RBO
REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA
www.rbo.org.br

Artigo de revisão

Lesão parcial do ligamento cruzado anterior: diagnóstico e tratamento

Eduardo Frois Temponi[a,*], *Lúcio Honório de Carvalho Júnior*[a], *Bertrand Sonnery-Cottet*[b] *e Pierre Chambat*[b]

[a] *Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil*
[b] *Centre Orthopédique Santy, Hôpital Jean Mermoz, Lyon, França*

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:
Recebido em 25 de março de 2014
Aceito em 15 de abril de 2014
On-line em 23 de janeiro de 2015

Palavras-chave:
Ligamento cruzado anterior/lesões
Ligamento cruzado anterior/cirurgia
Joelho

R E S U M O

Lesões parciais do ligamento cruzado anterior (LCA) são comuns e representam 10%-27% das totais. As principais razões para atenção ao feixe não rompido são biomecânicas, vasculares e proprioceptivas. A permanência do feixe serve ainda de proteção durante o processo cicatricial. A definição dessa lesão é controversa, baseada na anatomia, no exame clínico, na medida da translação, nos exames de imagem e na artroscopia. Seu tratamento vai depender da frouxidão e da instabilidade existentes. O tratamento conservador é opcional para casos sem instabilidade, com enfoque na reabilitação motora. O tratamento cirúrgico é desafiador, pois exige correto posicionamento dos túneis ósseos e conservação dos remanescentes do feixe rompido. O teste do *pivot-shift* sob anestesia, os achados à ressonância magnética, o nível e o tipo de atividade esportiva prévia e o aspecto artroscópico dos remanescentes e suas propriedades mecânicas auxiliarão o ortopedista no processo decisório entre o tratamento conservador, o tratamento cirúrgico com reforço do LCA nativo (reconstrução seletiva) ou a reconstrução clássica (anatômica).

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Partial tearing of the anterior cruciate ligament: diagnosis and treatment

Keywords:
Anterior cruciate ligament/injuries
Anterior cruciate ligament/surgery
Knee

A B S T R A C T

Parcial tears of of the anterior cruciate ligament (ACL) is common and represents 10%-27% of the totals. The main reasons for attending to cases of non-torn bundles are biomechanical, vascular and proprioceptive. Continued presence of the bundle also serves as protection during the healing process. There is controversy regarding the definition of these injuries, which is based on anatomy, clinical examination, translation measurements, imaging examinations and arthroscopy. The way in which it is treated will depend on the existing laxity

* *Autor para correspondência.*
E-mails: dufrois@hotmail.com, luciohcj@gmail.com (E.F. Temponi).
http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2014.04.009
0102-3616/© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

and instability. Conservative treatment is optional for cases without instability, with a focus on motor rehabilitation. Surgical treatment is a challenge, since it requires correct positioning of the bone tunnels and conservation of the remnants of the torn bundle. The pivot shift test under anesthesia, the magnetic resonance findings, the previous level and type of sports activity and the arthroscopic appearance and mechanical properties of the remnants will aid the orthopedist in the decision-making process between conservative treatment, surgical treatment with strengthening of the native ACL (selective reconstruction) and classical (anatomical) reconstruction.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Ao longo dos últimos 15 anos o conhecimento a respeito da lesão e da reconstrução do ligamento cruzado anterior (LCA) tem evoluído consideravelmente. Estudos anatômicos permitiram identificação precisa das inserções ósseas,[1,2] enquanto estudos biomecânicos propiciaram melhor entendimento da função de cada um dos seus feixes.[2] O melhor conhecimento anatômico e o interesse biológico na preservação dos remanescentes do LCA rompido levaram a modificações das técnicas clássicas de reconstrução: com dupla banda, anatômica e seletiva para as lesões parciais.[3–7]

A lesão completa do LCA pode ser diagnosticada pelo exame clínico,[8] enquanto a lesão parcial muitas vezes não. Nesses casos, estudos complementares são necessários para sua confirmação. O diagnóstico definitivo da lesão parcial do LCA se dá pelo somatório de achados clínicos, exames de imagem e, quando necessário, achados artroscópicos. Na lesão parcial do LCA é fundamental a avaliação da competência e da funcionalidade das fibras remanescentes na estabilização do joelho. Discute-se ainda se o evento em questão seria uma lesão parcial ou mesmo uma lesão completa em processo cicatricial.[7–9]

Procura-se consenso para definição, diagnóstico e tratamento das lesões parciais do LCA. Motivada pela discussão ainda existente na literatura e pela necessidade de melhor entendimento, esta revisão tem como objetivo discutir a lesão parcial do LCA.

Definição

Norwood e Cross *apud* Colombet et al.[9] descreveram a existência de três bandas para o LCA com importância anatômica e funcional: anteromedial (AM), posterolateral (PL) e intermediária. Outros descreveram a existência de duas bandas cuja funcionalidade é conhecida e aceita.[8–11] Cada banda contribuiria separadamente para a estabilização do joelho e poderia ser lesada separadamente nas lesões parciais. Para Hong et al.[10] as lesões parciais seriam aquelas em que menos de 50% do ligamento estariam lesados. Já para Noyes et al.[11] a definição de lesão parcial estaria relacionada à porcentagem das fibras do LCA lesadas, considerando que a ruptura de 50% a 75% do diâmetro teria grande associação com insuficiência clínica.

A Associação Médica Americana, que divide as lesões em três graus de gravidade, define como grau II as lesões traumáticas do LCA quando da existência de lesões parciais: entorse moderada causada por trauma direto ou indireto.[9] A apresentação clínica nesses casos seria caracterizada por dor e limitação funcional parcial, hemartrose e possibilidade de episódios de instabilidade. DeFranco e Bach[6] propuseram definição multifatorial que leva em consideração a combinação de fatores clínicos e artroscópicos, com a qual os autores concordam.

Nas lesões parciais do LCA o objetivo mais importante é determinar a existência de fibras remanescentes e a estabilidade clínica com a permanência dessas. Embora a avaliação artroscópica permita observação dos remanescentes, o uso de portais tradicionais pode gerar confusão em sua avaliação. Sonnery-Cottet e Chambat[12] sugerem a posição de figura de 4 (Cabot) para melhor avaliação dos remanescentes da banda PL. Crain et al.,[7] Colombet et al.[9] e Sonnery-Cottet et al.[13] descreveram padrões de lesões parciais. Foram considerados de boa qualidade clínica 17% e de má qualidade 83% dos casos avaliados. Os tecidos de melhor qualidade, com propriedades mecânicas preservadas, foram mais frequentes quando da existência da banda PL (70%) em detrimento da cicatrização no intercôndilo (27%) ou de remanescente aderido ao ligamento cruzado posterior (13%). Embora existam estudos que demonstram estabilidade clínica associada à lesão parcial, Maeda et al.[14] não encontraram maior estabilidade nesses casos.

Diagnóstico

O diagnóstico das lesões parciais do LCA permanece desafiador. Deve ser baseado na combinação do exame clínico e dos exames de imagem (radiografia e ressonância magnética), com diagnóstico definitivo feito na avaliação artroscópica, quando indicado.

Exame clínico

Em estudo da Sociedade Francesa de Artroscopia,[15] a frouxidão detectada clinicamente foi significativa ($p < 0,05$) quando comparada com a população com lesão completa do LCA (98% dos pacientes com teste de Lachman [TL] positivo e 80% com teste *pivot-shift* [TPS] positivo −+2 ou +3) com aqueles com lesão parcial (30% a 64% de TL «parada dura» ou «retardada»

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2718000

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2718000

Daneshyari.com