



## Roteiro de Aula Prática - Joelho

### Disciplina de Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia

Docente: Profa. Dra. Débora Bevilaqua-Grossi



#### AVALIAÇÃO

##### → LCA

##### - Cluster JOSPT 2010:

Mecanismo de lesão em desaceleração

Ouvir ou sentir um “estalo” no momento da lesão

Hemartrose (hemorragia no espaço intra-articular) dentro de 0 a 2 horas após a lesão

História de cedência

Perda da extensão final do joelho

Teste de Lachman positivo

Teste pivô shift positivo

- **Teste de Lachman:** O paciente deita-se em decúbito dorsal com a perna afetada ao lado do examinador. O examinador segura o joelho do paciente entre a extensão completa e 30° de flexão. Esta posição é próxima da posição funcional do joelho, na qual o ligamento cruzado anterior desempenha um papel importante. O fêmur do paciente é estabilizado com uma das mãos do examinador (“a mão de fora”), enquanto a face proximal da tíbia é movida para frente com a outra mão (“a mão de dentro”).

O teste é considerado positivo se for percebido deslocamento excessivo para anterior da tíbia sem sensação de stop tecidual.

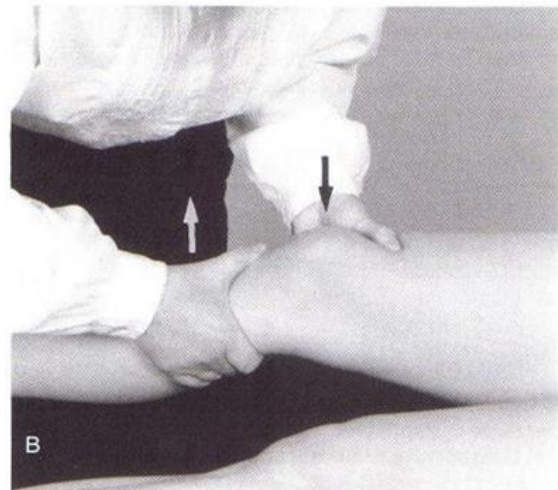
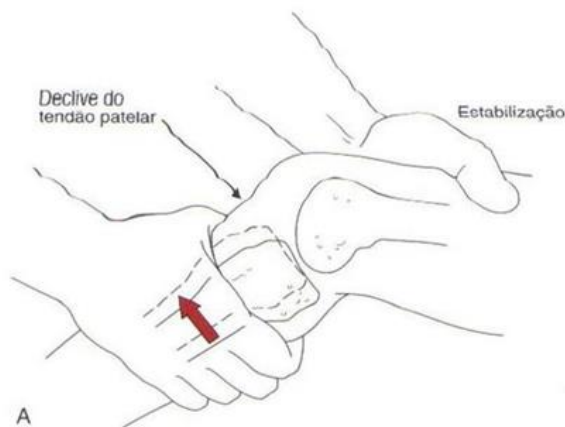


Figura 12-45

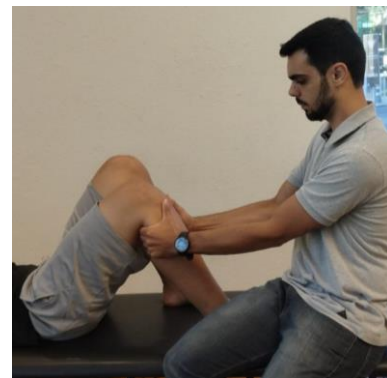
Posição das mãos para o teste de Lachman clássico (A e B).

- **Pivô Shift:** Com o paciente em decúbito dorsal, o examinador se posicionará ao lado do joelho envolvido do paciente, e então com uma mão deve-se segurar firme a porção distal da perna do paciente e flexionar o joelho a 90°, enquanto usa a palma da outra mão para rodar medialmente a tíbia, assim subluxando o planalto tibial lateral. Em seguida o examinador estende lentamente o joelho, mantendo a rotação da tíbia. Quando o joelho do paciente atinge a extensão completa, o platô tibial será realocado.

Um teste positivo tradicionalmente é indicado por um "baque" ou "clique" audível ou palpável, sugerindo lesão do LCA.

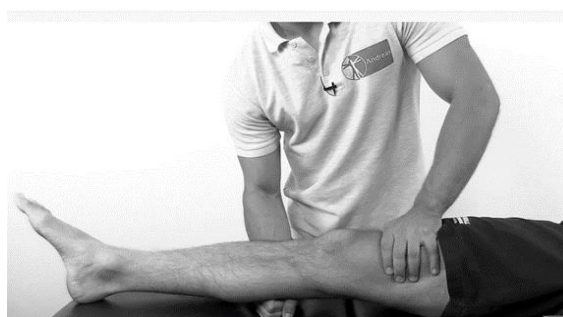


- **Teste da Gaveta (Sinal da Gaveta):** O joelho do paciente é flexionado a 90° e o quadril é flexionado a 45°. O examinador se senta sobre o antepé do paciente e o pé é mantido em rotação neutra. As mãos do examinador são postas em torno da tíbia para assegurar que os músculos posteriores da coxa estejam relaxados. A tíbia é então puxada para frente (gaveta anterior). O teste é considerado positivo se for percebido deslocamento excessivo para anterior da tíbia sem sensação de stop tecidual.



- **Lellis Test:** O examinador fica ao lado do paciente e coloca o punho cerrado sob a terça proximal da perna, fletindo levemente o joelho. Com a outra mão, ele aplica força descendente no terço distal do quadríceps.

Em um joelho com LCA intacto, a articulação do joelho faz extensão total e o calcanhar se levanta da mesa de exame. Com um LCA parcial ou completamente rompido, o platô tibial desliza anteriormente em relação aos côndilos femorais e o joelho não estende.



## → **Menisco:**

### - Cluster JOSPT 2018

História de travamento

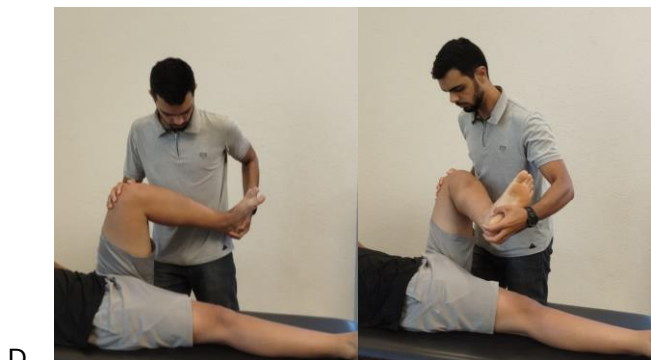
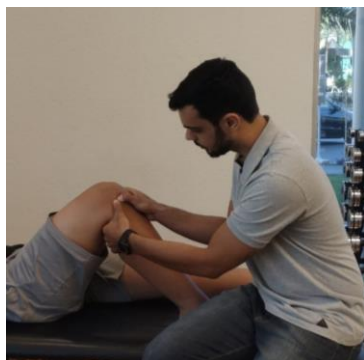
Hiperextensão passiva: positivo se houver dor (A)

Hiperflexão passiva: positivo se houver dor (B)

Palpação da interlinha articular: positivo se houver dor (C)

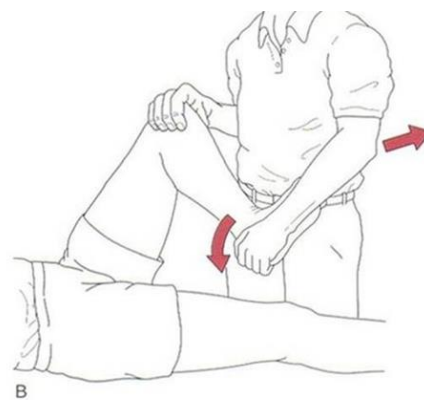
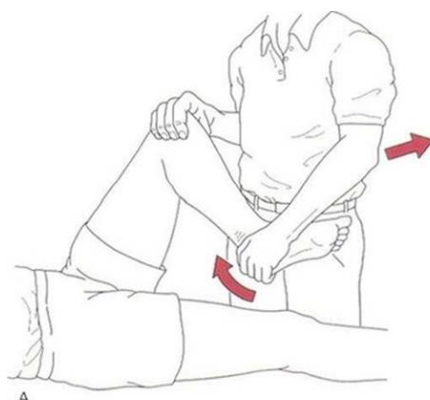
Teste de McMurray modificado (D)

Pontuação superior a 3 resultados positivos pode ser usada para classificar pacientes com dor no joelho e distúrbios de mobilidade na categoria CID de ruptura do menisco



- **Teste de McMurray:** Com o paciente em decúbito dorsal, o examinador segura o pé com uma mão e palpa a linha articular com a outra. O joelho é fletido completamente e então se realiza a rotação interna e extensão do joelho para testar o menisco lateral, repetindo o procedimento novamente desta vez com rotação externa para testar o menisco medial.

O teste é considerado positivo é indicado por um "baque" ou "clique" audível ou palpável na linha articular.



**Figura 12-90**

Teste de McMurray. (A) Teste para o menisco medial. (B) Teste para o menisco lateral.

- **Revisão Benjamin e Smith (2015):**

McMurray

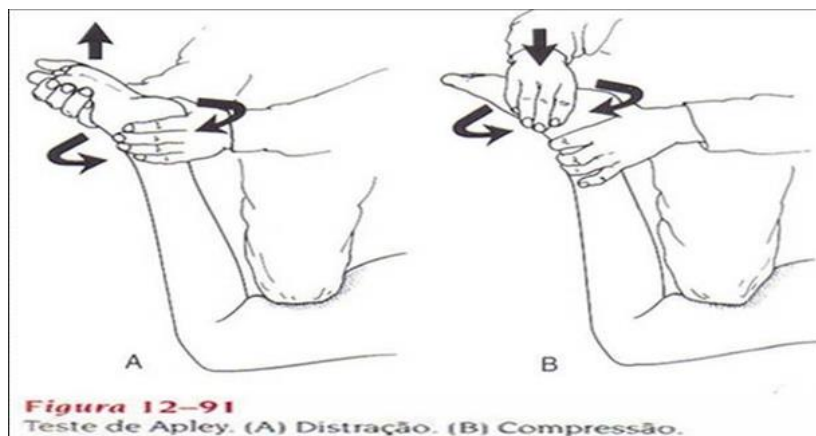
Apley

Thessaly: positivo se houver dor

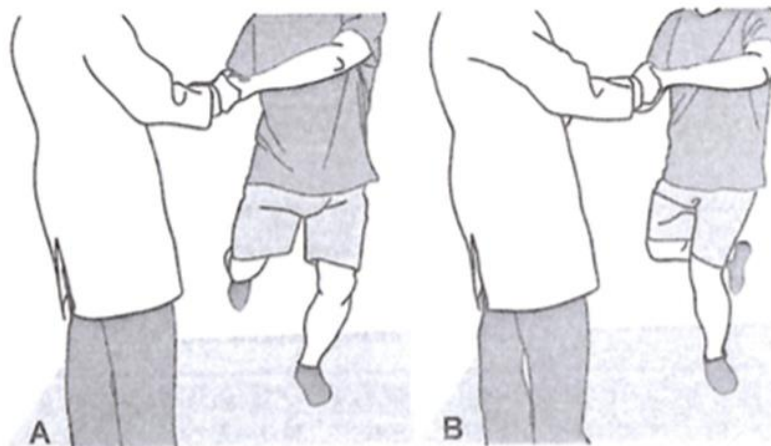
Palpação da interlinha articular: positivo se houver dor

- **Compressão/distração de Apley:** Com o paciente em decúbito ventral, o examinador deve colocar o joelho apoiado nos isquiotibiais do paciente e flexionar o joelho a 90 graus, segurar o pé do paciente com as duas mãos, e então realizar uma força para tracionar a tibia e girá-la, observando se a dor é reproduzida ou não. O examinador então se apoia no pé do paciente, fornecendo uma força compressiva à tibia e novamente gira a tibia.

Um teste positivo para uma ruptura do menisco é indicado por mais dor na compressão do que com distração. **A rotação externa da tibia avalia menisco medial e dor na rotação interna avalia menisco lateral**



- **Teste funcional para lesão de menisco (Thessaly):** O paciente fica em apoio unipodal de frente para o examinador e segura as mãos do examinador, em seguida flexiona o joelho a 20 graus e gira seu corpo, primeiro para o lado esquerdo e depois para o lado direito. Esse movimento é repetido três vezes para cada direção, sendo positivo para lesão de menisco quando o paciente sente dor ou desconforto na linha articular e, possivelmente, uma sensação de bloqueio.





→ **DFP:**

**- Encurtamento muscular:**

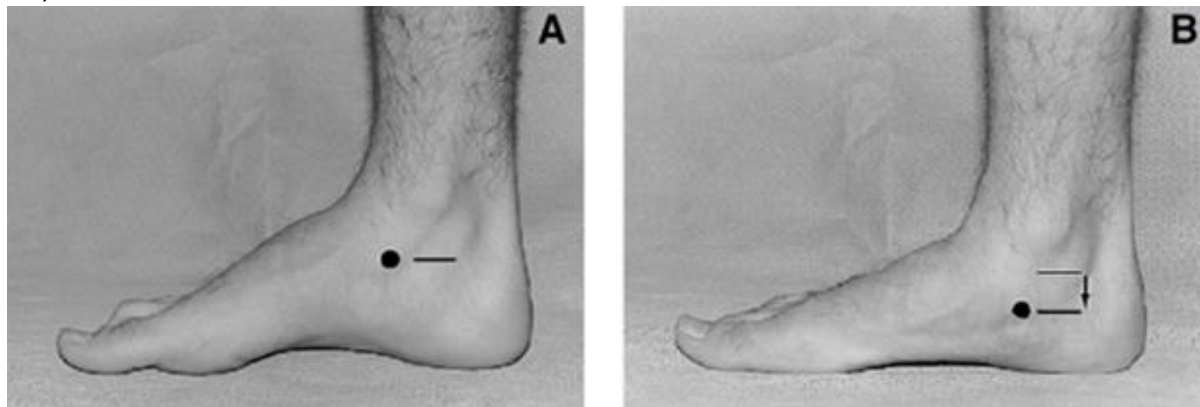
Ely (quadríceps)

Thomas (flexores de quadril e extensores de joelho)

Isquiotibiais

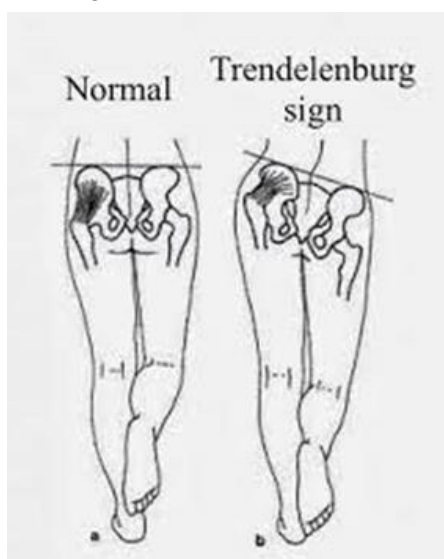
**- Drop navicular test:** Com o paciente sentado na cadeira e pés apoiados no chão de forma relaxada, identifique a proeminência do osso navicular e meça a distância desta ao solo. Em seguida, peça ao paciente que fique de pé e realize descarga de peso nos pés (certifique-se de que a articulação subtalar está em neutro) e meça novamente a distância entre a proeminência e o solo. Tendo essas medidas em mãos diminui a primeira pela segunda.

O teste é positivo e indica pronação excessiva do pé quando a diferença é maior que 10 mm (ou 1 cm)



**- Teste de Trendelenburg:** Com o paciente em pé, em apoio bipodal, palpe as cristas ilíacas e observe seu alinhamento. Em seguida peça ao paciente para ficar em pé, em apoio unipodal com o joelho pendente flexionado a 30° por 30 segundos e em seguida 90° por mais 30 segundos. Observe o alinhamento das cristas ilíacas nestas posturas.

O quadril testado é o que está em apoio. A queda da pelve do lado contralateral ao apoio indica instabilidade da pelve e fraqueza do glúteo médio.



- **Step Down Test:** Posicione o paciente com um dos membros em um degrau de pelo menos 15 cm (esta altura exigirá que a maioria das pessoas dobre o joelho em cerca de 60 graus). Em seguida solicite ao paciente que, com o calcanhar oposto ao membro apoiado, toque o chão e retorne a posição inicial.

Há uma pontuação com base em 5 critérios (estratégia de braço, estratégia de tronco, plano pélvico, posição do joelho, postura firme), porém, com foco na articulação femoropatelar o que deverá ser observado é o alinhamento do joelho no plano frontal, a estratégia de movimento utilizada (dominância de quadril, joelho ou mista), o desabamento do arco plantar e a queda da pelve.



- **Agachamento livre:** Com o paciente em pé, em apoio bipodal, solicite que alinhe os pés na largura dos quadris e, caso sintam-se mais confortável aponte os pés levemente para fora. Em seguida peça ao paciente para realizar o movimento de agachamento com os braços à frente ou cruzados na linha dos ombros.

Durante o movimento observe o alinhamento do joelho no plano frontal, a estratégia de movimento utilizada (dominância de quadril, joelho ou mista), o desabamento do arco plantar.



## TRATAMENTO

### 1. HIPOMOBILIDADE

#### 1.1. Causa muscular/tecidos moles

- Liberação miofascial (gastrocnêmio, quadríceps, isquiotibiais, tensor da fáscia lata, iliopsoas, trato iliotibial, retináculo lateral)



- Alongamento tradicional ( extensores, flexores, abdutores, adutores)
- Alongamento com técnica de manter-relaxar

#### 1.2. Causa articular

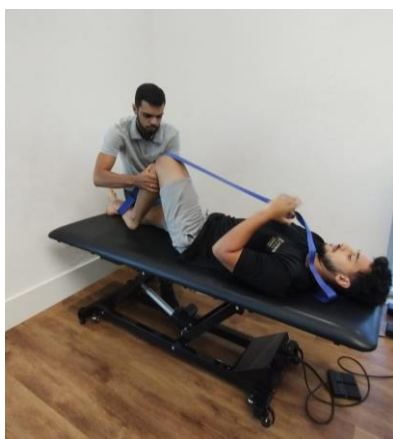
- Mobilização passiva (PA; AP; Distração; gaveta; patela)



- Mobilização com movimento (MWM)

Decúbito dorsal

Posição funcional



## 2. Fraqueza/Déficit de ativação muscular (desuso ou inibição artrogênica)

### 2.1 Abordagem indireta



### 2.2 Abordagem direta

- Exercícios tradicionais estruturais  
(Extensora sentado/em pé; flexora DV; flexora escorregando no chão; abdução SLR deitado/em pé; ostra; elevação pélvica)



- Exercícios tradicionais funcionais  
Agachamento (transições); afundo; desaceleração; marcha lateral, subida e descida de degrau;



### 3.1 Estabilidade e propriocepção

