

Lesão do Ligamento Cruzado Posterior (LCP)

INTRODUÇÃO

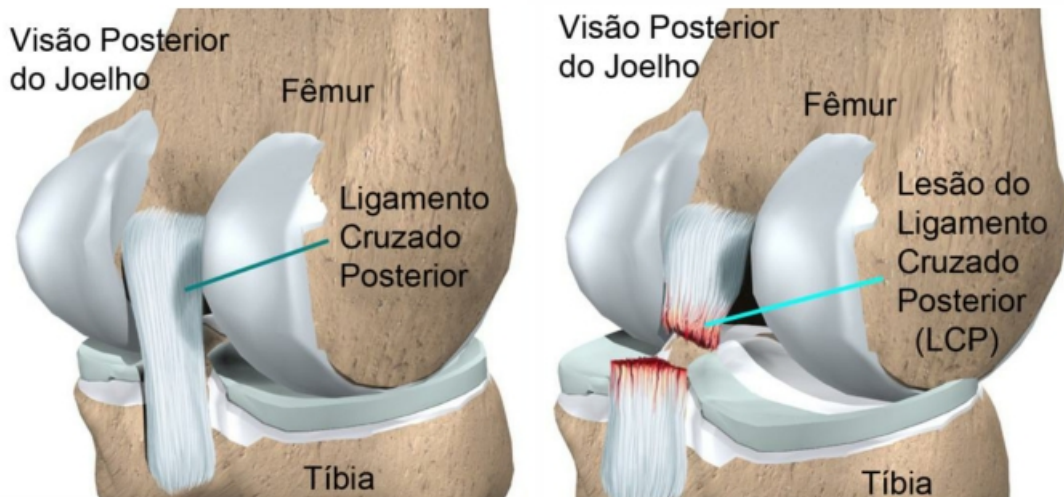
O ligamento cruzado posterior (LCP) é um dos ligamentos menos lesados do joelho. A compreensão dessa lesão e o desenvolvimento de novos tratamentos para esse ligamento são mais recentes que o outro ligamento cruzado do joelho, o ligamento cruzado anterior (LCA), provavelmente porque as lesões do LCP são muito menos comuns do que as do LCA.



ANATOMIA

Onde está localizado o LCP e o que ele faz?

Ligamentos são faixas de tecido resistente que conectam a extremidades dos ossos, com a função de aumentar a estabilidade de uma articulação. O LCP está localizado na parte de trás do joelho. Ele conecta a parte de trás do fêmur (osso da coxa) a parte de trás da tibia (osso da perna) atrás do LCA.



O LCP é um estabilizador primário do joelho e o principal controlador de quanto a tibia se move para trás em relação ao fêmur. Se a tibia se mover muito para trás, o LCP pode se romper. O LCP é constituído de duas faixas de tecido em forma de feixes. Uma parte do ligamento fica tensa quando o joelho é dobrado e a outra fica tensa quando o joelho é esticado. Isso explica porque o LCP as vezes é lesado junto com o LCA quando o joelho é forçado a esticar ou *hiperestendido*.

CAUSAS

Como ocorre a lesão do LCP?

O modo mais comum de se lesar o LCP é um trauma direto enquanto o joelho está fletido (dobrado). Como o LCP controla o quanto a tibia se desloca para trás em relação ao fêmur, se a tibia se deslocar muito ocorre lesão do LCP.

Em alguns casos o LCP é lesado durante acidentes automobilísticos. Isso acontece, normalmente no banco do passageiro da frente, pois a pessoa durante o impacto atinge o painel com o joelho dobrado, bem abaixo da patela. Nessa situação, a tibia é forçada para trás sob o fêmur lesando o LCP. O mesmo acontece se uma pessoa cai sobre o joelho dobrado. Novamente a tibia é forçada para trás, estressando e possivelmente rasgando o LCP.

Outras partes do joelho podem ser lesadas quando o joelho é violentamente hiperestendido, mas os outros ligamentos geralmente são lesados antes do LCP. Esse tipo de lesão pode acontecer quando o joelho é forçado pela frente e o pé está firme no chão.

SINTOMAS

Qual o sintoma de uma lesão do LCP?

Os sintomas podem variar. O LCP não está confinado dentro do joelho como o LCA. Diferente de uma lesão de LCA, o qual leva ao inchaço da articulação com sangue, a lesão de LCP não causa muito inchaço. A maior parte dos pacientes tem a sensação de dor e edema – inchaço. Os pacientes também relatam sensação de falseio e insegurança especialmente quando tentam mudar de direção. O joelho pode dar a impressão de deslizar.

A dor e o inchaço moderado do trauma inicial geralmente desaparecem de 2 a 4 semanas., mas o joelho ainda permanece instável. Os sintomas de instabilidade e a incapacidade de confiar no joelho para apoio são importantes. Importante também é a decisão sobre os tratamentos disponíveis e a percepção que a instabilidade crônica pode levar a artrite.

DIAGNÓSTICO

Como o médico identifica o problema?

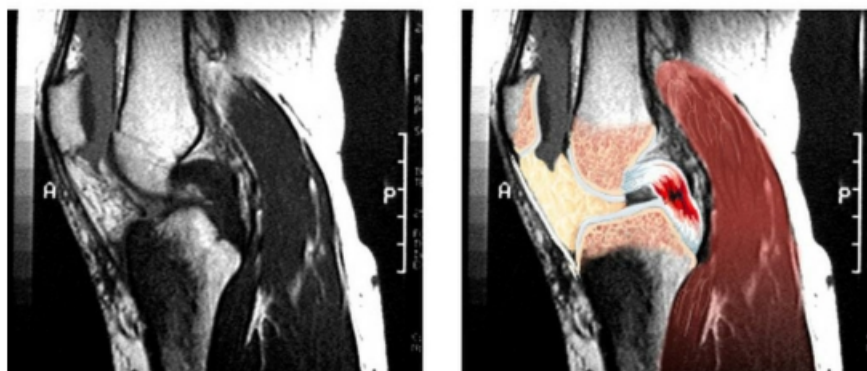
A história e o exame físico são provavelmente as ferramentas mais importantes no diagnóstico de uma lesão completa ou parcial de LCP.

Durante o exame físico o médico irá verificar o quanto a tibia se move para trás em relação ao fêmur. Outros exames podem ser realizados para verificar a existência de lesões de outros ligamentos concomitantes. O médico pode solicitar radiografias do joelho para verificar a possibilidade de

fraturas associadas. Ligamentos e tendões não são visualizados nas radiografias.

A ressonância magnética (RM) é provavelmente o mais apurado teste de imagem para diagnóstico. A RM usa ondas magnéticas ao invés de raios X para mostrar os tecidos moles do corpo. Essa máquina cria imagens que parecem fatias do joelho. Essas imagens mostram a anatomia e suas lesões muito claramente. Esse exame não necessita de injeções ou contrastes e é indolor.

RNM do Joelho com lesão do LCP



Em alguns casos, a artroscopia pode ser usada para um diagnóstico definitivo se houver dúvida sobre o que causa o problema do joelho. A artroscopia é uma operação que envolve a inserção de uma pequena câmera de fibra óptica dentro da articulação do joelho permitindo o cirurgião ortopedista visualizar as estruturas dentro do joelho. A maior parte das lesões de LCP são diagnosticadas sem o uso desse tipo de procedimento, sendo ele reservado para o tratamento da lesão.

TRATAMENTO

Tratamento conservador

O tratamento inicial para lesões de LCP é focado na diminuição da dor e do inchaço do joelho. Repouso e anti-inflamatórios, podem ajudar a diminuir esses sintomas. Você pode precisar usar um imobilizador no início para aliviar a dor. A maior parte dos pacientes são liberados para caminhar apoiando a perna no chão.

Lesões menos graves de LCP são tratadas com um programa de reabilitação progressiva. Os pacientes que pretendem retornar as suas atividades físicas necessitam de um brace de joelho funcional antes de retornar a essas atividades. Esses braces são desenhados para substituir a estabilidade do joelho quando o LCP não funciona adequadamente. Eles ajudam a evitar que o joelho fique instável durante atividades moderadas, mas dão a falsa sensação de segurança e nem sempre protegem o joelho em atividades esportivas que necessitam de mudança brusca de direção. Esses braces são encontrados em lojas especializadas em material ortopédico.

Muitos pacientes recebem tratamento fisioterápico após a lesão do LCP. Os fisioterapeutas tratam o inchaço e a dor com o uso de gelo, estimulação elétrica e períodos de repouso com a perna elevada.

Exercícios são usados para ajudá-lo a recuperar os movimentos da articulação e dos músculos. Exercícios para amplitude de movimento devem ser iniciados imediatamente com o objetivo de ajudar seu joelho dolorido a recuperar mobilidade completa. Isso inclui o uso de bicicleta, alongamento, e massagem feita pelo fisioterapeuta no joelho.

Os exercícios também são dados para melhorar a força do quadríceps-musculo da parte da frente da coxa. À medida que seus sintomas diminuem e a força retorna, você será orientado a realizar exercícios para aprimorar a estabilidade do joelho.

Tratamento Cirúrgico

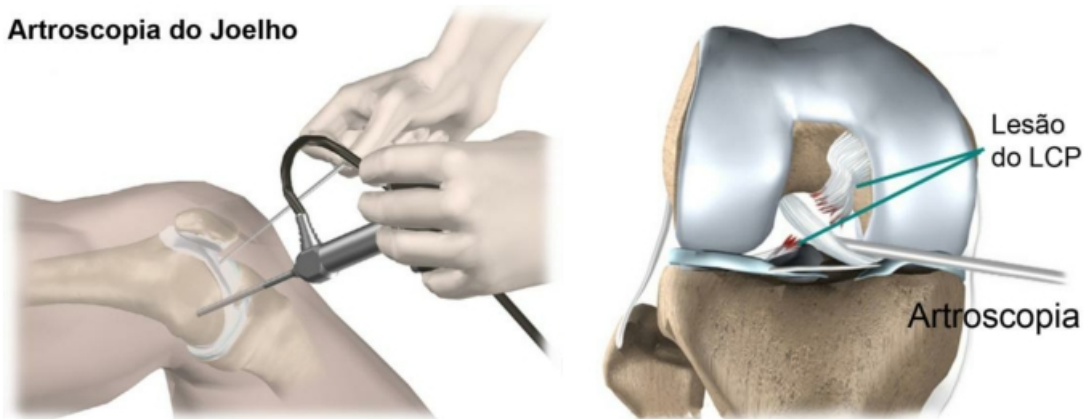
Caso o LCP seja lesado isoladamente, o tratamento não cirúrgico pode ser suficiente. Quando outras estruturas do joelho são lesadas, os pacientes geralmente têm mais benefícios sendo operados algumas semanas após a lesão.

Se os sintomas de instabilidade não forem controlados pelo brace e pelo programa de reabilitação, a cirurgia pode ser indicada. O principal objetivo da cirurgia é evitar que a tibia se movimente muito sob o fêmur e se reestabeleça a função normal do joelho.

Mesmo quando a cirurgia é necessária, a maior parte dos cirurgiões irão submeter seus pacientes a muitas sessões de fisioterapia antes do procedimento cirúrgico. Isso acontece para que haja tempo para redução do inchaço e pela certeza que você pode esticar seu joelho novamente. Essa pratica também reduz a chance de formação de fibrose dentro da articulação e pode aumentar a velocidade de recuperação no pós-operatório.

Muitos cirurgiões são a favor da reconstrução do LCP usando-se um tendão para substituir o LCP lesado. Essa cirurgia é feita usando-se o artroscópio – mencionado anteriormente. Pequenas incisões são feitas no joelho, mas não é necessário abrir o joelho. O artroscópio é usado para visualizar o interior da articulação e a maior parte das cirurgias é feita no esquema de hospital dia, em que o paciente vai para casa no mesmo dia. Em alguns casos é necessário que o paciente permaneça uma noite no hospital.

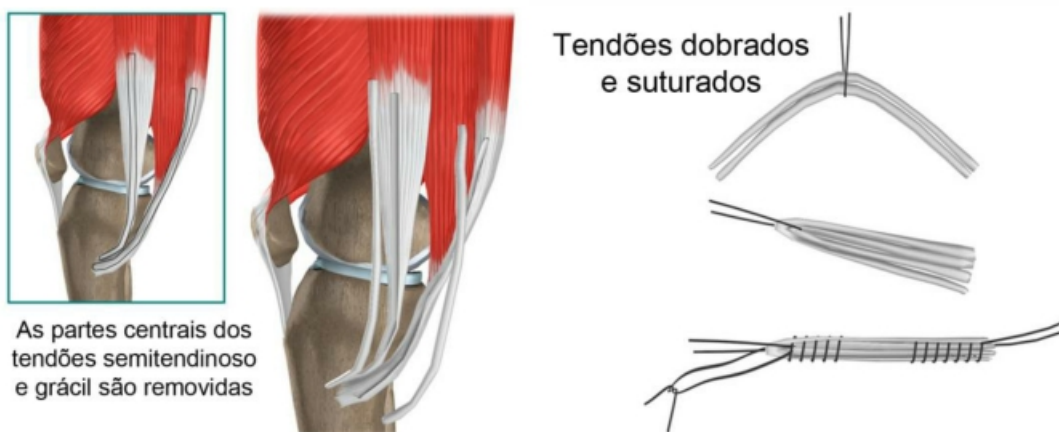
Artroscopia do Joelho



Em uma cirurgia típica, a extremidade rompida do LCP deve ser removida. Uma vez feito, o tipo de enxerto que será usado é determinado. Um dos tendões mais comumente usado é o tendão patelar. Esse tendão conecta a patela (rótula) a tibia. Aproximadamente 1/3 do tendão patelar é removido juntamente com um plug ósseo em cada extremidade. São feitos furos nesses plugs em que são dados pontos. Então são feitos furos na tibia e no fêmur para se alocar o enxerto. Esses furos são feitos de modo que eles tenham a mesma direção que o LCP original. Então, o enxerto é colocado no lugar e parafusos são usados para fixar os plugs nos buracos perfurados.



Os cirurgiões também usam como enxerto os músculos posteriores da coxa para reconstruir o LCP. Esse enxerto é retirado de um dos flexores da coxa da sua inserção na tibia logo abaixo do joelho. Os flexores da coxa descem pela parte de trás da coxa. Seus tendões cruzam o joelho e se conectam com cada lado da tibia. O enxerto usado na reconstrução de LCP pertence ao músculo semitendinoso. O cirurgião também pode retirar o tendão do músculo grácil que fica próximo ao semitendinoso. Quando dispostos em três ou quatro camadas, esses enxertos têm quase a mesma força do tendão patelar.



Outro material também usado são os aloenxertos para substituir o LCP. Os aloenxertos são tecidos retirados de outras pessoas. Esses tecidos são coletados após a morte do doador e enviado para um banco de tecidos. Ele é

investigado quanto a infecções, esterilizado e armazenado no freezer. Quando necessário o tecido é solicitado pelo cirurgião e usado para substituir um LCP lesado. A vantagem em se usar o aloenxerto é que o cirurgião não precisa se preocupar em remover qualquer tecido normal do seu joelho para usar como enxerto. Por essa razão cirurgia dura menos tempo.

REABILITAÇÃO

Reabilitação não cirúrgica

A reabilitação não cirúrgica para lesão de LCP dura de 6 a 8 semanas. Você pode retornar a atividades esportivas quando seu quadríceps e os flexores da coxa estiverem próximos da sua força normal.

Reabilitação Pós-operatória

Você pode usar um aparelho de CPM (do inglês: movimentação contínua passiva) logo após a cirurgia para iniciar a movimentação e aliviar a dor. Essa máquina é presa a perna e a movimenta continuamente – dobrando e esticando – o joelho. Essa movimentação reduz a dor, o inchaço e diminui a formação de tecido cicatricial dentro do joelho.

O seu médico também pode lhe pedir que use um brace para proteger o joelho por 2 a 3 semanas após a cirurgia. Você usará muletas por 2 a 4 semanas com apenas parte do peso apoiado sobre a perna enquanto você anda.

O paciente geralmente inicia a fisioterapia após a reconstrução do LCP. As primeiras sessões visam diminuir a dor e o inchaço da cirurgia. O fisioterapeuta irá focar no ganho da amplitude de movimento nas três primeiras semanas. Eles ficam atentos aos movimentos de posteriorização da tibia sob o fêmur e evitam estressar muito o enxerto.

Os exercícios de fortalecimento do quadríceps (músculos da frente da coxa) são iniciados em seguida. A estimulação muscular elétrica pode ser necessária para o treino da musculatura. À medida que o programa de reabilitação evolui, exercícios mais complexos são escolhidos para ganho de força do joelho. Quando você obtiver uma movimentação completa do joelho, se o joelho não inchar e sua força estiver melhor você será capaz de retornar ao seu trabalho e atividades esportivas. Alguns médicos prescrevem um brace funcional para atletas que pretendem retornar rápido ao seu esporte.

Idealmente, você será capaz de retomar suas atividades prévias a lesão. Entretanto, atletas geralmente são aconselhados a aguardar seis meses antes de retornar aos treinos.

Você, provavelmente, irá participar de um progressivo programa de reabilitação de quatro a seis meses após a cirurgia, para garantir o melhor resultado na reconstrução do LCP. Em princípio, você deverá passar com seu fisioterapeuta três a cinco vezes por semana. Se a cirurgia e a reabilitação seguirem conforme planejado durante as seis primeiras semanas você será instruído a realizar os exercícios em casa e visitará seu fisioterapeuta com menos frequência por quatro a seis meses.