

Patologias frequentes do joelho

Frequent injuries of the knee

Carolina Silva Chaves¹, Monique Alves¹, Pedro Paulo Paes de Oliveira¹, Victoria Pilau Scheid¹; Francisco Consoli Karam ²

¹Acadêmico da Associação de Turma Médica 2017 da Escola de Medicina da PUCRS. ²Médico Especialista em ortopedia e traumatologia do Hospital São Lucas da PUCRS.

RESUMO

Objetivos: Avaliar as lesões mais frequente do joelho. Este é local de acometimento de grande número de patologias, tanto agudas quanto crônicas, sendo queixa nesta região anatômica motivo frequente de atendimento e assunto amplo a ser debatido. Assim, uma forma de compreender algumas patologias que acometem o joelho é revisar as afecções mais frequentes conforme a faixa etária.

Métodos: Foram revisados seis artigos que abordam as patologias mais frequentes desta região, conforme cada faixa etária.

Resultados: Na criança, cita-se a doença de Osgood-Schlatter, osteocondrite dissecante e menisco discóide; já no adulto, as lesões ligamentares e meniscais assumem papel de destaque e no idoso, a osteoartrose do joelho é queixa importante deste grupo de pacientes. De modo geral, o raio-x é o primeiro exame a ser solicitado, de maneira complementar a uma anamnese e exame físico detalhados. O tratamento é definido pelo ortopedista. Medidas gerais como repouso articular, gelo, elevação do membro e imobilização podem ser orientadas até que o paciente consulte o especialista.

Conclusões: As lesões de joelho são queixas frequentes e podem ter diversas etiologias, sendo o trauma a mais frequente. Dividir o tema por faixa etária facilita ao examinador direcionar a história e o exame físico.

Palavras-chave: Joelho; Ferimentos e Lesões; Exame Físico; Ligamentos; Menisco.

ABSTRACT

Aims: Evaluate the mains injuries of the knee. This is a frequent site of injuries with a large amount of pathologies, as much as acute injuries as well as chronic injuries, what makes this anatomic region a frequent motivation for consultation and an extensive subject for debate. Thereby one way of understanding some of these pathologies that involves the knee is reviewing the affections more frequent by age.

Methods: Six studies that evaluate the most frequent knee injuries were reviewed, according to each age range.

Results: On childhood, Osgood-Schlatter disease, osteochondritis dissecans and discoid meniscus; On adulthood, the ligaments and meniscus injuries become the centerpiece; On the elderly patient osteoarthritis has a main part on the complains. Radiography is the first complementary exam requested, on a general waybeing used to complement the physical examination and the history. Definitive treatment is given by the orthopedist, general measures as joint rest, ice, elevation of the limb and immobilization can be orientated by any doctor until the patient consult a specialist.

Conclusions: Knee injuries are frequents and can have multiple etiologies, being trauma the most frequent. Divide by age range makes it easier for the examiner to direct the history and physical examination.

Keywords: Knee; Wounds and Injuries; Physical Examination; Ligaments; Meniscus.

INTRODUÇÃO

Lesões de joelho são frequentes motivos de atendimento, tanto emergencial quando ambulatorial, isso ocorre por sua grande exposição a forças externas e pelas demandas funcionais a que está sujeito. A etiologia das lesões varia conforme a faixa etária e o nível de atividade do paciente. A anamnese detalhada e o exame físico cuidadoso são ferramentas importantes na avaliação do paciente com esta queixa. Devido ao grande número de patologias, objetiva-se analisar as lesões mais frequentes, agudas e crônicas, conforme a faixa etária.

MÉTODOS

Foi pesquisado no período de junho de 2017 na base de dados *pubmed* artigos publicados nos últimos 5 anos, com as palavras-chaves *knee + injury*. Foram encontrados 7554 trabalhos, destes foram selecionados 6 artigos considerados de maior relevância para revisão. Foram incluídos apenas artigos escritos em língua inglesa.

RESULTADOS

Lesões de joelho em criança

Osgood-Schlatter

Condição onde a inserção do tendão patelar na tuberosidade tibial se torna inflamada. Acomete geralmente crianças na segunda década de vida, associada ao estirão de crescimento.

O quadro clínico é de dor e edema no tubérculo da tibia. A dor geralmente é exacerbada por atividade física. No exame físico pode se perceber uma proeminência óssea, edema e calor na região do tubérculo tibial, além da presença de dor durante a extensão contra resistência.

O diagnóstico é clínico, e exames complementares só são necessários na presença de sintomas atípicos.

O tratamento conservador é feito com fisioterapia, gelo no local, uso de anti-inflamatórios não esteroides. Raramente, na falha do tratamento conservador pode ser realizado tratamento cirúrgico, após o fechamento da placa de crescimento (fise).

Osteocondrite dissecante

Lesão idiopática do osso subcondral com ou sem acometimento de cartilagem, sendo uma causa frequente de dor em joelho em pacientes jovens. Osteoartrose secundária é uma complicação possível se não reconhecida e tratada a tempo. A idade de apresentação em geral é entre 13-21 anos. O prognóstico dos pacientes depende da sua maturidade óssea e da gravidade da lesão.

Inicialmente os sintomas são pouco específicos como dor de intensidade variável e edema local. Com a progressão surgem sintomas como crepitação, bloqueio articular e falseio. Alguns pacientes podem notar corpos livres articulares. Os sintomas tendem a ser constantes e severos.

Ao exame físico pode notar-se rotação externa durante a marcha para evitar o desconforto causado pelo impacto da espinha tibial contra a parede lateral do côndilo femoral medial. A manobra de Wilson (dor ao rodar internamente a tibia durante a extensão do joelho) pode ser positiva. Atrofia de quadríceps pode estar presente em quadros de longa duração.

A radiografia é um primeiro exame adequado para avaliação das lesões. A RNM é exame que determina o grau de lesão e prognóstico.

O tratamento conservador consiste em imobilização, limitação de atividades e não apoiar o pé no chão. Na falha do tratamento conservador e em lesões instáveis o tratamento é cirúrgico.

Menisco discóide

Condição que ocorre por diminuição das fibras de colágeno e perda da orientação destas fibras. Pode ocorrer degeneração intra-meniscal. Acometimento do menisco lateral é mais frequente do que o medial. Estima-se que 20% dos casos são bilaterais.

O quadro clínico pode ser assintomático. Nos casos sintomáticos a principal queixa é dor. Pode-se perceber estalidos que se associam à dor, derrame, artropatia do quadríceps, instabilidade, limitação ou bloqueio da movimentação. Frequentemente se ouvem estalos após a flexão sem outros sintomas associados, podendo haver dor após atividade física. No exame físico, o paciente pode apresentar o sinal chamado Snapping knee – ressalto durante a flexoextensão, abaulamento e dor a palpação da interlinha articular, edema e até teste de McMurray positivo.

A radiografia em geral não tem alterações. A ressonância nuclear magnética (RNM) pode auxiliar o diagnóstico. A artroscopia pode ser útil para diagnosticar variantes da doença.

A maior parte dos casos é assintomática e não necessita tratamento. Nos casos sintomáticos a conduta inicial é encaminhar o paciente para fisioterapia e, caso não tenha melhora do quadro, há opção de tratamento com artroscopia.

Patologias frequentes no adulto

Lesão de meniscos

Os meniscos são estruturas cartilaginosas fixadas aos côndilos da tíbia que apresentam uma função de absorção e distribuição de carga muito importante. Lesões meniscais são frequentes, sendo as principais etiologias trauma rotacional ou por flexão que envolvem desacelerações e mudanças de direção; e também, como evolução do processo degenerativo da articulação.

O paciente relata queixa de dor, crepitação durante a flexão-extensão do joelho e ao exame apresenta testes específicos positivos:

McMurray: Com paciente deitado, quadril a 90°, e joelho completamente flexionado. Palpamos com uma das mãos as interlinhas articulares e com a outra seguramos o pé do paciente. Realizamos então movimentos de rotação externa e interna da perna. Se estalido junto à interlinha articular medial após rotação externa, pode caracterizar lesão do menisco medial. Dor junto à interlinha articular lateral após rotação interna sugere lesão do menisco lateral. A presença de dor, nesta manobra, é considerado teste positivo por muitos cirurgiões.

Appley: Paciente em decúbito ventral e os joelhos fletidos em 90°. Realizamos compressão na planta do pé e rotação interna da perna, para testar o menisco lateral, e rotação externa, para avaliar o menisco medial. Suspeita-se de lesão meniscal quando paciente sente dor na região das interlinhas articulares. Se houver dor com a descompressão, suspeita-se de lesões de outras estruturas.

Childress ou “Marcha de pato”: Solicitamos que paciente se agache no chão e que dê alguns passos nesta posição. A dor impossibilita que se realize tal movimento se há lesão nos cornos posteriores ou na articulação femoropatelar.

Lesão de Ligamento Cruzado Anterior (LCA):

As lesões ligamentares mais frequentes do joelho ocorrem no LCA, que tem grande importância na estabilidade do joelho, sendo o responsável pela translação tibial anterior sobre o fêmur. A queixa mais comum é sentir um “estalido” dentro da articulação após uma manobra de torção e desaceleração súbita. Simultaneamente, o paciente pode referir uma sensação de falseio, seguindo de uma incapacidade de deambular sobre a extremidade.

Ao exame físico o paciente pode apresentar edema - frequentemente decorrente de hemartrose, dor, dificuldade de movimentar o joelho e a presença de testes específicos positivos:

Lachman: Com o paciente em decúbito dorsal, flexionamos a perna a ser examinada a 30°. A partir daí, com uma mão na região supracondiliana do fêmur e outra na região superior da tíbia, fazemos movimentos de translação anterior da tíbia. Se a tíbia se desloca para frente, é positivo para lesão do LCA. Deve-se comparar com o contralateral.

Gaveta anterior: Paciente em decúbito dorsal horizontal e mantendo a perna flexionada à 90° e o pé apoiado pelo examinador. Posicionamos as mãos sobre a região posterior do terço superior da tíbia. Realizamos o movimento de tração para frente. Se a tíbia se deslocar para frente, o teste é positivo e indica lesão do LCA. Deve-se comparar com o contralateral.

Ressalto ou “Jerk test”: Paciente em decúbito dorsal com seu membro inferior fletido a 45° e quadril fletido a 90° de flexão do joelho. Com uma das mãos, seguramos o pé ou a perna em rotação interna e, com a outra, pressionamos o terço superior externo da perna para a frente, fazendo um discreto valgo do joelho; nessa posição, o joelho se estende até o momento em que se nota um repentino ressalto articular, que é subluxação anterolateral do joelho, o qual se mantém subluxado até sua extensão total.

McIntosh ou “Pivot-shift”: Realizado a partir da posição final do Jerk test (joelho estendido e tíbia subluxada anteriormente). Realiza-se lenta flexão quando, em torno de 30-50°, será percebida a repentina redução da subluxação anterior. É positivo para lesão do LCA.

Lesões nos Ligamentos Colaterais Medial (LCM) e Lateral (LCL):

Lesões no LCM normalmente ocorrem em esportes de colisão/contato, bem como em situações de giro e torção sobre a tíbia. Sensibilidade na região medial do joelho e edema são frequentes, assim como ocorre em lesões de menisco medial. Lesões isoladas do LCL são incomuns. O mecanismo de lesão mais frequente envolve trauma de alta energia combinado com hiperextensão em varo, lesando diversas estruturas. Pode haver dor na região lateral/posterolateral do joelho, edema, sensação de que o joelho trava ao movimento.

Teste do bocejo articular em valgo ou varo: Paciente em decúbito dorsal e o joelho em flexão de 30°, apoiamos uma das mãos na coxa e a outra na perna, forçando o valgo ou o varo, comparativamente. Se houver abertura da interlinha articular, durante a manobra em valgo, sugere lesão LCM; e lesão de LCL, se bocejo articular em varo.

Exames Complementares

Raio-X nas incidências ântero-posterior e lateral da articulação femuro-tibial é o primeiro estudo de imagem a ser solicitado diante da queixa de dor no joelho. Alguns achados podem sugerir lesões ligamentares ou meniscais, como a fratura de Segond, no LCA; a Síndrome de Pellegrini-Stieda, no LCM e a presença de calcificação dos meniscos ou fragmentos soltos calcificados, porém estas somente serão confirmadas com exames mais acurados.

Ressonância Magnética (RNM): exame de escolha para diagnosticar rupturas ligamentares. Altamente sensível e específico no diagnóstico de rupturas ligamentares agudas. Sua acurácia diminui nas rupturas crônicas e/ou parciais. Nas lesões meniscais, a RNM pode definir a extensão e o tipo da ruptura, sendo o exame de imagem mais sensível para detectar pequenas rupturas.

Tratamento geral de lesões meniscais e ligamentares

Fase aguda - Proteção, repouso, gelo (15-20min a cada 4-6h), eventual imobilização, elevação do membro inferior afetado e medicações analgésicas/anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Muletas podem ser úteis para evitar a deposição de carga, principalmente se o joelho está instável.

Tratamento Conservador x Cirurgia – A decisão terapêutica é baseada em alguns fatores, como o nível de atividade do paciente, quantidade de demanda funcional na articulação afetada e a presença de lesões múltiplas de tecidos moles (ligamentos, meniscos, tendões). Idade, ocupação laboral do paciente e nível de instabilidade da articulação também têm importância na escolha do tratamento. Se optado pelo tratamento conservador, após a fase aguda, o paciente pode ser manejado com restrição de determinados movimentos/atividades e fisioterapia. No caso de tratamento cirúrgico, deve-se discutir com o médico especialista as opções de procedimento para cada caso.

Patologias frequentes no idoso

Gonartrose

Doença de caráter inflamatório e degenerativo da articulação, marcada pelo desgaste das cartilagens que revestem as extremidades ósseas, causando dor e deformidades. Pode ser primária, sem etiologia definida, ou secundária à doença inflamatória ou traumática.

Os principais sintomas são dores, crepitações, edemas, e rigidez articular principalmente matinal, além de deformidades e restrição de movimento da articular. A incidência aumenta com a idade e o peso, mas também pode ser causada por outros fatores, tais como microtraumatismos de repetição, cargas articulares excessivas, atividades ocupacionais, fatores metabólicos, endócrinos e hereditários.

No exame físico, avalia-se o alinhamento, a presença de derrame, edema, atrofia muscular e deformidades. Na observação anterior, o genu varo, mais prevalente nesta patologia, e o valgo podem ser observados. Pode-se avaliar a presença de crepitação no joelho colocando a mão do examinador espalmada sobre o joelho durante o movimento de flexo-extensão do joelho, sentindo o deslizamento da patela no sulco troclear. Também deve ser avaliado a amplitude de movimento (ADM) da articulação.

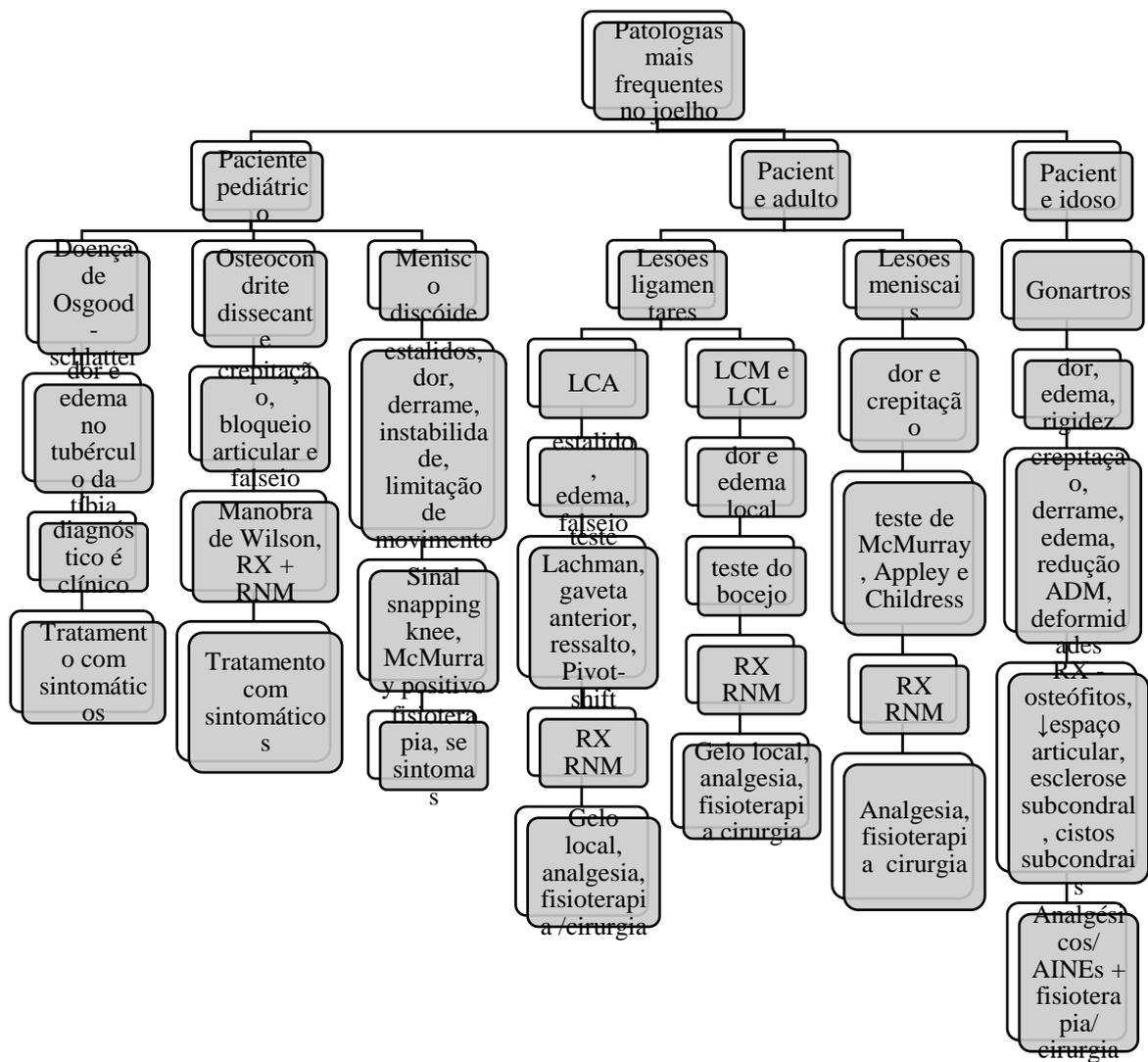
Raio-X é o primeiro exame e, frequentemente, o único recurso de imagem necessário para o diagnóstico. Os sinais clássicos vistos no RX de osteoartrose incluem: presença de osteófitos, redução do espaço articular, esclerose subcondral e presença de cistos subcondrais.

O tratamento da artrose deve ser multidisciplinar, buscando as melhorias funcionais, mecânicas e clínicas. Destacam-se a fisioterapia, os medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios e as cirurgias, nos casos de falha do tratamento conservador. O objetivo é minimizar a progressão das lesões, controlar a dor, melhorar e prevenir limitações e deformidades articulares. Pode-se buscar também a identificação de alguns fatores de risco passíveis de intervenção, como o controle e a redução do peso corporal em pacientes obesos.

CONCLUSÃO

As lesões de joelho são queixas frequentes e podem ter diversas etiologias, sendo o trauma a mais frequente. Dividir o tema por faixa etária facilita ao examinador direcionar a história e o exame físico.

Fluxograma



Fluxograma para avaliação de lesões de joelho

REFERÊNCIAS

Bhatia S, LaPrade CM, Ellman MB, LaPrade RF. Meniscal root tears: significance, diagnosis, and treatment. *Am J Sports Med* 2014; 42:3016.

Bronstein DR, Schaffer CJ. Physical examination of knee ligament injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2017 Apr;25(4):280-7.

Bronstein DR, Schaffer CJ. Physical examination of the knee: meniscus, cartilage, and patellofemoral conditions. *J Am Acad Orthop Surg.* 2017 May;25(5):365-74.

Kim JG, Han SW, Lee DH. Diagnosis and treatment of discoid meniscus. *Knee Surg Relat Res.* 2016 Dec 1;28(4):255-62.

Vaishya R, Azizi AT, Agarwal AK, Vijay V. Apophysitis of the Tibial Tuberosity (Osgood-Schlatter Disease): A Review. *Cureus.* 2016 Sep 13;8(9):e780.

Zanon G, DI Vico G, Marullo M. Osteochondritis dissecans of the knee. *Joints.* 2014 May 8;2(1):29-36.