

Incidência de intercorrências pós-reconstrução Ligamentar de Ligamento Cruzado Anterior

Sabrina Gimenes Cabral¹, Fernanda Barbeiro de Moraes², Luis Ferreira Monteiro Neto³.

¹⁻³ Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, CEP 16400-505, ferzinhamoraes@bol.com.br

Resumo: A reabilitação do complexo do joelho fornece ao paciente a possibilidade de retornar às suas atividades sem medo e receio de desempenhar um nível satisfatório, seja ele no cotidiano ou na prática esportiva. O joelho é uma articulação em dobradiça, mas que permite algum grau de rotação, sendo a maior articulação do corpo humano. Uma das estruturas mais lesionadas deste complexo articular é o ligamento cruzado anterior. A melhor opção de tratamento para esta lesão é cirúrgica, através da reconstrução deste ligamento. O protocolo acelerado de LCA permite ao paciente um treinamento individualizado em suas atividades, favorecendo melhores condições de retorno deste às suas atividades.

Palavras-Chaves: Joelho, LCA, Reabilitação.

Área de conhecimento: IV Ciências da saúde (Fisioterapia)

Introdução

Os conhecimentos sobre as patologias do joelho sofreram grandes avanços nos últimos anos, principalmente com relação a lesões do Ligamento Cruzado Anterior – LCA, tendo como consequência o desenvolvimento de vários protocolos de reabilitação, decorrendo assim a importância tema abordado. É importante questionar como aconteceu o trauma, há quanto tempo e que atividade o paciente realizava no momento da lesão.

A avaliação clínica deve ser organizada, abrangente e reprodutível. Em geral, o examinador compara um lado do corpo (supostamente normal) com outro lado (anormal ou lesado). Por essa razão, o examinador deve compreender e conhecer a ampla variabilidade do que é considerado normal.

Existem vários testes para auxiliar no diagnóstico mais preciso, e cabe ao examinador avaliar qual o mais adequado.

Para cada tipo de história colhida. A identificação do mecanismo de lesão pode delinear ainda mais adequadamente a natureza do trauma.

O principal mecanismo de lesão de LCA é uma força valga (com ou sem rotação) e a hiperextensão do joelho, podendo lesionar também os ligamentos colaterais e cápsula articular.

O Ligamento Cruzado Anterior lesado deve ser tratado cirurgicamente, reconstituído através de enxerto. No momento do trauma, as extremidades do ligamento ficam dilaceradas e se desvitalizam, retraindo-se rapidamente. Os sucessos em longo prazo das reconstruções cirúrgicas do LCA variam de 75 a 90%, considerando estabilidade, alívio de sintomas e retorno ao esporte.

A cada ano, o número de pacientes de novas lesões do LCA, vem aumentando significativamente, em função de traumas torcionais esportivos e acidentes envolvendo alta energia (Carvalho Junior 2004).

Materiais e Métodos:

Foi realizado estudo de caso no setor de Ortopedia e Traumatologia do centro Universitário Dom Bosco de Lins e na Centro de Reabilitação Uniderf e Academia Audaz em Penápolis, com 56 pacientes pós-operatórios reconstrução de Ligamento Cruzado Anterior.

Foi realizada avaliação pré-operatória no pós-operatório desde saída do paciente do centro cirúrgico, indo para o ambulatório ao terceiro dia, dando seqüência ao protocolo que tem duração de doze semanas em que os exercícios em solo e hidroterapia sendo encaminhado para mecanoterapia a qual tem que ser realizada durante doze semanas, retornando para a reavaliação e tendo alta para realização de atividades esportivas.

O protocolo utilizado como base para o tratamento deste caso apresentava as seguintes fases:

FASE 1: fase imediata após cirurgia, movimentação do joelho (ganho de ADM).

FASE 2: fase de proteção primária deambulação (despertar do quadríceps), reduzir dor e edema, reestabeler movimento articular do joelho e progredir para apoio total de peso sem muletas.

FASE 3: fase de proteção moderada, fortalecimento da musculatura de membro inferior (exercícios em cadeia cinética fechada e início do treinamento proprioceptivo).

FASE 4: fase de fortalecimento muscular, progredir para corrida em esteira, pista ou rua, avaliação de sintomas e retorno às atividades esportivas sem contato.

FASE 5: fase de atividade livre e continuar fortalecendo a musculatura do membro inferior, iniciar treino de agilidade, iniciar nível básico de treinamento de técnicas específicas do esporte (avaliação do sintoma e retorno às atividades esportivas de contato).

FASE 6: fase de testes finais de campo, progredir para corridas de velocidades e retornar ao esporte.

Resultados

Os pacientes submetidos ao tratamento apresentaram evolução satisfatória com os índices de intercorrências baixo. Sendo que dez dos cinquenta e seis pacientes tiveram algumas intercorrências os achados podem ser observados na tabela 2 e os tipos de intercorrências pós aplicação serão

observados na tabela 1, onde será possível verificar as patologias mais comuns dentre as intercorrências.

INTERCORRÊNCIAS	NÚMERO DE CASOS
Tendinite Patelar	1
Alteração Femoro Patelar	2
Artrofibrose	1
Lesões associadas (menisco, desgaste articular e cartilagens).	3
Erro Cirúrgico	2

Tabela 1. Intercorrências mais comuns na aplicação de protocolo acelerado na pos operatório de reconstrução de Ligamento Cruzado Anterior.

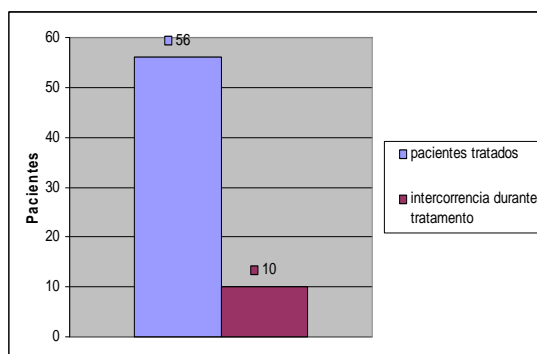


Figura 2. Comparação entre o numero total de pacientes na qual foram aplicados o protocolo especifico e a incidências de intercorrências pós aplicação do protocolo de reabilitação.

Discussão

De acordo com Carvalho Junior; Pidner Neto; Schüffer (2004) a ruptura do LCA esta associada com hemartrose, lesões meniscais, principalmente o medial e, lesões condriais e subcondriais juntamente com LCM.

O mecanismo de lesão nos referidos pacientes foi sobrecarga articular com aplicação de força valga e rotação da articulação do joelho, durante pratica desportiva.

Guimarães (2005) afirma que o tratamento cirúrgico nas reconstruções do LCA tornou-

se rotina nas clínicas ortopédica. Os sucessos de bons a excelentes resultados variam de 75 a 95%, quando considerados a estabilidade, em nível de sintomas e retorno às atividades anteriores a lesão.

Cohen (2003) afirma que os protocolos de reabilitação devem ser flexíveis e individualizados, mas sempre com o objetivo de minimizar os efeitos adversos da imobilização, inflamação e sintomas associados como dor, edema e instabilidade predispõem às complicações. A reconstrução do LCA é indicada após um prazo de três semanas com o objetivo de obter melhores resultados na cirurgia, evitando assim artrofibrose e retardo no processo de reabilitação com uma ADM pré-operatório de 90° de flexão e ausência de dor.

Conclusão

O desenvolvimento deste trabalho torna seguro à realização da reconstrução do ligamento cruzado anterior pela técnica Dejour e aplicação do protocolo de tratamento fisioterápico, pois o índice de intercorrências é baixo.

O protocolo acelerado de LCA deve ser adaptado e individualizado às necessidades de cada paciente. A utilização da hidroterapia minimiza os efeitos gravitacionais e promover o mais rápido controle muscular das articulações adjacentes, além de permitir uma precoce descarga de peso no membro lesionado, permitindo avançar no protocolo.

Referências

- CALAIS; GERMAIN, B. **Anatomia para o Movimento**: Introdução análise das Técnicas Corporais. Tradução: Sophie Guernet. São Paulo: Manole, 2002.

- CARVALHO JÚNIOR, L.H.; PIDNER NETO, SCHÜFFER, F.A. Efeitos da Menistectomia no Resultado da Reconstrução do Ligamento Cruzado Anterior. **Revista Brasileira de Ortopedia**. Rio de Janeiro, v.39, n.7, p.357-362, jul.2004.

- COHEN, A.; ABDALLA, R.J. **Lesões nos Esportes**: Diagnósticos, Prevenção e Tratamento. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

- DANTAS, R.L. **Reabilitação de Joelho Pós Lesão do Ligamento Cruzado Anterior**. 2000. Tese (Pós Graduação em Fisioterapia), Faculdade de Educação Física de Lins, Lins.

- ELLENBECKER, T.S. **Reabilitação dos Ligamentos do Joelho**. São Paulo: Manole, 2002.

- GABRIEL, M.R.S.; PETIT, J.D.; CARRIL, M.L.S. **Fisioterapia em Traumatologia Ortopédica e Reumatológica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

- GUIMARÃES, M.V. Reconstrução Artroscópica do Ligamento Cruzado Anterior: Estudos Comparativos entre os Enxertos Autólogos de Ligamento Patelar e de tendão do Quadríceps. **Revista Brasileira de Ortopedia**. Rio de Janeiro, v.39, n.7, p.371-381, jul.2004.

- MANARELLI NETO, A. **Atuação da Fisioterapia na Reeducação Proprioceptiva nas Lesões do Ligamento Cruzado anterior do Joelho**. 2000. Tese. (Pos Graduação em Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Medicina do Esporte) – Faculdade de Educação Física de Lins, Lins.

- MENEZES, F.C.GARCIA, T. **Atuação da Fisioterapia na Reabilitação no Pós Operatório do Ligamento Cruzado Anterior**. 2006 Monografias (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário católico Salesiano Auxilium, Lins.

- MOREIRA, GP; SOUZA, V.A.S. **Tratamento Fisioterápico na Lesão do Ligamento Cruzado Anterior**. 2000. Monografia (Graduação em Fisioterapia) Faculdade de Educação Física de Lins, Lins.

- TOOD, S.E. **Reabilitação dos Ligamentos do Joelho**. São Paulo: Manole, 2002.

- TRIA, A.J. **Lesões Ligamentares do Joelho: anatomia diagnostica tratamento e resultados**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.