



## Artigo original

# Lesão do nervo safeno na retirada de 1 ou 2 tendões flexores na reconstrução do ligamento cruzado anterior<sup>☆</sup>



Vitor Barion Castro de Padua\*, Paulo Emílio Dourado Nascimento, Sergio Candido Silva, Sergio Marinho de Gusmão Canuto, Guilherme Nunes Zuppi e Sebastião Marcos Ribeiro de Carvalho

Faculdade de Medicina, Universidade de Marília, Marília, SP, Brasil

### INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

#### Histórico do artigo:

Recebido em 16 de julho de 2014

Aceito em 17 de agosto de 2014

On-line em 27 de maio de 2015

#### Palavras-chave:

Ligamento cruzado anterior

Parestesia

Tendões flexores

### R E S U M O

**Objetivo:** Avaliar se a retirada dos dois tendões flexores (semitendíneo [ST] e grácil [GC]) tem o mesmo índice de lesão nervosa que a retirada isolada do tendão ST usado como enxerto triplo.

**Métodos:** Foi avaliada a alteração de sensibilidade relacionada à lesão do ramo infrapatelar do nervo safeno em 110 pacientes seis meses após serem submetidos à reconstrução do LCA com o uso dos tendões flexores, dividido num grupo no qual se usou somente o ST e outro com o ST e o GC.

**Resultados:** O grupo no qual se usou somente o ST como enxerto apresentou um índice de lesão nervosa de 36,1% e no grupo com os tendões ST e GC 58,1% dos pacientes tiveram alteração da sensibilidade. Na avaliação geral de todos os pacientes o índice de lesão nervosa foi de 50,9%.

**Conclusão:** A retirada do ST isolado e usado de forma tripla é uma opção viável na reconstrução do LCA e pode ocasionar um menor número de lesão nervosa relacionada a ramos do nervo safeno.

© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

### Saphenous nerve injury during harvesting of one or two hamstring tendons for anterior cruciate ligament reconstruction

#### A B S T R A C T

**Objective:** The aim of this study was to assess whether harvesting of two hamstring tendons (semitendinosus and gracilis) has the same rate of nerve injury as harvesting of the semitendinosus tendon alone, used as a triple graft.

#### Keywords:

Anterior cruciate ligament

Paresthesia

Hamstring

<sup>☆</sup> Trabalho feito no Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Marília, Marília, SP, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mails: [drvitorpadua@gmail.com](mailto:drvitorpadua@gmail.com), [vtrpadua@yahoo.com.br](mailto:vtrpadua@yahoo.com.br) (V.B.C.d. Padua).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2014.08.013>

0102-3616/© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

**Methods:** Changes in sensitivity relating to injury of the infrapatellar branch of the saphenous nerve were evaluated in 110 patients six months after they underwent anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction using hamstring tendons. They were divided into two groups: one in which only the semitendinosus was used and the other, the semitendinosus and gracilis.

**Results:** The group in which only the semitendinosus was used as a graft presented a nerve injury rate of 36.1%. In the group in which the semitendinosus and gracilis tendons were used, 58.1% of the patients presented altered sensitivity. In the general assessment on all the patients, the nerve injury rate was 50.9%.

**Conclusion:** Harvesting the semitendinosus alone and using it in triple form is a viable option for ACL reconstruction and may give rise to fewer nerve injuries relating to branches of the saphenous nerve.

© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

## Introdução

A lesão do ligamento cruzado anterior (LCA), incapacitante para certas atividades físicas devido à instabilidade, predispõe lesões no menisco e na cartilagem que podem evoluir para artrose<sup>1</sup> e sua reconstrução busca devolver a estabilidade articular.

Com a evolução dos procedimentos cirúrgicos de reconstrução do LCA, a expectativa do resultado é cada vez maior pelos pacientes, que buscam um retorno mais rápido às atividades diárias e com menor morbidade.<sup>2</sup>

Os tendões mais usados para o procedimento são os tendões flexores (semitendíneo [ST] e grácil [GC]) e o terço central do ligamento patelar. A literatura mostra resultados semelhantes com o uso dos dois enxertos,<sup>3-6</sup> mas se acredita que o uso dos tendões flexores leve a menor morbidade pós-operatória.<sup>7</sup>

Porém sua retirada não é isenta de riscos. A complicação mais comum é a parestesia ou anestesia regional na perna causada por lesão do ramo infrapatelar do nervo safeno (IPNS) com relatos de incidência maior do que 70%.<sup>8,9</sup>

Para reduzir a incidência dessa complicação, alguns autores optam por uma incisão mais oblíqua,<sup>10</sup> enquanto outros tentam explorar e identificar o nervo<sup>2</sup> durante a retirada do enxerto.

O objetivo deste trabalho é comparar se a retirada de um tendão flexor (ST) tem a mesma incidência de lesão nervosa que a retirada de dois tendões (ST e GC) através de uma incisão vertical, no uso como enxertos na reconstrução do LCA.

## Materiais e métodos

Foram avaliados com seis meses de pós-operatório 110 pacientes submetidos à reconstrução do LCA com o uso dos tendões flexores. Foi usado o tendão do ST triplo quando havia remanescente do LCA roto que era preservado ou quando o diâmetro do enxerto era superior a 8 mm, num total de 36 pacientes.

Quando não houvesse remanescente do LCA ou o ST não atingisse o diâmetro de 8 mm foi feita a reconstrução com os

tendões flexores quádruplos (ST e GC), sempre mantendo sua inserção distal na tíbia, totalizando 74 pacientes.

Não foram incluídos na avaliação os pacientes nos quais foi realizado a sutura do menisco medial pela técnica “in out” ou “out in” na qual uma pequena incisão medial foi efetuada, e pacientes com cicatriz ou cirurgias prévias no joelho.

## Técnica cirúrgica

A reconstrução do LCA foi feita com o uso do garrote na base da coxa e anestesia raquidiana em todos os casos.

Inicia-se o procedimento com a retirada do tendão ST através de uma incisão vertical aproximadamente 1,5 cm medial e distal à tuberosidade anterior da tíbia de em média 2,8 cm de comprimento. A fásia do sartório que recobre os tendões flexores é aberta horizontalmente e com ajuda de dois “mixter” isola-se o ST e se faz sua retirada através de um “stripper” aberto (tipo rabo de porco) mantendo sua inserção distal na tíbia.<sup>6</sup>

Faz-se a limpeza da parte muscular e inicia-se o procedimento artroscópico através dos portais convencionais anteromedial e anterolateral. Após o tratamento das lesões associadas, verifica-se a existência de remanescentes viáveis de LCA e prepara-se o fêmur para perfuração do túnel que é feita através da perfuração independente e de fora para dentro pela técnica de Chambat.<sup>11</sup>

Na tíbia, quando há remanescente de LCA viável, fazemos a perfuração com o uso dos restos como parâmetro de localização e com a ajuda do “shaver” cria-se um trajeto dentro do remanescente.<sup>12</sup>

Quando não existem restos do LCA ou não são viáveis, o túnel tibial é feito no “foot print” tibial utilizando-se o corno anterior do menisco lateral e a espinha tibial medial como parâmetro de localização. Nesse caso, ou quando o enxerto triplo do ST apresenta o diâmetro menor do que 8 mm, retorna-se à incisão sobre os flexores e retira-se o tendão do GC da mesma forma.

Uma vez preparado o enxerto, esse é passado de distal para proximal, mantendo sua inserção distal na tíbia. A fixação é feita com parafuso de interferência primeiro na tíbia e em seguida no fêmur de fora para dentro, próximo da extensão.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2717968>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2717968>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)