita a amplitude de movimento.



Objetivo

Investigar com maior precisão o músculo peitoral maior em sua porção inferior e suas alterações macroscópicas e histopatológicas

Série de cinco pacientes com contraturas de partes moles submetidos a procedimentos cirúrgicos para melhorar a rotação externa do ombro

Métodos

Pacientes que apresentaram alterações morfológicas ectoscópicas intraoperatórias do PM

Técnica Cirúrgica



Incisão na região anterior do ombro para identificar as estruturas que estão retraídas para serem liberadas

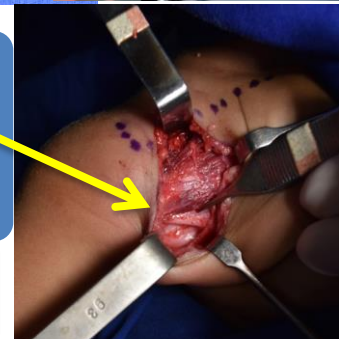
Na sequência, são realizadas manobras de rotação externa e abdução do ombro e verificado o grau de limitação, para comparação após a liberação das estruturas retraídas

uma zona de coloração diferente é encontrada em sua porção inferior

Este segmento inferior foi removido para avaliação anatomopatológica

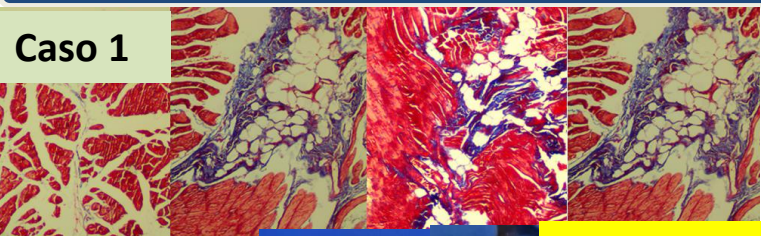
Resultados

Análise macroscópica: Em todos os casos, área de retração muscular foi encontrada ao longo da região inferior do m.peitoral maior com coloração diferente das demais. Sua textura também estava alterada (mais tensa) Após a excisão desse segmento e consequente liberação do PM, repetiu-se a manobra dos movimentos passivos de abdução e rotação externa, observando-se visível melhora da ADM em todos os casos.



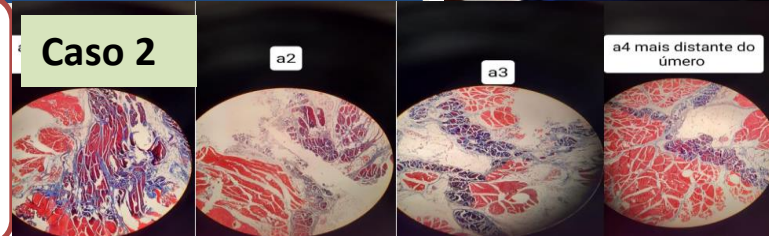
Análise microscópica: Todas as amostras colhidas apresentavam tecido fibrótico ou inflamatório de graus variados

Caso 1



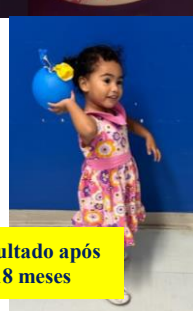
As áreas coradas em vermelho correspondem à musculatura do PM e as áreas em azul correspondem às zonas de fibrose

Caso 2



Caso clínico

Pré-op Deficit de Rotação externa



Comparação entre movimentação passiva no pré-operatório e após liberação de partes moles

Transferência do Trapézio Contralateral para Restaurar a Rotação Externa do Ombro

Resultado após 18 meses

Discussão

Nosso estudo mostrou em todos os casos essa alteração macroscópica e comprovou que a liberação do PM foi efetiva removendo apenas essa porção, permitindo a melhora imediata dos movimentos de abdução e rotação externa quando realizada passivamente logo após.

O estudo microscópico mostrou que no segmento removido que havia áreas de graus variáveis de fibrose, evidenciando que a porção inferior do músculo apresenta-se como um tecido distinto das demais porções musculares normais

Conclusão

Com o conhecimento de tais alterações anatômicas, podemos inferir que, diante da necessidade de liberação das estruturas musculares retraídas, a liberação do **músculo peitoral maior** deve ser realizada pela excisão de seu segmento inferior que se encontra alterado e em contratura