TAREFA DE JOELHO

Lesão do LCA

1. Qual o mecanismo de lesão do LCA?

 Hiperextensão do joelho, valgo e rotação externa distal da tíbia, menisco lateral nas lesões aguras, medial nas lesões crônicas

1. Qual a epidemiologia?

 2 a 3 década de vida, predominantemente homens, porcentualmente mais comuns entre as mulheres, 40% dos jogadores de futebol, 21% dos esquiadores ao final da temporada terão lesão, (30% dos esquiadores operam o lado contralateral e 40% reoperam o mesmo joelho)

1. Quais os sinais clínicos após lesão do LCA?

Hemartrose, dor, estalido audível no joelho, falseio/ instabilidade em atividades esportivas ou do dia-a-dia, parar a atividade esportiva, aumenta o risco de evolução para osteoartrite do joelho

1. Quais os testes mais utilizados para o diagnóstico?

Sinal de Lachmann (lesão aguda), gaveta anterior (lesão crônica) (comparação contralateral), pivot-shift

1. Quais os exames de imagens mais utilizados para o diagnóstico?

 Radiografia: útil para ver avulsão óssea (fratura de Segond – fragmentos ósseos na capsula anterior da tíbia)

RNM – acurácia de 95% - padrão-ouro – vê a lesão ligamentar, edema ósseo, outros ligamentos, meniscos

1. Quais as complicações?

 Agudas: lesão meniscal

Crônicas: osteoartrose

Lesar o menisco contralateral, ou reoperar o joelho lesado

1. Sabe-se que a cirurgia de reparo não diminui significativamente o risco de artrose. Em quais casos a cirurgia para reparo é mais indicada? E em quais casos o tratamento conservador é mais indicado?

A cirurgia é indicada para casos em que a instabilidade é muito importante ou quando o paciente tem intenção de praticar esportes de impacto ou que exijam agilidade. No caso de pessoas mais idosas que não praticam muita atividade física pode-se optar por fazer tratamento conservador e reabilitação.

Tratamento conservador: Baixa demanda funcional (< 50horas/ano); Poucos sintomas; Deslocamento anterior < 5 mm (usar o aparelho KT 1000)

Considerar: idade, atividade física, sintomas, lesões associadas, fidelidade ao protocolo de reabilitação, pretensões esportivas

Lesão do LCP

1. Qual mecanismo de lesão mais habitual?

Colisão contra o painel frontal do carro

1. Quais os sinais clínicos após lesão do LCP?

Dor, falseio/ instabilidade severa em atividades esportivas ou do dia-a-dia, parar a atividade esportiva.

1. Quais os testes mais utilizados para o diagnóstico?

Teste de gaveta posterior.

1. Qual o tratamento mais indicado? Se a opção for tratamento conservador, o que deve ser priorizado?

 Primariamente conservador, fortalecimento do quadríceps

1. Quais as complicações de um tratamento cirúrgico?

 Lesão neurovascular da artéria poplítea, rigidez do joelho e infecção do sítio cirúrgico

Meniscos

1. Qual a anatomia dos meniscos?

 Vascularização apenas na periferia (nutrição da parte central por difusão), medial em forma de C e o lateral em forma de O

1. Quais as suas funções?

 Transmissão de forças, absorção de impacto, aumento da área de contato

1. Quais os sinais clínicos para diagnóstico e os exames de imagem?

 Lesão como pé fixo e rotação, dor local, dificuldade para agachar, teste de Appley, McMurray

Imagem: rx pouco valor,

1. Quais os tipos de cirurgia?

Preservação do máximo de menisco, suturar todas as lesões em que isso é possível, meniscectomia parciais (mais comum), menicectomia total (rara – elevado aumento da pressão sobre a cartilagem articular – degeneração articular), transplante de menisco de cadáver (congelado ou liofilizado – 60-70% sobrevive mais que 10 anos)

A visão é muito melhor que a cirurgia de campo aberto com os equipamentos de artroscopia/videocirurgia

Sutura meniscal – depende da parte do menisco, melhor quando está associada com reconstrução do LCA (pois a hemartrose oriunda dos túneis ósseos ajuda a nutrir o menisco e reparar a lesão)

1. Em que tipo de lesão de menisco há indicação de reparo? Qual a explicação para isso?

O reparo está indicado nas lesões periféricas que não tem extensão muito grande. Isso se deve ao fato de que apenas 10-25% da porção periférica do menisco é vascularizada. Assim, apenas nessa porção há o aporte de células capazes de promover a cicatrização da parte lesada. Na parte central do menisco, por não haver rede vascular expressiva, ainda que a lesão seja suturada, não há atividade reparadora, e portanto o processo cicatricial não ocorre.

1. Qual a principal complicação a longo prazo da meniscectomia? Explique o mecanismo que leva a esse processo.

A principal complicação das meniscectomias é o desenvolvimento de artrose com o passar dos anos. Isso acontece porque os meniscos funcionam como um suporte entre o fêmur e a tíbia, impedindo o desgaste da cartilagem e promovendo uma distribuição de forças mais homogênea na superfície articular. Quando há retirada total ou parcial dessa estrutura, esse mecanismo é comprometido e há uma tendência maior de ocorrer o desgaste das cartilagens intra-articulares que com o tempo pode evoluir para artrose do joelho.

1. Qual é a principal atividade esportiva ligada às lesões traumáticas do joelho?

Futebol e esqui

1. Considerando que as superfícies articulares do joelho não são congruentes, quais são as estruturas que contribuem para a garantia da estabilidade dessa articulação?

Formato articular (espícula)

Ligamentos – LCA, LCP, Colaterais medial e lateral, patelar

Meniscos

Músculos – quadríceps, isquitibiais, gastrocnêmio, poplíteo

Capsula articular – a porção posterior restringe a hiperextensão

1. Ao avaliar um paciente com problemas no joelho, quais são os aspectos da história clínica e do exame físico que merecem mais atenção?

História de trauma, é bom ouvir o mecanismo da lesão, pois pode ajudar a fazer o diagnóstico. Queixa de instabilidade e falta de firmeza, dificuldade para descer ladeiras (instabilidade do LCA), pousar sempre sobre a perna boa ao saltar, fazer atividades atléticas com os joelhos fletidos (para os joelhos instáveis).

Exame físico:

Inspeção: verificar a amplitude de movimento, além de problemas na tuberosidade da tíbia, cabeça da fíbula e patela.

Comparar o volume dos joelhos. Inspeção da mobilidade da patela. Inchaço do joelho (liq sinovial, sangue, pus).

Manobras especiais: estresse em valgo (lig colateral medial), estresse em varo (lig colateral lateral), gaveta anterior (LCA), gaveta posterior (LCP), sinais meniscais.

Palpação de pontos de dor como tendões, músculos e interlinha articular.

1. Descreva o quadro clínico e exame físico da osteoartrose de joelho

2/3 da população acima dos 65 anos, quadril, joelhos, mãos, coluna e joelhos.

Degenerativa e progressiva

Articulações diartrodiais

Dificuldade para levantar-se da cadeira

Crepitação articulação

Deformidades progressivas em valgo ou varo

Dificuldade para marcha

Atrofia muscular

Derrame articular

Tratamento conservador: medicamentos, cinesioterapia, bengala

Tratamento cirúrgico: osteotomia medial ou lateral (realinhamento do joelho), artroplastia (substituição da cartilagem por material protético, pode ser total ou parcial, para quem não melhorou com o tratamento conservador, especialmente em pessoas mais jovens)

1. O derrame articular no joelho pode ser classificado de três formas: de pequena quantidade, de média quantidade e de grande quantidade. Descreva a semiologia encontrada em cada um deles.
2. Derrame de pequena quantidade: Não provoca muita dor, leva à claudicação discreta, não causa aumento significativo do volume da articulação e, tipicamente, provoca retificação da concavidade normal da face interna do joelho. O líquido intra-articular não chega a ser palpável, mas pode ser mobilizado dentro da articulação.
3. Derrame articular de média quantidade: Provoca dor moderada, maior claudicação e maior aumento de volume. O derrame articular pode ser palpável e surge o choque patelar.
4. Derrame articular de grande quantidade: Provoca grande dor e grande incapacidade funcional. O joelho apresenta-se com grande aumento de volume, está em atitude antálgica de semiflexão e facilmente palpa-se o líquido intra-articular. Frequentemente, a distensão articular provoca saliência do contorno do fundo de saco suprapatelar. Geralmente, é impossível examinar adequadamente o joelho devido à dor. Para aliviá-la deve-se fazer esvaziamento do derrame articular por meio da punção articular.