

Reconstrução do LCA

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Resumo da recuperação. Agregado de 150 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA trabalho manual, esporte, academia	PLATÔ DO RESULTADO FINAL dor e força
2-6 weeks O retorno às atividades de escritório e às atividades leves do dia a dia geralmente ocorre entre 2 e 6 semanas, desde que haja recuperação total da amplitude de movimento e controle adequado do quadríceps.	6-12 months O retorno ao esporte e a todas as atividades físicas costuma acontecer entre 6 e 12 meses, exigindo programas específicos de readaptação esportiva e testes funcionais para garantir a segurança.	12-24 months O platô funcional completo e a estabilidade a longo prazo do enxerto são normalmente avaliados entre 12 e 24 meses; a maturação do enxerto e sua sobrevivência continuam a melhorar durante o primeiro ano.

Por que esta cirurgia foi recomendada

Exames como a ressonância magnética são eficazes para confirmar a ruptura do ligamento cruzado anterior – a faixa de tecido dentro do joelho que impede que a tíbia deslize para a frente em excesso.

O ligamento cruzado anterior não consegue se curar sozinho; por isso, a reconstrução cirúrgica utiliza um novo pedaço de tendão para substituí-lo. Normalmente, indicamos essa operação para pessoas jovens ou ativas, ou para aquelas cujo joelho “cede” durante os movimentos. O tratamento é personalizado conforme a sua idade, nível de atividade, grau de instabilidade do joelho e demais lesões existentes. Muitas pessoas tentam primeiro a fisioterapia para recuperar a mobilidade e fortalecer os músculos da coxa; a cirurgia é realizada quando esse tratamento não traz melhoria suficiente. O objetivo é obter um joelho estável, permitindo que você se movimente e permaneça ativo sem que ele “ceda”.

Antes da operação

Nas semanas que antecedem a cirurgia, você trabalhará com um fisioterapeuta para esticar e dobrar o joelho completamente, além de fortalecer os músculos da coxa. Esses exercícios facilitam a recuperação após a operação. Também serão realizados exames para auxiliar no planejamento cirúrgico, como radiografias ou ressonância magnética. No dia da cirurgia, evite comer e beber sete horas antes; pedimos esse tempo um pouco maior do que as seis horas padrão para que sua cirurgia possa ser antecipada caso a fila de espera diminua. O cirurgião informará quais medicamentos devem ser suspensos. Providencie alguém para levá-lo para casa e leve uma lista dos medicamentos que está tomando atualmente. Use roupas largas e confortáveis. Caso tenha outras condições médicas, pode ser necessário fazer exames de sangue ou uma consulta com o anestesista.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Conhecerá o anestesista, o médico responsável por induzir o sono e manter seu conforto durante a cirurgia. Esta operação é realizada sob anestesia geral. Às vezes, é adicionado um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; o anestesista conversará sobre isso com você no próprio dia.

Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada. Depois, acorda na sala de recuperação, onde enfermeiros cuidam de você enquanto a anestesia vai passando. Assim que seu estado se estabilizar, você será transferido para um quarto ou poderá ir para casa no mesmo dia, dependendo do procedimento e da evolução da sua recuperação.

Como é realizada a operação

A reconstrução consiste em substituir o ligamento rompido por um novo pedaço de tendão, chamado enxerto. O enxerto pode ser retirado do próprio corpo do paciente – geralmente da parte frontal do joelho ou dos tendões isquiotibiais na parte posterior da coxa – ou de tecido de doador. O cirurgião escolhe o enxerto mais adequado para o seu joelho, idade e atividades que você pretende retomar.

A operação é realizada por meio de pequenos cortes ao redor do joelho, utilizando uma câmera fina chamada artroscópio, que permite ao cirurgião visualizar o interior da articulação. O ligamento rompido é confirmado e o joelho é examinado para detectar eventuais outros danos, como ruptura de cartilagem. São feitos pequenos túneis na tíbia e no fêmur, pelos quais o novo enxerto é passado para ficar no lugar onde antes estava o ligamento lesionado. Em seguida, o enxerto é fixado com parafusos ou botões até que se integre ao osso.

Os cortes são fechados com pontos de sutura e cobertos com curativo. Você receberá instruções por escrito sobre como cuidar das incisões ao voltar para casa.

Algumas rupturas podem ser reparadas em vez de reconstruídas, porém isso se aplica apenas a um pequeno grupo de pacientes – geralmente aqueles em que o ligamento se desprendeu limpamente do osso e a qualidade do tecido é boa. O cirurgião informará se o reparo é uma opção viável para você.

Após a operação

Ao acordar da anestesia, você estará na sala de recuperação; uma vez estabilizado, será transferido para um quarto ou poderá ir para casa. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital. As enfermeiras cuidarão do seu conforto e administrarão analgésicos conforme necessário. O seu joelho terá um curativo nas feridas; pode ser que você receba uma faixa de suporte em vez de uma órtese. Na maioria dos casos, as pessoas conseguem ficar de pé e dar alguns passos com a ajuda de andador ou muletas no próprio dia da cirurgia, sob orientação do fisioterapeuta. Por favor, organize para que alguém fique com você nas primeiras 24 horas após chegar em casa. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; não o retire antes disso, a menos que lhe seja indicado. Trocamos ou removemos o curativo quando o examinamos.

Recuperação

Nos primeiros dias, o foco é o conforto e movimentos suaves. O seu joelho ficará dolorido e inchado; pode até parecer quente ao toque. O repouso, o gelo e os analgésicos prescritos pela equipe médica ajudam bastante. Mantenha a perna elevada quando estiver sentado ou deitado. O inchaço geralmente atinge o pico nos primeiros dias e depois diminui gradualmente nas semanas seguintes.

Logo após a cirurgia, você começará a acompanhar um fisioterapeuta, que continuará a orientá-lo durante a recuperação do joelho. Os exercícios iniciais visam esticar completamente o joelho, dobrá-lo um pouco mais a cada dia e reativar os músculos da coxa. A caminhada começa com o uso de muletas ou andador; você irá colocar peso na perna conforme orientação do fisioterapeuta. Pode ser necessário usar uma faixa de suporte em vez de uma órtese. Assim que se sentir estável, poderá realizar a maioria das atividades em casa: circular pela casa, preparar refeições e subir/descer escadas com cuidado. Evite torcer, girar bruscamente ou ajoelhar-se até que o joelho esteja pronto.

À medida que o inchaço diminui e a mobilidade retorna, os exercícios tornam-se mais desafiadores. Você fortalecerá os músculos da coxa e treinará o equilíbrio e o controle motor. Nas fases posteriores, os exercícios visam prepará-lo para as atividades que deseja retomar, como correr, pular ou mudar de direção rapidamente. Algumas pessoas também participam de programas estruturados de retorno ao esporte, além da fisioterapia habitual, antes de terem autorização para praticar esportes sem restrições.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. O seu cronograma pode ser diferente; seu cirurgião e fisioterapeuta o guiarão em cada etapa.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe monitoram você de perto para detectar qualquer problema precocemente.

Rigidez no joelho. Algumas pessoas desenvolvem rigidez que limita a amplitude de flexão ou extensão do joelho. Você pode perceber que o joelho parece “trancado” ou não consegue se estender completamente, mesmo

com esforço. Fazer os exercícios indicados e recuperar a amplitude de movimento antes da cirurgia reduz esse risco. Informe ao seu fisioterapeuta ou ligue para a clínica caso o joelho não consiga se estender.

Infecção. É algo raro, mas fique atento a uma dor profunda e latejante que não melhora com analgésicos comuns, vermelhidão que se espalha a partir do local da incisão, ou sensação de febre e mal-estar. O joelho pode ficar quente, inchado e muito sensível ao toque. Caso note algum desses sinais, ligue imediatamente para a clínica ou vá ao pronto-socorro. A infecção é tratada com lavagem da articulação e antibióticos; geralmente o enxerto permanece no lugar.

Ruptura do novo ligamento. O enxerto pode se romper, da mesma forma que o ligamento original. Isso geralmente acontece após uma torção ou queda, e a sensação é de que o joelho “cede” novamente, muitas vezes acompanhado de inchaço. Se isso ocorrer, entre em contato com a clínica. É possível realizar uma segunda cirurgia para reconstruir o ligamento; porém, a recuperação costuma ser mais lenta e os resultados não são tão previsíveis quanto na primeira cirurgia.

Lesão do ligamento no outro joelho. O ligamento do outro joelho também pode se romper, especialmente em jovens que retornam às atividades esportivas. Avançar gradualmente no programa de retorno ao esporte protege ambos os joelhos.

Dor na parte frontal do joelho. Se o enxerto foi retirado da parte frontal do joelho, essa região pode permanecer dolorida, sobretudo ao ajoelhar-se; além disso, a força do músculo da coxa pode demorar mais para voltar ao normal. Mencione isso na sua consulta de acompanhamento, caso isso esteja limitando suas atividades.

A tabela de complicações nesta página apresenta as taxas típicas, caso você queira informações mais detalhadas.

Quando nos contactar

A maioria dos problemas manifesta-se logo no início; por isso, preferimos ser informados o quanto antes. Contacte-nos se tiver febre, se a pele à volta da ferida ficar mais vermelha ou começar a libertar líquido, ou se o joelho ficar quente, inchado e cada vez mais doloroso. Dirija-se às urgências se sentir dor intensa e súbita, inchaço na panturrilha ou dificuldade em respirar, pois estes sintomas podem indicar a presença de um coágulo sanguíneo. Também deve ir às urgências se a perna ficar dormente, sentir frio ou mudar de cor, ou se não conseguir movê-la.

Reconstrução do LCA

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 150 estudos publicados. Estes são índices populacionais, não o seu risco individual — o seu cirurgião discutirá o que se aplica a si.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Falha do enxerto	9-10%	A taxa estimada de sobrevivência do enxerto é de 91% aos 25 anos; em um grupo de 1.497 pacientes, a taxa de falha do enxerto foi de 9,4% após um seguimento médio de 140,7 meses.
Lesão do LCA contralateral	6-10%	As taxas de lesão do LCA contralateral variam entre 6,66% e 10,6% em diferentes grupos de pacientes; atletas jovens apresentam risco maior; quase 30% desses atletas sofreram uma segunda lesão do LCA nos 24 meses seguintes ao retorno ao esporte.
Artrofibrose	2-8%	A artrofibrose é a complicação mais comum; cerca de 2% dos pacientes necessitam de intervenção. Em pacientes jovens, a incidência é de 8,3%, sendo os fatores de risco o sexo feminino e o uso de enxerto autólogo BPTB.
Infecção profunda	0.5-1.1%	As taxas de infecção profunda no sítio cirúrgico são de aproximadamente 0,32% a 0,48%; a incidência de artrite séptica varia entre 0,92% e 1,1% em grandes grupos de pacientes; o diabetes aumenta significativamente esse risco.
Cirurgia de revisão	3-10%	A taxa geral de revisão da reconstrução do LCA é de cerca de 3,1%, em média aos 25,9 meses; essa taxa é maior em pacientes mais jovens, mulheres e naqueles que utilizam enxertos alogênicos.
Morbidade no sítio doador	—	A colheita do enxerto autólogo BPTB pode causar dor anterior no joelho, dor ao ajoelhar-se e recuperação mais lenta da força do quadríceps; os enxertos autólogos de tendão flexor apresentam risco de lesão do nervo safeno e fraqueza na flexão do joelho.
Distúrbios de crescimento	1.5-5.7%	Em pacientes ainda em crescimento, distúrbios de crescimento como discrepância de comprimento dos membros ocorrem em 1,5% a 5,7% dos casos; a artrofibrose e a lesão secundária do LCA também são complicações frequentes.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Tromboembolismo	—	Os coágulos sanguíneos numa veia da perna são menos comuns quando a reconstrução do ligamento cruzado anterior é feita sem garrote; não há um número geral confiável sobre a frequência com que ocorrem.
Complicações relacionadas aos implantes	0.2-0.6%	A reoperação para remoção de implantes ou correção de problemas associados ocorre em 0,2% a 0,6% dos pacientes, entre 30 e 90 dias após a cirurgia; incluem-se casos de pinos de guia quebrados ou corpos soltos.
Lesão secundária	21-32%	Pacientes com menos de 20 anos têm 29% de chance de sofrer uma segunda lesão do LCA em 5 anos; em um grupo de menores de 18 anos, 32% apresentaram essa segunda lesão.

Li estas informações e tive a oportunidade de fazer perguntas ao Dr. Hirpara sobre o procedimento, a recuperação esperada e as complicações listadas acima.

PACIENTE – NOME (EM LETRA DE
FORMA)

ASSINATURA

DATA