

## Revisão

# Lesões SLAP - Aspectos clínicos e patológicos

## *SLAP lesions - Pathologic and clinical aspects*

Jaciene de Souza Silva\*, Leila de Albuquerque Feijó Fonseca\*\*

.....

*\*Fisioterapeuta, \*\*Professora do Departamento de Fisioterapia da UCSal, Fisioterapeuta da Enfermaria de Ortopedia do Hospital Geral Roberto Santos*

### **Palavras-chave:**

articulação do ombro, lábio glenoidal, lesão SLAP, tendão do bíceps.

### **Resumo**

Este trabalho de revisão bibliográfica investiga as lesões SLAP, que acometem o lábio glenoidal superior, seus aspectos clínicos e patológicos. Estas são freqüentemente associadas a outras patologias e produzem sintomas muito vagos, levando à confusão diagnóstica. Com base em achados artroscópicos, as lesões SLAP foram inicialmente classificadas em quatro tipos. Recente estudo acrescentou mais três tipos para essa classificação, sendo as do tipo II as de maior incidência. Foram observados ainda três subtipos destas e relatados seus efeitos na biomecânica do ombro. Diversos mecanismos de lesão foram propostos e dois novos exames físicos foram preconizados. Controvérsias existem quanto ao melhor método de diagnóstico por imagem, porém a certeza diagnóstica só pode ser possível via artroscópica. É de interesse da fisioterapia estudar tais lesões, pois são relativamente novas no conhecimento ortopédico, com importantes repercussões clínicas quando não identificadas, constituindo graves obstáculos à reabilitação.

### **Abstract**

The aim of this literature review article was to study the SLAP lesions that involve the superior glenoid labrum, their pathologic and clinical aspects. These are often associated to other pathologies which produce many vague symptoms that lead to misdiagnostic. Based on arthroscopic findings, SLAP lesions were initially ranked into four types. A recent study added more three types to this classification, being the type II the most incident. Three under-types of these were observed and their effects on the shoulder biomechanics were related. Many lesion mechanisms were proposed and two new physical exams were commended. There are controversies about the best diagnostic method by image; but the diagnostic assurance only can be possible by arthroscopy. Physical therapy is interested to study such lesions, due they are new for the orthopedic knowledge, with important clinical repercussions when they are not identified, producing critical obstacles to the rehabilitation.

### **Key-words:**

shoulder joint, glenoid labrum, SLAP lesion, biceps tendon.

---

Recebido 27 de julho de 2003; aceito em 1 de junho de 2004

Endereço para correspondência: Leila de Albuquerque Feijó Fonseca, Rua das Acácias, 470, salas 501/3 Pituba, Salvador BA, Tel: (71) 3538003/3792653, E-mail: leilalbuquer@ig.com.br - leiladealbuquerque@zipmail.com.br

---

## Introdução

As lesões do lábio glenoidal superior, SLAP (*Superior Labrum Anterior-Posterior*) lesions, constituem importantes causas de disfunções em atletas que realizam arremesso, assim como produzem sintomas significativos nas atividades de vida diária de um não arremessador. Frequentemente associadas a outras patologias, produzem sintomas muito vagos que levam à confusão diagnóstica com outros acometimentos intra-articulares. Embora vários estudos tenham sido desenvolvidos durante estes últimos anos, desde a sua descoberta, em 1990, os mecanismos de dano das lesões glenoidais superiores são ainda pouco conhecidos. Sem a vantagem do exame clínico fidedigno, estas lesões podem ser ainda negligenciadas ou mesmo confundidas com outras patologias, constituindo importante obstáculo à reabilitação. Progressos em artroscopia de ombro conduziram, com segurança, à identificação das lesões que envolvem o lábio superior e a âncora do tendão do bíceps. Embora crescente número de pesquisas, ultimamente, tenha se dedicado à compreensão destas lesões, existe, ainda, pequena bibliografia a respeito.

## Desenvolvimento

### Metodologia

Este trabalho consiste de uma revisão bibliográfica cuja estratégia de busca incluiu consulta de bases de dados eletrônicas Medline e Bireme. Foram encontrados 11 artigos que preencheram os critérios de inclusão: ano de publicação compreendido entre 1992 a 2003. Não foram encontrados, dentro destes critérios, artigos com abordagem fisioterapêutica sobre o tema. Para a seleção buscou-se a combinação dos termos: articulação do ombro; lábio glenoidal; lesão SLAP; tendão do bíceps. A estratégia de revisão incluiu também checagem manual de referências literárias e capítulos de livros que abordavam este tema. Foram excluídos artigos sobre técnicas cirúrgicas detalhadas tendo em vista que tal averiguação não integra a proposta deste estudo.

### Características da lesão

A SLAP lesion, ou lesão SLAP é definida como uma lesão do lábio superior que compreende tanto a porção anterior como a posterior do *labrum*, tomando-se como referência central a zona de inserção do tendão da cabeça longa do bíceps que, exatamente devido a essa correlação anatômica, assume grande importância para essas lesões, por sua função estabilizadora dinâmica. Constitui um grupo de lesões de origem traumática frequentemente associadas a outras patologias intra e extra-articulares, traumáticas ou não, podendo também ser encontradas mais raramente isoladas [1,2].

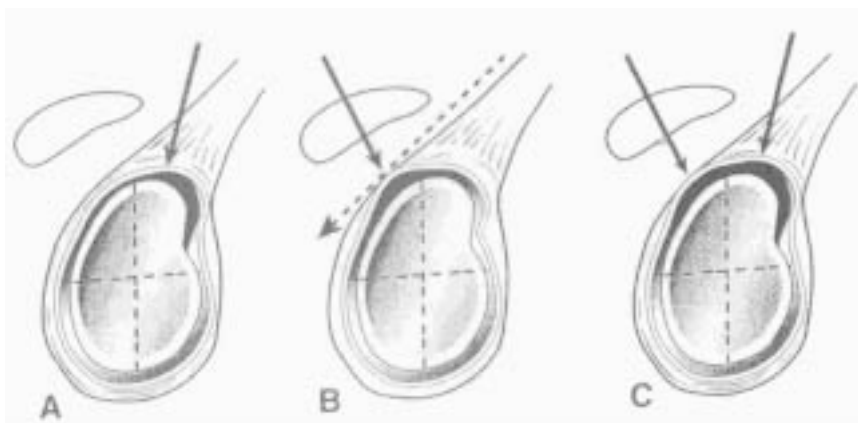
Embora um crescente número de publicações tenha focado a anatomia, função, diagnóstico e resultados de tratamento, os sinais e sintomas das lesões SLAP são ainda pouco definidos. Essas lesões caracterizam-se por dor mal localizada, sem precisão topográfica e discreto grau de instabilidade glenoumeral. Dor no tendão longo do bíceps não é freqüente e infreqüentes também são os estalidos intra-articulares, que quando associados à dor, história de trauma com apoio no membro superior em extensão ou em atletas arremessadores assumem importância na pesquisa clínica. Devem servir de suspeita de lesões SLAP, casos de pacientes que mantêm quadro doloroso persistente na articulação do ombro, com diminuição de amplitude de movimento e pequena resposta ao tratamento físico [2,3]. Uma sintomatologia típica do atleta arremessador é desenvolvimento de dor anterior ou posterior, podendo estar associada à síndrome *dead arm* que são sintomas neurológicos transitórios, caracterizados pela dor durante o arremesso com diminuição da performance e da velocidade [4,5].

### Classificação

Com base nos achados artroscópicos, as lesões SLAP foram inicialmente classificadas por Snyder [6] em quatro tipos. Considerações posteriores foram feitas por outros autores [4,7,8]:

*Lesões tipo I*, em que ocorre um esgarçamento do *labrum* superior, porém suas fixações, bem como a do tendão, continuam intactas (Fig. 1). Este tipo revelou-se sem significação patológica e de baixa freqüência. Seus aspectos normalmente confundem-se com o processo degenerativo fisiológico mais comumente observado com o envelhecimento.

*Lesões tipo II*, em que a fixação do lábio é comprometida por uma avulsão do complexo labro-bicipital da glenóide, resultando em instabilidade deste complexo (Fig. 2). Constituem as lesões de maior incidência dentre as lesões labrais, cerca de 50 % de todas as lesões SLAP. Foram observados ainda três subtipos de lesões SLAP tipo II: ântero-superior; pósterosuperior, também designada SLAP lesion tipo II posterior; e combinada antero-posterior (Fig. 5). Com base em experiências com atletas arremessadores, as lesões SLAP tipo II posterior revelaram-se mais comuns nestes do que no grupo por trauma não arremessador, nos quais predominaram as lesões anteriores. Normalmente esse tipo de lesão gera uma instabilidade pósterosuperior que se manifesta pela pseudolaxidão anterior. Estudos recentes preconizam que a desestabilização da inserção do bíceps resultaria em aumento significativo da translação glenoumeral ântero-posterior e súpero-inferior. A instabilidade superior crônica pode levar a uma lesão específica do manguito rotador, o que pode explicar a alta incidência das lesões do manguito rotador em pacientes com SLAP lesions crônicas. Também foi relatado um outro efeito biomecânico das lesões SLAP tipo II, especialmente em arremessadores que apresentavam o tipo combinado e posterior. Quando o braço

**Fig. 1 - SLAP tipo I.** [6]**Fig. 2 - SLAP tipo II.** [6]**Fig. 3 - SLAP tipo III.** [6]**Fig. 4 - SLAP tipo IV.** [6]**Fig. 5 - Três subtipos de lesão SLAP tipo II pela localização anatômica: (A) anterior, (B) posterior, e (C) combinada** [8].

é trazido para abdução e rotação externa, o tendão bicipital assume um ângulo mais vertical e posterior, o que fará com que o bíceps se direcione medialmente ao tubérculo supraglenoidal, transmitindo uma força de torção ao *labrum* pósterio-superior. Sendo assim, recomenda-se, para pacientes que se submeteram a reparos da lesão *SLAP* posterior, que evitem realizar a rotação externa passiva precocemente (primeiras três semanas), pois é onde se observa o fenômeno, mesmo sem abdução. Isso porque a rotação externa estressa o *labrum* pósterio-superior.

*Lesões tipo III* consistem em uma laceração em alça de balde do lábio superior, que pode avançar para dentro da articulação, porém o arco do bíceps permanece intacto. São raras (Fig. 3);

*Lesões tipo IV* são lesões em alça de balde do labrum superior, onde a laceração labial se estende para o tendão bicipital, permitindo sua subluxação para dentro da articulação. Também são lesões raras e freqüentemente associadas a uma lesão de Bankart, no quadro de instabilidade anterior crônica (Fig. 4).

Alguns autores fazem referência à recente estudo realizado por Maffet *et al.*, que acrescenta, ainda, mais três tipos, para esta classificação [1,7]:

*Lesões tipo V*, que consistem de uma associação *SLAP II* a uma lesão Bankart antero-inferior que se estende superiormente, envolvendo a separação do tendão do bíceps. Estes tipos de lesão estão sempre presentes no contexto de instabilidade anterior crônica.

*Lesões tipo VI*, definidas como instabilidade radial ou lesão da orla glenoidal, que são associadas com separação do arco do bíceps. Nerisson, Kempf e Bonnet [7] definem estas lesões como uma volumosa lingueta labral superior sem desinserção bicipital, de interesse puramente nosológico.

*Lesões tipo VII*, caracterizadas pela extensão da lesão *SLAP* em posição inferior ao ligamento glenoumeral medial, e em menor proporção, comprometendo também o ligamento glenoumeral inferior. Sua freqüência é baixa.

### Mecanismos de lesão

Alguns mecanismos de lesão têm sido propostos para as lesões *SLAP*, tais como uma força de compressão no ombro após queda com o braço em extensão; tração no braço, como resultado de um puxão ou secundariamente a movimentos de tração repetidos ou excessivos da inserção tendínea, como em arremessadores de beisebol, nadadores,

jogadores de tênis e de voleibol. Estudos têm relatado numerosas lesões na articulação glenoumeral durante as diferentes fases de um lançamento: (1) durante a *rotação (wind-up)*, que tem por finalidade preparar o arremessador em uma postura e equilíbrio adequados para o lançamento, a cabeça do úmero pode ser desgastada e tornar-se áspera devido à ação de alavanca sobre o lábio glenoidal posterior; (2) na fase de *levantamento (cocking)*, o ombro é abduzido e rodado em aproximadamente 90°. Essa posição coloca a cápsula articular anterior, os rotadores internos, que são usados para acelerar a bola, e o tendão bicipital sob tensão máxima. Estudos revelaram que a posição do tendão durante a aplicação de carga é um fator determinante na patogênese das lesões SLAP tipo II, que ocorrem com maior frequência na posição máxima. A tensão aumentada do tendão do bíceps aumenta também a rigidez em torção da articulação glenoumeral e induz ao estresse localizado no ligamento glenoumeral inferior, contribuindo para a redução da estabilidade anterior do ombro; (3) *aceleração*, que começa com a rotação máxima e termina com a soltura da bola. Os músculos que estiveram distendidos na fase de levantamento passam a ser os aceleradores em uma contração muscular concêntrica; (4) *soltura e desaceleração*, quando inicialmente, o úmero adota um ritmo alto de rotação interna e o cotovelo é estendido rapidamente. Grandes forças são geradas no manguito rotador nesta fase, necessárias para tornar mais lenta a rotação interna e adução horizontal do úmero, e para estabilizar a cabeça do mesmo na glenóide, bem como para resistir à força de afastamento que tenta arrancar o braço da articulação, na direção para onde a bola está sendo arremessada. As lacerações do lábio na inserção do tendão da cabeça longa do bíceps, a subluxação deste tendão por laceração do ligamento transversal e várias lesões do manguito podem ocorrer durante essa fase do arremesso. Godinho *et al.* [2], tendo como base estudos realizados por Rodosky, Hanter e Snyder, relataram que este mecanismo de desaceleração, realizado pelo bíceps do atleta arremessador, causa uma tração excessiva no labrum superior; (5) *execução (follow-through)*, fase durante a qual o corpo movimenta-se para diante com o braço, reduzindo as forças de afastamento aplicadas ao ombro, o que resultaria em aumento de tensão sobre os músculos do manguito [3,9,10].

Como causa de lesão, além dos arremessos repetidos já citados, Burkhart, Morgan e Kliber [4] relataram ainda um outro possível mecanismo, que seria um episódio único de trauma que incluísse uma força agonista excêntrica atuando contra uma contração ativa do bíceps braquial, o que poderia potencializar a ruptura da cabeça longa desse músculo no tubérculo supraglenoide.

Urban e Caborn, citados em estudo de Bencardino [1], postularam que diferentes mecanismos de lesão resultariam em diferentes tipos de *SLAP lesions*. Atletas que usam repetitivamente o braço por sobre a cabeça estão propensos a desenvolverem lesões tipo I ou II, ao passo que pacientes que

apresentam história de queda com o braço estendido estão mais sujeitos a ter lesões tipo III, IV ou VI. Lesões tipo V e VII têm sido mais frequentes em instabilidade por um trauma agudo.

### Diagnóstico clínico

O diagnóstico apropriado da lesão é considerado crítico para o tratamento adequado. No entanto, um diagnóstico clínico acurado da lesão *SLAP* pode ser difícil. Tal dificuldade se deve à forma de apresentação dos sintomas, muito vaga, que sugere muitas vezes outros acometimentos intra-articulares do ombro.

Ao exame físico, o teste de tensão bicipital, *palm up test ou speed*, pode ajudar a identificar uma lesão da cabeça longa do bíceps na sua inserção no lábio superior, além de evidenciar o grau de participação desse músculo na patologia. Dor em região antero-superior do ombro experimentada quando o mesmo é fletido contra uma resistência com o cotovelo estendido e o antebraço supinado pode levar à suspeita de uma lesão SLAP. Da mesma forma, o teste compressivo de rotação pode estar presente em uma lesão labral. Este teste é realizado em posição supina, com o membro superior em 90° de abdução, 90° de flexão do cotovelo; fazendo-se compressão articular com movimentos de rotação, objetiva-se capturar a alça labral, provocando um ressalto articular [2,3].

O teste clínico realizado com o cotovelo estendido, antebraço em pronação máxima e adução de 10 a 20° (teste de compressão ativa de O'Brien ou *cross chest adduction test*) também tem sido utilizado como diagnóstico, embora existam autores que afirmem não ser patognomônico, já que pode ser positivo também nas alterações acromioclaviculares. Esse teste é considerado positivo para as lesões SLAP se houver manifestação de dor profunda, localizada no sulco intertubercular durante uma resistência, a qual desaparece ou é aliviada com o antebraço supinado ativamente; um estalido doloroso intra-articular com o membro pronado também indica lesão lábioglenoidal [5].

O teste do deslizamento anterior (AST) também foi relatado como diagnóstico para as lesões labrais. O exame é realizado com as mãos posicionadas nos quadris, polegar para trás e estabilização da escápula por uma das mãos de examinador, enquanto a outra é colocada no cotovelo, resistindo à força de impulsão realizada para cima e para trás pelo paciente. A suspeita diagnóstica é baseada na presença da dor ou clique durante o esforço. O teste mostrou sensibilidade de 78,4% e especificidade de 91,5%, mas não confirma o diagnóstico [2].

Em estudo de Kim *et al.* [10] foi relatado um novo teste diagnóstico para lesões *SLAP* isoladas, nomeado de *biceps load test II*. O teste é conduzido com o paciente em supino. O braço a ser examinado é elevado a 120° e rodado externamente ao seu ponto máximo, com o cotovelo fletido a 90° e o antebraço em posição supinada. Pede-se ao paciente

que faça uma flexão do cotovelo enquanto o examinador resiste. O teste é considerado positivo se o paciente queixar-se de dor durante a flexão resistida ou se a dor piora após o exame. É negativo se a dor não aparece com a flexão resistida do cotovelo ou se a dor, pré-existente durante a elevação e rotação externa, não muda ou diminui pela flexão resistida do cotovelo. O *biceps load test II* fundamentou-se em estudos biomecânicos que relataram que a abdução e rotação externa do ombro, durante a fase de arremesso, estressam a origem do tendão da cabeça longa do bíceps e sua inserção no labrum posterior. Estudos eletromiográficos dinâmicos demonstraram, também, que o bíceps é extremamente ativo em atletas arremessadores quando o ombro está na posição abduzida e rodada externamente. Durante o *biceps load test II*, uma contração ativa contra uma resistência estressa a inserção do complexo biceps-labral superior, onde a dor é elicitada no ombro com a *SLAP lesion* tipo II. A abdução e rotação externa do ombro, durante o teste, muda a direção relativa das fibras do bíceps para uma posição em ângulo oblíquo ao *labrum* póstero-superior, antes paralelo a este. Esta mudança no vetor da força do bíceps aumenta a dor generalizada na *labrum* superior durante a contração resistida do bíceps em abdução e rotação externa. Desse modo, o *biceps load test* reproduz o mecanismo de lesão da *SLAP* tipo II, demonstrando ser um teste muito sensível e específico, de diagnóstico efetivo para tais lesões [10].

Estudos recentes possibilitaram correlacionar quatro testes de exame físico de acordo com a presença e a localização anatômica da lesão SLAP tipo II, analisando estatisticamente suas respectivas especificidade e sensibilidade. Os testes foram: (1) sensibilidade da fossa bicipital, (2) teste de Speed, (3) teste de O'Brien, e (4) teste de recolocação de Jobe. O teste para a sensibilidade da fossa bicipital foi considerado positivo quando a dor era aumentada à pressão profunda no ombro lesado, em comparação com a mesma lesão no ombro oposto sem dor. O teste de Speed produziu resultados positivos à dor na região do sulco bicipital, com resistência à flexão anterior com o ombro fletido à 90° e antebraço supinado. Por último, o teste de recolocação de Jobe era positivo quando a dor e apreensão no ombro (geralmente localizadas na região póstero-superior), produzidas pela abdução e rotação externa, eram aliviadas por uma força de direção posterior aplicada à cabeça do úmero. O uso do termo, teste de recolocação de Jobe, deve ser claramente distinguido do seu uso em diagnóstico de instabilidade anterior, em que a dor e apreensão são geralmente localizadas anteriormente e aliviadas pela diminuição da pressão na cabeça umeral. Os testes de O'Brien e Speed se mostraram úteis na previsão das lesões anteriores, enquanto que o teste de recolocação de Jobe foi útil na previsão da lesão *SLAP* posterior [4].

Embora diversos testes tenham sido desenvolvidos para avaliar a lesão *SLAP*, o exame físico revelou-se ainda ineficaz para diagnosticar tais lesões. O quadro clínico muito

impreciso, assim como a presença de patologias associadas, assume aspectos que confundem o diagnóstico, tornando-o ainda mais difícil.

### *Diagnóstico por imagem*

A identificação das lesões *labrais* através de técnicas não invasivas apresenta-se como um permanente desafio para os estudiosos da área. Diversos autores [2,3,12] concordam que esta forma tem se mostrado de eficiência limitada nas visualizações de tais lesões. Muitas discussões existem quanto ao melhor método de imagem para diagnosticar as lesões SLAP. No entanto tem se reservado à artroscopia o mérito de ser o único método seguro de confirmação diagnóstica, através da qual pode-se também realizar a regularização *labral* e/ou sutura com fixação lábio-glenoidal .

### *Diagnóstico diferencial*

As lesões do lábio glenoidal superior frequentemente encontram-se associadas a outras patologias, tais como: tendinite calcária, luxação recidivante anterior, subluxação recidivante, síndrome do impacto e ruptura do manguito rotador, sendo a associação mais freqüente a instabilidade anterior. Diversas outras patologias como frouxidão do ligamento glenoumeral inferior, lesão de Bankart, lesão de Hill-Sachs, lesões condrais, fragmentos soltos e lesões completas, também foram encontradas em associação com as lesões SLAP. É importante ressaltar que existem também outras lesões que acometem o lábio glenoidal, muito semelhante às lesões SLAP, mas que não pertencem a este grupo de lesões. As lesões anterosuperiores ou lesões de Andrews foram as primeiras lesões labrais reconhecidas como característica do ombro doloroso do lançador. Morfologicamente, também podem ocorrer esgarçamento da lingueta e/ou desinserção, porém estes são estritamente limitados à região anterosuperior e não se estendem para traz da inserção do tendão longo do bíceps, o que os distingue de uma lesão SLAP. As lesões labrais posteriores são menos freqüentes que as superiores e anterosuperiores. As posteroinferiores geralmente surgem associadas a uma condrite local da glena, enquanto que o esgarçamento do labrum posterosuperior está associado a uma ruptura da face profunda do supraespinhoso. As lesões anteroinferiores associadas à lesão do ligamento glenoumeral inferior, pertencem ao quadro típico de instabilidade anterior crônica. Além disso, a dificuldade diagnóstica pode acentuar-se ainda mais, devido a grande variação anatômica da região labral, como a inserção regular, porém frouxa do lábio, a forma labral meniscóide, ou a fragmentação labral geralmente observada em pacientes idosos, constituindo esta uma lesão degenerativa e não uma lesão SLAP. Por esses motivos, os tipos I e II são os de diagnóstico diferencial mais difícil, especialmente nas faixas etárias mais altas [1,2,7].

Recente estudo de Kim *et al.* [13] revelou que um teste de Speed positivo e uma lesão do supraespal estavam, significativamente, associados às lesões tipo I. Os achados associados às lesões tipo II diferenciaram-se, de acordo com as idades dos pacientes: este tipo de lesão em pacientes que tinham 40 anos de idade ou menos, foi associado apenas com uma lesão Bankart, enquanto naqueles que tinham mais de 40 anos, o tipo II foi encontrado em associação com uma lesão do supraespal e osteoartrite da cabeça umeral. As lesões tipo III e tipo IV associaram-se com uma ocupação de alta demanda e uma lesão Bankart.

O recesso sublabral, muitas vezes, pode simular uma lesão SLAP, podendo dificultar ainda mais o seu diagnóstico. Smith *et al.* [14] descreveram dois sinais de RM artrográfica úteis para distinguir um recesso sublabral de uma lesão SLAP. Primeiro eles notaram que essa estrutura anatômica se localizava entre a glenóide superior e a metade anterior do *labrum* superior, não se estendendo posteriormente à inserção da cabeça longa do bíceps, o que os levou a concluir que a intensidade do sinal de RM, entre o *labrum* e a glenóide, no terço posterior da glena superior, representava uma lesão SLAP. Um outro sinal relatado é o denominado “biscoito de Oreó duplo”, o qual pode ser visto quando estão presentes duas coleções de líquido, sendo que o fluido mais lateral, dentro da substância do labrum, lembrando uma lesão meniscal no joelho, representaria a lesão; e o mais medial, entre o lábio e a glenóide, o recesso sublabral. Uma outra estrutura anatômica que pode complicar também o desmembramento das lesões labrais é o intervalo rotador, que corresponde a uma zona compreendida entre o supraespalhoso e o subescapular sede de rasgos e inflamações [7].

O diagnóstico, portanto, não é fácil e pode passar despercebido ou ainda confundir-se com aspectos que são variáveis da anatomia normal. No entanto as lesões SLAP, sem nenhum achado patológico associado, são incomuns e cuidados devem ser tomados quanto aos sintomas que lhe são atribuídos, quando outras lesões encontram-se presentes.

### Tratamento

Este trabalho não tem como proposta o estudo do tratamento das lesões SLAP, mas o entendimento da natureza destas. Exporemos, no entanto, breves comentários a respeito, com o intuito de que venham a ser desenvolvidos futuros raciocínios fisioterapêuticos.

As recomendações terapêuticas específicas baseiam-se no tipo de lesão labral presente. Snyder *et al.* [6] recomendam para as lesões SLAP tipo I, a realização apenas do desbridamento do tecido degenerado. Para as lesões tipos II indica-se também o desbridamento e o lábio glenoidal deve ser suturada e fixada a glenóide. Nas lesões tipo III, desbridamento com fixação lábio-glenóide e sutura da alça

de balde, alternativamente pode-se apenas ressecar-se a alça, e nas lesões tipo IV, procedimento semelhante é realizado.

O programa de reabilitação da lesão SLAP deve ter características diferentes de acordo com a técnica cirúrgica utilizada. O paciente com o lábio reinserido necessita de um período com movimento restrito no pós-cirúrgico imediato, para que possa ocorrer boa cicatrização tecidual. Nestes casos, deve-se ter muita cautela com os movimentos do braço, enfatizando a ausência de contração ativa do bíceps por seis a oito semanas, assim como a ausência também da flexão anterógrada ativa além de 90° por seis semanas. Do contrário, nos pacientes que foram submetidos a um desbridamento do lábio, o movimento e fortalecimento podem progredir muito mais rapidamente e a reabilitação baseia-se nos sinais e sintomas [9].

### Conclusão

As lesões SLAP têm-se mostrado ainda distantes de seu conhecimento pleno, apesar dos avanços ortopédicos ocorridos neste sentido. Sendo de relevância clínica considerável, constituem fonte de sintomas e incapacidades para o paciente, especialmente o atleta jovem. A sintomatologia vaga, como também a complexidade da anatomia labral e suas variantes normais, torna o diagnóstico clínico extremamente difícil. A localização anatômica dessa lesão, bem como a dificuldade de acesso cirúrgico clássico possibilitou o negligenciamento das lesões SLAP por longas datas. Com as modernas técnicas de artroscopia pôde-se estudar, diagnosticar e tratar essas lesões antes pouco conhecidas.

Embora muitos estudos tenham sido realizados sobre as lesões SLAP, desde a sua descoberta, pouco se sabe ainda sobre a referida lesão, principalmente no que diz respeito à sua apresentação clínica e ao mecanismo de lesão. Faz-se necessário incrementar as pesquisas para que se possam produzir evidências para as bases teóricas já existentes.

### Referências

1. Bencardino JT et al. Superior labrum anterior-posterior lesions: diagnosis with MR arthrography of the shoulder. *Radiology* 2000;214:267-71.
2. Godinho GG et al. Lesões SLAP no ombro. *Rev Bras Ortop* 1998;33(5):345-52.
3. Laban MM, Gurin TL, Maltese JT. Slip of the Lip - tears of the superior glenoid labrum-anterior to posterior (SLAP) syndrome: a report of four cases. *Am J Phys Med Rehabil* 1995;74(6):444-52.
4. Burkhart SS, Morgan CD, Kibler WB. Shoulder injuries in overhead athletes. *Clin Sports Med* 2000;19(1):125-58.
5. Hebert S et al. Traumatismo do ombro. In: Lech O. *Ortopedia e traumatologia princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 981-1004.

6. Snyder SJ. Labral lesions (non-instability) and SLAP lesion. In: Snyder SJ. Shoulder arthroscopy. Caslon: Arcata Graphics/Kingsport; 1994. p. 114-131.
  7. Nérissou D, Kempf JF, Bonnomet F. Lésions du bourrelet glénoïdien dans les épaules stables. *Encycl Méd Chir* 1999;14-354-A-10:1-5.
  8. Morgan CD et al. Type II SLAP Lesion: Three subtypes and their relationships to superior instability and rotator cuff tears. *Arthroscopy* 1998;14(6):553-65.
  9. Andrews JR, Harrelson GL, Wilk KE. Reabilitação do ombro. In: Wilk KE et al. Reabilitação física das lesões desportivas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 350-84.
  10. Kim S et al. Biceps Load Test II: A clinical test for SLAP lesion of the shoulder. *Arthroscopy* 2001;17(2):160-4.
  11. Tuite MJ et al. Superior Labrum Anterior-Posterior (SLAP) Tears: evaluation of three MR signs on T2-weighted images. *Radiology* 2000; 215: 841-845.
  12. MC Cauley TR, Pope CF, Joki P. Normal and abnormal glenoid labrum: assessment with multiplanar gradient-Echo MR Imaging. *Radiology* 1992;183:35-7.
  13. Kim TK et al. Clinical features of the different types of SLAP lesions: an analysis of 139 cases. *J Bone Joint Surg Am* 2003;85-A(1):66-71.
  14. Smith DK et al. Sublabral recess of the superior glenoid labrum: study of cadavers with conventional nonenhanced MR imaging, MR arthrography, anatomic dissection, and limited histologic examination. *Radiology* 1996;201(1):251-6. ■
-