

Luxação anterior inveterada de ombro

Resultados obtidos no tratamento cirúrgico*

SÉRGIO L. CHECCHIA¹, PEDRO DONEUX S.², ALBERTO N. MIYAZAKI²,
GERSON BAUER³, MIGUEL AKKARI³, EDGAR ACERO J.³

RESUMO

A luxação anterior inveterada de ombro é lesão pouco freqüente e, ainda hoje, grande desafio ao ortopedista. No período de abril de 1987 a setembro de 1995 foram operados 17 ombros (17 pacientes) para o tratamento dessa lesão. A média do tempo entre a luxação e o tratamento foi de 32 semanas e a média de idade, 48,5 anos. Consideramos como inveteradas todas as luxações com mais de três semanas sem tratamento. Dos 17 pacientes operados, 13 foram avaliados após seguimento médio de 33,7 meses, pois dois estavam em pós-operatório recente e outros dois não retornaram ao serviço após alta hospitalar. Na avaliação dos resultados (UCLA), em um paciente foram considerados excelentes, em cinco, bons, em três, regulares e em quatro, ruins. Portanto, seis pacientes com resultados satisfatórios e sete com insatisfatórios. Estes resultados foram submetidos a análise estatística e pudemos concluir que existe relação significativa entre o tempo em que o ombro permaneceu luxado e o resultado obtido. O tipo de cirurgia foi definido com base no tempo em que o ombro permaneceu luxado e o aspecto intra-operatório da cartilagem articular. A abordagem cirúrgica com redução e capsuloplastia, quando indicada, seguida de fisioterapia pós-operatória, mostrou ser o melhor caminho para a obtenção de êxito no restabelecimento das funções do ombro acometido.

SUMMARY

Inveterate anterior shoulder dislocation

The old, unreduced anterior shoulder dislocation is a rare lesion, and also a challenge to treat even now. The authors operated on 17 shoulders of 17 patients with this lesion from April 1987 to September 1995. Mean time from dislocation to treatment was 32 weeks, mean age of patients being 48.5 years. Old lesions were considered to be those with more than three weeks without treatment. Thirteen of these patients were evaluated with a mean follow-up of 33.7 months. Two patients had a short follow-up and the other two were lost. Resorting to the UCLA Score System, one result was excellent, five good, three fair, and four were poor, in a total of six patients with satisfactory results, and seven with unsatisfactory results. Submitting results to statistical analysis, a correlation was made of the time elapsed between dislocation and treatment, and the final outcome. The surgical procedure was defined based on the time in which the shoulder remained dislocated and the quality of joint surfaces. Open reduction plus capsuloplasty, whenever feasible, followed by rehabilitation, appeared to be the best treatment option in terms of the final functional outcome.

INTRODUÇÃO

Desde sua primeira descrição, a luxação anterior inveterada do ombro é para o ortopedista problema de difícil solução. A falta de definição quanto ao melhor tratamento faz com que várias técnicas cirúrgicas sejam utilizadas, porém resultados insatisfatórios são freqüentes^(2,6,15,22).

É importante levar em conta que, geralmente, os pacientes acometidos por esta lesão são etilistas, epiléticos, politraumatizados ou ainda indivíduos com alterações de comportamento, o que dificulta ainda mais o tratamento^(8,11,28,33,34).

* Trab. realiz. no Grupo de Ombro do Dep. de Ortop. e Traumatol. da Santa Casa de Miseric. de São Paulo, Serv. do Prof. Dr. José Soares Hungria Neto.

1. Prof. Assistente do Departamento; Chefe do Grupo de Ombro.
2. Assistente do Departamento; Instrutor do Grupo de Ombro.
3. Residente R4 do Departamento.

De todas as luxações que acometem o corpo, as da cintura escapular ocorrem em mais de 50% dos casos e, destas, 85% envolvem a articulação do ombro (glenumeral)^(7,19).

Complicações podem ocorrer neste tipo de luxação, como a interposição dos tendões do manguito rotador^(3,42), do tendão da cabeça longa do músculo bíceps braquial⁽¹⁸⁾, fraturas associadas do rebordo da glenóide⁽²⁰⁾ ou da extremidade proximal do úmero⁽⁹⁾, ou ainda lesão vasculonervosa devido à proximidade destas estruturas da articulação do ombro, especialmente em pacientes mais idosos⁽³⁵⁾.

A não realização do diagnóstico em pacientes politraumatizados, ou mesmo com alterações de consciência, faz com que as luxações agudas passem despercebidas, levando a manifestações tardias como dor e limitação funcional^(5,15,19). Em outros casos, é a própria falta de perícia do examinador que leva ao erro diagnóstico, mostrando desta maneira a grande importância da avaliação radiográfica associada ao exame clínico criterioso^(8,11,15,33).

O tratamento da luxação inveterada de ombro pode variar desde o fisioterápico, aceitando-se a limitação funcional (dependendo do tempo da lesão, da idade, condições clínicas e atividade do paciente)⁽¹⁵⁾, até procedimentos cirúrgicos mais variados. O tipo de operação depende do tempo de luxação, do tamanho da lesão em partes moles e ósseas, podendo ir desde a redução cruenta até a artroplastia de substituição, total ou parcial^(2,3,7,8,11,13-15,29,33).

Pritchett⁽³³⁾, em 1987, analisa os resultados obtidos com a artroplastia parcial em quatro pacientes (quatro ombros), obtendo dois bons e dois maus resultados. O posicionamento do componente umeral nesses casos foi de 30° a 50° de retroversão.

Postacchini & Facchini⁽³²⁾, em 1987, analisam os resultados do tratamento de cinco pacientes com luxação anterior inveterada: uma artroplastia de ressecção, dois tratados com fisioterapia e dois com redução incruenta. Curiosamente, o único bom resultado relatado foi o do paciente com artroplastia de ressecção.

Deliz & Flatow⁽⁸⁾, em 1993, relatam os resultados do tratamento da luxação anterior inveterada, analisando dez casos operados. Preconizam para pacientes com tempo de luxação menor que três semanas e defeito na cabeça do úmero menor que 40%, redução incruenta; com tempo de luxação entre três semanas e um ano e superfície articular viável, redução cruenta; e, por fim, pacientes com tempo de luxação maior que um ano ou defeito maior que 40%, ressecção da cabeça ou artroplastia de substituição. Em sua série, conseguem resultados satisfatórios em todos os pacientes e ressaltam que,

embora complexa, a reconstrução articular dá resultados claramente superiores aos dos pacientes não operados.

O limite de tempo para que se defina como crônica varia na literatura desde 24 horas⁽⁴⁰⁾ até 45 dias⁽⁴⁾, porém aceitam-se três semanas^(2,16,24,38,44).

A luxação anterior bilateral é ainda mais infreqüente^(5,23,27,43) e foi descrita inicialmente por Mynter⁽²⁶⁾ em 1902, quando relata o caso de um paciente que apresentou convulsão, permanecendo sem diagnóstico por sete semanas.

O objetivo deste trabalho é relatar nossa experiência no tratamento cirúrgico da luxação anterior inveterada do ombro, tentando analisar o resultado de acordo com o tempo em que a articulação permaneceu luxada.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Entre abril de 1987 e setembro de 1995 foram operados 17 ombros de 17 pacientes com luxação anterior inveterada, 12 homens e cinco mulheres. A idade dos pacientes variou de 22 a 76 anos, com média de 46,8 anos; o lado dominante foi acometido em dez ombros.

O tempo transcorrido entre o trauma e o tratamento variou de quatro a 234 semanas, com tempo médio de 32 semanas; foi também calculada a mediana (17 semanas) devido ao fato de os dados se distribuírem de maneira assimétrica.

A etiologia da lesão foi queda ao solo em nove casos, convulsão em dois casos, trauma direto em quatro, acidente automobilístico em um e agressão física em outro. Dois pacientes sofreram trauma craniocéfálico, um destes associado a fratura exposta da perna.

As lesões associadas encontradas no úmero proximal foram: uma fratura do colo cirúrgico, uma do tubérculo maior e duas classificadas em “três partes”. As lesões neurológicas distribuíram-se da seguinte maneira: um caso com lesão do plexo braquial (troncos superior e médio), um com lesão do nervo ulnar e dois com lesão do nervo axilar.

Três pacientes eram etilistas crônicos, dois, epiléticos e um apresentava alterações psiquiátricas. Dois tinham história prévia ao trauma compatível com luxação anterior recidivante.

A queixa principal que levou esses pacientes a procurarem tratamento foi a limitação funcional e a dor. O diagnóstico foi baseado no exame clínico, em que se constatou grande limitação funcional, principalmente para elevação e rotação externa, e radiográfico; foram utilizadas as incidências frente corrigida, axilar e perfil de escápula e, em alguns casos, tomografia axial computadorizada^(8,19,21).

A via de acesso foi a deltopeitoral em todos os casos, estendida em um caso para realizar a exploração do plexo braquial. Quando necessário, realizou-se a tenotomia do tendão conjunto.

Optou-se como tratamento por:

a) Redução e capsuloplastia em sete casos: 1) em três, associadas à reparação do manguito rotador (uma associada à acromioplastia); 2) em três, associadas à reparação da lesão de Bankart (destes, um foi submetido ainda ao encurtamento do subescapular e exploração do plexo braquial); 3) em um caso, associada à fixação com parafusos da fratura do colo cirúrgico;

b) Redução, encurtamento do tendão do subescapular e colocação do coracóide tipo Bristow-Latarjet em um caso;

c) Artroplastia parcial do ombro em seis casos (uma associada ao encurtamento do tendão do músculo subescapular);

d) Artroplastia total em dois casos;

e) Artroplastia de ressecção da cabeça do úmero em um caso.

O tratamento pós-operatório variou de acordo com o achado intra-operatório e com a cirurgia realizada, indo o tempo de imobilização, com membro em adução e rotação interna tipo "Velpeau de malha", de três a quatro semanas.

A análise dos resultados foi feita através de sistema de pontos definido pela *University of California at Los Angeles* (UCLA). Neste sistema, a máxima pontuação é de 35; são considerados excelentes os casos com 34 ou 35 pontos, bons os com pontuação entre 28 e 33, regulares entre 21 e 27 e ruins com 20 pontos ou menos⁽¹⁰⁾.

Para mensurar os graus de amplitude articular, utilizamos o método descrito pela Academia Americana dos Cirurgiões Ortopedistas (AAOS), em que são medidos os ângulos de movimentos em relação à elevação ativa, rotação externa ativa com o cotovelo encostado ao corpo e em 90° de flexão, tendo como zero posição anatômica indiferente. A rotação interna é verificada com o nível vertebral (número da vértebra) alcançado pelo polegar do lado acometido⁽¹⁾.

RESULTADOS

Foram reavaliados 13 pacientes (13 ombros) com seguimento mínimo de sete meses e máximo de 100 meses (média de 33,7 meses). Foram excluídos quatro pacientes (quatro ombros), pois dois não retornaram para reavaliação pós-operatória e outros dois apresentavam curto período de seguimento.

Encontramos pontuação (UCLA) média de 23,7 (sete a 34 pontos), obtendo, então, um resultado excelente, cinco bons,

três regulares e quatro ruins. Portanto, seis resultados satisfatórios (excelentes e bons) e sete insatisfatórios (regulares e ruins). Onze pacientes estavam satisfeitos com os resultados (tabela 1).

As médias da amplitude de movimento ativo pós-operatório foram de 98,7° de elevação (0° a 160°); 31,2° de rotação externa (0° a 70°) e T11 de rotação interna (T7 a S1). Foi excluído da avaliação deste item o paciente tratado com artroplastia total que, por complicação, foi posteriormente submetido a artrodese.

Como complicações decorrentes do tratamento, dois pacientes submetidos a prótese total evoluíram com instabilidade. O primeiro apresentou luxação no 3° e no 7° dia pós-operatório; foi então submetido a revisão e posteriormente a artrodese. O outro luxou no pós-operatório aos cinco meses; foram realizadas revisão com o aumento da retroversão umeral (70°) e nova inserção do tendão do músculo subescapular que estava solto; evoluiu insatisfatoriamente.

Um terceiro paciente que tinha luxado havia seis semanas e foi submetido a capsuloplastia, reparação da lesão do manguito rotador e acromioplastia, evoluiu com necrose da cabeça do úmero. Seu resultado final foi de 26 pontos (regular).

Durante o procedimento cirúrgico de redução da luxação de um paciente, houve lesão do tendão da cabeça longa do músculo bíceps braquial, sendo realizada tenorrafia.

Dos quatro pacientes que apresentavam alterações neurológicas, um tinha lesão do nervo ulnar, mantendo o quadro pré-operatório de garra do 4° e 5° dedos. Outro, que tinha lesão do plexo braquial, melhorou após exploração do plexo, porém sem regressão total do déficit. Os outros dois que apresentavam lesão do nervo axilar evoluíram para a cura. Não houve infecção pós-operatória em nenhum dos casos.

Para avaliarmos os resultados obtidos neste estudo, usamos o teste não-paramétrico *U* de Mann & Whitney⁽⁴¹⁾, tentando relacionar o tempo em que o ombro permaneceu luxado com os resultados obtidos após o tratamento cirúrgico. Para tanto, dividiram-se os resultados em dois grupos: um formado pelos excelentes e bons (satisfatórios) e outro, pelos resultados regulares e ruins (insatisfatórios); trabalhou-se, assim, com maior número de dados por grupo. Como em nossa casuística observamos distribuição assimétrica dos dados para o tempo em que o ombro permaneceu luxado, utilizamos a mediana para fornecer base mais fidedigna para os cálculos. O grupo de resultados satisfatórios incluiu seis pacientes, com mediana de tempo de luxação de nove semanas; já o outro, resultados insatisfatórios, incluiu sete pacien-

TABELA 1
Relação entre o tempo de luxação, procedimento realizado e os resultados obtidos

Pac.	Id.	Tempo de luxação (semanas)	Procedim.	Lesões associadas	Reoperação	Seguim. (meses)	Resultados (UCLA)
1	23	4	C	Fratura do colo cirúrgico		12	Excelente
2	43	4	C+B			20	Bom
3	65	6	C+RMR+AC	Fratura tuber. maior	Necrose	31	Regular
4	36	9	C+B	Lesão nervo axilar		24	Bom
5	52	9	C+B+ES	Lesão plexo braquial		56	Bom
6	46	10	PPO	Fratura 3 partes		58	Bom
7	76	13	PPO+ES			8	Ruim
8	50	17	C+RMR	Lesão manguito rot. Lesão nervo axilar		13	Bom
9	59	17	PTO	Fratura 3 partes	Revisão c/ aumento da retroversão p/ 70°	77	Ruim
10	37	21	PPO			12	Regular
11	62	30	AR	Lesão nervo ulnar		100	Ruim
12	22	43	PPO			7	Regular
13	54	234	PTO		Artrodese	64	Ruim

AR – artroplastia de ressecção; PPO – prótese parcial de ombro; B – reparação da lesão de Bankart; RMR – reparação do manguito rotador; ES – encurtamento do subescapular; PTO – prótese total de ombro; C – capsuloplastia; RC – redução cruenta; AC – acromioplastia; AI – artroplastia de interposição.

tes, com mediana de tempo de luxação de 26 semanas. O resultado obtido com a prova *U* de Mann & Whitney foi estatisticamente significativo ($0,001 < p < 0,002$), isto é, há relação entre os resultados e o tempo de luxação.

DISCUSSÃO

A luxação anterior inveterada de ombro é lesão com poucos casos relatados na literatura^(2,7,8,19,25,28,32,35,36). Em nossa série, tivemos a oportunidade de tratar cirurgicamente 17 ombros de 17 pacientes e de reavaliar 13 destes, casuística semelhante à de Meng & Miltner, 1936⁽²⁵⁾, que relatam o tratamento cirúrgico de 12 casos (tabela 2).

O tempo transcorrido da lesão até o tratamento variou de quatro a 234 semanas, com média de 32 semanas, superior à média do tempo de luxação verificado por Postacchini & Facchini, 1987⁽³²⁾, porém inferior à descrita por outros autores^(11, 25,33,37,38). A média de idade foi de 46,8 anos (22 a 76 anos), que coincide com a faixa etária relatada na literatura, 50 a 60 anos^(7,8,11,25,32,33,36,38,39).

O estudo radiográfico baseou-se nas incidências frente corrigida, axilar e perfil de escápula que, associadas a exame clínico criterioso, mostrou ser a chave para o diagnóstico da lesão^(7,12,21,33). Em nosso estudo encontramos um caso com

fratura do tubérculo maior, um com fratura do colo cirúrgico e dois com fratura em três partes do úmero, diferentemente da experiência relatada por Meng & Miltner⁽²⁵⁾, em que, de 14 pacientes, dez apresentavam fratura do tubérculo maior; portanto, a incidência de pacientes com fratura associada à luxação, em nossa casuística, foi de 41,1%, inferior à incidência de Meng & Miltner⁽²⁵⁾, de 71,4%.

A via de acesso utilizada foi a deltopeitoral, que proporciona ampla exposição, sendo possível, se necessário, sua ampliação para outros procedimentos (exploração do plexo braquial, artrodese do ombro). Em um caso, utilizou-se da tenotomia do tendão conjunto, obtendo-se, assim, amplo acesso e melhor visualização das estruturas^(7,8,27,31,36,39).

A escolha do tipo de procedimento cirúrgico baseou-se na viabilidade da superfície articular, no tamanho da lesão de Hill-Sachs e na retração das estruturas capsuloligamentares, tendo como opções, desde a reabilitação, aceitando-se a limitação funcional, até a artroplastia total^(12,17,19,22,32,33).

Hawkins⁽¹⁵⁾, em 1985, indica como tratamento para a luxação anterior inveterada com menos de seis semanas redução incruenta e imobilização; entre seis semanas e um ano, redução cruenta e reconstrução anterior (capsuloplastia e reparação da lesão de Bankart); a partir de um ano, prótese parcial

TABELA 2
Experiência de diversos autores no tratamento cirúrgico da luxação anterior inveterada do ombro comparada com experiência do serviço

Autor	Data	Pac.	Tempo de luxação média (semanas)	Procedim.	Seguim. média (anos)	Resultados
Meng & Miltner	1936	12	57	10 – RC 1 – AR 1 – AI	3,18	RC – 6 bons, 4 reg. AR – 1 ruim AI – 1 ruim
Rowe & Zarins	1982	3	105	1 – RC 1 – PTO 1 – AR	3,5	RC – 1 bom PTO – 1 reg. AR – 1 reg.
Pritchett & Clark	1987	4	44	4 – PPO	2,25	2 bons, 2 ruins
Postacchini & Facchini	1987	1	6	1 – AR	3,6	AR – bom
Flatow, Miller & Neer	1993	10	119	8 – PTO 2 – C	3,9	C – 1 ruim (1 sem seguim.) PTO – 4 excel., 4 bons
Experiência do serviço	1995	13	32	6 – C 1 – AR 4 – PPO 2 – PTO	2,8	C – 1 excel., 4 bons, 1 reg. AR – 1 ruim PPO – 1 bom, 2 reg., 1 ruim PTO – 2 ruins

AR – artroplastia de ressecção; PPO – prótese parcial de ombro; B – reparação da lesão de Bankart; RMR – reparação do manguito rotador; ES – encurtamento do subescapular; PTO – prótese total de ombro; C – capsuloplastia; RC – redução cruenta; AC – acromioplastia; AI – artroplastia de interposição.

ou total de ombro. Em pacientes não cooperativos ou inativos, aceita a incapacidade funcional. Esta foi em regra geral a orientação de tratamento de nossos casos, discordando apenas quanto ao tempo aceito para a redução incruenta, pois, após quatro semanas, há o risco de lesão vasculonervosa ou fratura. Considerou-se como tempo máximo para redução incruenta o período de três semanas entre a luxação e o tratamento.

Em seis pacientes realizamos redução cruenta e capsuloplastia, com os seguintes resultados: um excelente, quatro bons e um regular, isto é, 83,4% de resultados satisfatórios, enquanto que Meng & Miltner⁽²⁵⁾ apresentam amostra de dez casos submetidos a redução cruenta com 60% de resultados satisfatórios (tabela 2).

Neviaser⁽³⁰⁾, em 1963, relata a dificuldade de estabilizar esse tipo de luxação, descrevendo o uso de parafusos ou fios de aço transarticulares para manutenção da cabeça do úmero em sua posição, até cicatrização de partes moles (seis semanas). Esse tipo de procedimento não foi por nós utilizado e parece-nos muito traumático. Deliz & Flatow⁽⁸⁾, além de também considerarem a fixação transarticular muito traumática, afirmam que, se não for conseguida estabilidade adequada da articulação durante a cirurgia, através de correta liberação das estruturas contraturadas, a fixação com fios ou pinos

não proverá estabilidade tardia, pois o ombro tenderá a reluxar quando estes forem retirados.

Realizamos quatro artroplastias parciais com três resultados insatisfatórios e um satisfatório. Foram colocadas em retroversão média de 50° para se obter estabilidade adequada. Nos pacientes submetidos a artroplastia total (dois casos), um tinha quatro anos e seis meses de luxação. Este foi inicialmente submetido a prótese total com retroversão de 50° do componente umeral e, no 3º e no 7º dia pós-operatório reluxou, sendo então submetido a revisão com retirada dos componentes e artrodese. O outro apresentava fratura em “três partes” com luxação anterior da cabeça do úmero, com 17 semanas de tempo de luxação. No período pós-operatório de cinco meses, luxou a prótese. Realizada a revisão, com posicionamento do componente umeral em 70° de retroversão e reinserção do subescapular que estava solto, evoluiu com resultado ruim.

Flatow *et al.*⁽¹¹⁾ reavaliaram oito pacientes submetidos a artroplastia total de ombro com quatro resultados excelentes e quatro bons (100% de resultados satisfatórios). Em contrapartida, Pritchett & Clark⁽³⁵⁾ descreveram quatro casos em que realizaram artroplastias parciais, com resultados insatisfatórios (tabela 2).

Postacchini & Facchini⁽³²⁾ analisaram os resultados obtidos no estudo de cinco casos, em que dois foram tratados com fisioterapia, dois com redução incruenta e um, submetido a ressecção da cabeça; este último caso foi considerado como bom resultado. Rowe & Zarins⁽³⁸⁾, em 1982, apresentaram resultado similar com a ressecção da cabeça umeral, em oposição aos de nossa casuística, em que foi obtido mau resultado (tabela 2).

Em todos os casos foi utilizada imobilização pós-operatória em adução e rotação interna com “Velpeau de malha” por três a quatro semanas. Após este período, foram introduzidos exercícios passivos, seguidos de ativos. Este programa de acompanhamento pós-operatório é preconizado pela maioria dos autores^(2,6-8,11,18,25,28,30,36,38).

A colaboração destes pacientes foi muito importante na reabilitação pós-operatória, visto que há grande dificuldade no seguimento de casos com doenças psiquiátricas e etilismo.

Analisando nossos resultados, encontramos que quanto maior for o tempo entre a lesão e o tratamento, pior será o prognóstico, porque com o passar dos meses vão ocorrer atrofia e degeneração da cartilagem articular e da musculatura profunda do ombro, especialmente o subescapular, levando a instabilidade pós-operatória de eventual artroplastia, fato este que ocorreu em dois pacientes. Por outro lado, as grandes retrações de partes moles encontradas no ato cirúrgico obrigam-nos a extensas liberações capsuloligamentares, fator também importante para o aparecimento da instabilidade. Devemos também levar em conta que, se esta instabilidade pós-operatória nos obriga a imobilizar o braço do paciente em rotação interna por três a quatro semanas, a recidiva das aderências levará a rigidez articular final, consequentemente comprometendo o resultado funcional do paciente.

Comparando-se a movimentação ativa dos pacientes submetidos a artroplastia em relação aos submetidos a reparação, notamos que os melhores resultados foram encontrados no 2º grupo. Em relação à dor, houve melhora importante em todos os casos.

Como considerações finais, verificamos que o tratamento a ser instituído deve ser individualizado, levando-se em conta as condições do paciente, tempo em que o ombro permaneceu luxado e lesões associadas, como fraturas ou lesões nervosas. Notamos também que os melhores resultados foram conseguidos com procedimentos de reconstrução, a mais anatômica possível, o que mostra a vital necessidade de diagnóstico e tratamento precoce em pacientes com luxação anterior inveterada de ombro.

REFERÊNCIAS

1. American Academy of Orthopaedics Surgeons apud Hawkins, R.J. & Bokor, D.J.: “Clinical evaluation of shoulder problems”, in Rockwood Jr., C.A. & Matsen III, F.A.: *The shoulder*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1990. Vol. 1, p. 149-177.
2. Bennett, G.E.: Old dislocations of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 18: 594-606, 1936.
3. Bridle, S.H. & Ferris, B.D.: Irreducible acute anterior dislocation of the shoulder: interposed scapularis. *J Bone Joint Surg [Br]* 72: 1078-1079, 1990.
4. Cattaneo, R.: Sulla lussazione inveterata della spalla. *Archivio di Ortopedia* 72: 778-792, 1959.
5. Costigan, P.S., Binns, M.S. & Wallace, W.A.: Undiagnosed bilateral anterior dislocation of the shoulder. *Injury* 21: 409, 1991.
6. Cubbins, W.R., Callahan, J.J. & Scuderi, C.S.: The reduction of old or irreducible dislocation of the shoulder joint. *Surg Gynecol Obstet* 58: 129-135, 1934.
7. De Palma, A.F.: “Dislocations of the shoulder”, in *Surgery of the shoulder*, 3rd ed., Philadelphia, J.B. Lippincott, 1973. p. 461-474.
8. Deliz, E.D. & Flatow, E.L.: “Chronic unreduced shoulder dislocations”, in Bigliani, L.U.: *Complication of shoulder surgery*, USA, W&W, 1993. Cap. 11, p. 127-137.
9. Duparc, J. & Largier, A.: Les luxations – fractures de l’extrémité supérieure de l’humerus. *Rev Chir Orthop* 62: 91-110, 1976.
10. Ellman, H. & Kay, S.P.: Arthroscopic subacromial decompression for chronic impingement: two to five-year results. *J Bone Joint Surg [Br]* 73: 395-398, 1981.
11. Flatow, E.L., Miller, S.R. & Neer II, C.S.: Chronic anterior dislocation of the shoulder. *J Shoulder Surg* 2: part 1, 1993.
12. Flower, W.H.: On the pathological changes produced in the shoulder-joint by traumatic dislocation, as derived from an examination of all the specimens illustrating this injury in the museums of London. *Trans Path Soc London* 12: 179-200, 1861.
13. Ganel, A.H., Heim, M., Engel, J. et al: Persistent dislocation of the shoulder in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 28: 282-284, 1980.
14. Guillerminet, M.: Statistique personnelle de luxations anciennes de l’épaule traitées par reposition sanglante. *Ann Chir* 15: 9, 1964.
15. Hawkins, R.J.: Unrecognized dislocations of the shoulder. *Instr Course Lect* 34: 1985.
16. Hejna, W.F., Fossier, C.H., Goldstein, T.B. et al: Ancient anterior dislocations of the shoulder. *J Bone Joint Surg [Am]* 51: 1030-1031, 1969.
17. Hill, H. & Sachs, M.: The grooved defect of the humeral head. *Radiology* 35: 1940.
18. Inao, S., Hirayama, T. & Takemitsu, Y.: Irreducible acute anterior dislocation of the shoulder: interposed bicipital tendon. *J Bone Joint Surg [Br]* 72: 1079-1080, 1990.
19. Kirtland, S., Resnick, D., Sartoris, D.J. et al: Chronic irreducible dislocation of the glenohumeral joint: imaging strategy and pathologic correlation. *J Trauma* 28: 1622-1631, 1988.
20. Kummel, B.M.: Fractures of the glenoid causing chronic dislocation of the shoulder. *Clin Orthop* 69: 189-191, 1970.
21. Liberson, F.: The value and limitation of the oblique view as compared with the ordinary anteroposterior exposure of the shoulder. *Am J Roentgenol Radium Ther* 37: 1937.
22. Marchant, G.: Diagnostic et traitement des luxations de l’épaule compliquées de fracture de l’humerus. *Journal de Chirurgie* 21: 1928.

23. Marty, B., Simmen, H.P., Kich, K. et al: Bilaterale anterior schulterluxationsfraktur nach epileptischem Anfall. Ein Kasuistischer Beitrag (Bilateral anterior shoulder dislocation fracture after an epileptic seizure. A case report). *Unfallchirurg* 97: 382-384, 1994.
24. McLaughlin, H.L.: Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg [Am]* 34: 584-590, 1952.
25. Meng, C.M. & Miltner, L.J.: The treatment of old dislocations of the shoulder. *Chin Med J* 50: 1161-1172, 1936.
26. Mynter, H.: Subacromial dislocation from muscular spasm. *Ann Surg* 36: 117-119, 1902.
27. Nagi, O.N. & Dhillon, M.S.: Bilateral anterior fracture dislocation of the shoulders. *J Orthop Trauma* 4: 93-95, 1990.
28. Neer II, C.S.: "Dislocations", in *Shoulder reconstruction*, Philadelphia, W.B. Saunders, 1990. Cap. 4, p. 273-362.
29. Neviaser, J.S.: An operation for old dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg [Am]* 30: 997-1000, 1948.
30. Neviaser, J.S.: The treatment of old unreduced dislocations of the shoulder. *Surg Clin North Am* 43: 1671-1678, 1963.
31. Noack, W. & Strohmeier, M.: Die Behandlung der veralteten vorderen Schulterluxation (Treatment of unreduced anterior dislocation). *Unfallchirurg* 14: 184-190, 1988.
32. Postacchini, F. & Facchini, M.: The treatment of unreduced dislocation of the shoulder. A review of twelve cases. *Ital J Orthop Traumatol* 13: 15-26, 1987.
33. Pritchett, J.W. & Clark, J.M.: Prosthetic replacement for chronic unreduced dislocations of the shoulder. *Clin Orthop* 216: 89-93, 1987.
34. Ribbans, W.J.: Bilateral anterior dislocations of the shoulder following a grand mal convulsion. *Br J Clin Pract* 43: 181-182, 1989.
35. Rockwood, C.A. & Matsen, F.A.: "Acute dislocations: anterior glenohumeral instability", in *The shoulder*, Philadelphia, J.B. Lippincott, 1990. Cap. 14, p. 526-622.
36. Rockwood, C.A.: "Subluxations and dislocations about the shoulder", in Rockwood, C.A. & Green (eds): *Fractures in adults*, 3rd ed., Philadelphia, J.B. Lippincott, 1991, p. 1003-1156.
37. Rowe, C.R. & Zarins, B.: Recurrent transient subluxation of the shoulder. *J Bone Joint Surg [Am]* 63: 863-872, 1981.
38. Rowe, C.R. & Zarins, B.: Chronic unreduced dislocations of the shoulder. *J Bone Joint Surg [Am]* 64: 494-505, 1982.
39. Rowe, C.R.: The surgical management of recurrent anterior dislocations of the shoulder using a modified Bankart procedure. *Surg Clin North Am* 43: 1663-1670, 1963.
40. Schuls, T.J., Jacobs, B. & Patterson, R.L.: Unrecognized dislocations of the shoulder. *J Trauma* 9: 1009-1023, 1969.
41. Siegel, S.: *Estatística não-paramétrica (para as ciências do comportamento)*, Inglaterra, McGraw-Hill, 1975.
42. Tietjen, R.: Occult glenohumeral interposition of a torn rotator cuff. *J Bone Joint Surg [Am]* 64: 458-459, 1982.
43. Velkes, S., Lokie, F. & Ganel, A.: Traumatic bilateral anterior dislocations of the shoulders. A case report in a geriatric patient. *Arch Orthop Trauma Surg* 110: 210-211, 1991.
44. Wilson, J.C. & McKeever, F.M.: Traumatic posterior (retroglenoid) dislocation of the humerus. *J Bone Joint Surg [Am]* 31: 160-172, 1949.