

Rigidez do joelho e artrofibrose

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

O que você está sentindo

Um joelho rígido após cirurgia ou lesão geralmente dá uma sensação de tensão, e não de dor. Você provavelmente percebe isso ao tentar dobrar ou esticar o joelho completamente. Essa tensão costuma estar na parte frontal do joelho, ao redor da rótula, e pode vir acompanhada de inchaço e sensação de “cheio” na articulação.

A rigidez tende a piorar após alguma atividade; muitas pessoas sentem maior dificuldade ao acordar, quando o joelho ficou imóvel durante a noite. Ficar sentado com o joelho dobrado por longos períodos, como no carro ou à mesa de trabalho, também agrava o problema. Levantar-se e se movimentar geralmente alivia um pouco a rigidez, embora ela volte após algum tempo de repouso.

Tarefas cotidianas que exigem uma flexão profunda do joelho tornam-se difíceis. Você pode ter dificuldade para agachar-se diante de um armário baixo, ajoelhar-se para carregar a máquina de lavar louça, entrar na banheira ou calçar meias e sapatos. Descer ladeiras ou escadas pode ser desconfortável, pois o joelho não dobra suavemente. Algumas pessoas ainda sentem que o joelho “cede” ou fica instável em terrenos irregulares.

A rigidez pode ter diversas causas. Às vezes, é a dor que impede o movimento do joelho. Outras vezes, trata-se de tecido cicatricial dentro da articulação – uma condição chamada artrofibrose – na qual faixas de tecido cicatricial limitam a amplitude de movimento do joelho. Quando o joelho não consegue esticar-se completamente, ficar em pé e caminhar tornam-se cansativos, pois a perna permanece ligeiramente dobrada o tempo todo.

A rigidez não é incomum após cirurgia no joelho. Cerca de 1 em cada 10 pessoas que fazem reconstrução de ligamento do joelho e iniciam reabilitação supervisionada dentro de 30 dias recebem diagnóstico de artrofibrose em até 12 meses. Após artroplastia do joelho, a rigidez é uma complicação relativamente frequente; geralmente é definida como amplitude de movimento inferior a 90 graus por mais de 12 semanas.

Se o seu joelho não estiver ficando mais flexível nas semanas seguintes à cirurgia, ou se a rigidez estiver piorando em vez de melhorar, vale a pena procurar avaliação médica o quanto antes.

O que realmente está acontecendo

Um joelho saudável foi feito para se mover. As superfícies articulares deslizam suavemente, e o revestimento articular produz um líquido que permite esse movimento livre. Ao dobrar e esticar o joelho, a rótula, o fêmur e a tíbia se movem juntos, seguindo um padrão definido.

A artrofibrose altera isso. Dentro da articulação, o revestimento macio torna-se espesso e inflamado, e o tecido cicatricial começa a se formar onde não deveria. Imagine o revestimento articular como uma espécie de vedação lisa que permite que as partes se deslizem umas sobre as outras; quando esse revestimento engrossa e endurece, passa a agir mais como cola. As faixas de tecido cicatricial mencionadas anteriormente são, na verdade, esse tecido cicatricial em ação. Elas mantêm o joelho imóvel, razão pela qual dobrar, esticar ou realizar movimentos profundos se tornam tão difíceis.

O tempo também é um fator crucial. Se o joelho permanecer imóvel por mais de 3 semanas, geralmente ocorre algum grau de rigidez permanente. O tecido cicatricial que se forma precocemente pode encurtar com o tempo; em casos graves, o tendão abaixo da rótula também encurta, puxando a rótula para baixo e limitando ainda mais os movimentos. Uma vez que o tecido cicatricial atinge esse estágio de maturação, forçar o movimento do joelho muitas vezes não é suficiente para reverter a situação, pois o tecido cicatricial mantém a rótula em posição fixa.

A rigidez após uma artroplastia do joelho segue mecanismo semelhante, mas pode ter diversas causas: algumas ligadas à própria cirurgia, outras ao inchaço e à formação de cicatrizes posteriores, e ainda outras relacionadas ao estado prévio do joelho. Na maioria das pessoas afetadas, o joelho permanece com amplitude de movimento inferior a 90 graus após 12 semanas – esse é o critério utilizado anteriormente nesta página.

O mesmo processo pode ocorrer após uma reconstrução ligamentar ou lesão na superfície articular. Danos ao quadríceps, o músculo da frente da coxa, ou formação de cicatrizes ao redor da rótula também podem restringir os movimentos, independentemente da presença de tecido cicatricial dentro da articulação.

Compreender o que acontece no interior do joelho ajuda a explicar por que o movimento precoce e a avaliação tempestiva são tão importantes.

O que podemos fazer a respeito

Os raios-X são geralmente os primeiros exames utilizados. A ressonância magnética pode mostrar os tecidos moles dentro da articulação com mais detalhes, incluindo tecido cicatricial, tendões e cartilagem.

Para a maioria das pessoas, iniciamos com tratamento não cirúrgico. A fisioterapia visa restaurar a capacidade de flexão e extensão do joelho antes que o tecido cicatricial se forme. Uma abordagem é o alongamento progressivo estático, em que o joelho é mantido numa posição esticada por um determinado período. Outra é o movimento assistido pela gravidade, no qual o peso da perna realiza o alongamento. Se o seu joelho foi operado recentemente, nosso objetivo é promover movimentos precoces, em vez de aguardar. Manter o joelho imóvel por mais de 3 semanas geralmente resulta em algum grau de rigidez permanente; por isso, o movimento precoce é essencial. Se, após 8 a 10 semanas de uma fratura no joelho, o joelho ainda não alcançar pelo menos 90 graus de flexão, isso indica que devemos intensificar o tratamento.

Também procuramos identificar causas que precisam ser tratadas primeiro. Em casos de prótese de joelho rígida e dolorosa, a infecção deve ser descartada antes de qualquer outra intervenção. O alívio da dor e os medicamentos anti-inflamatórios podem tornar o movimento mais confortável enquanto você trabalha nele.

Caso a fisioterapia não traga melhoria suficiente, consideramos a cirurgia. A primeira opção é a manipulação sob anestesia, na qual o joelho é suavemente dobrado e esticado enquanto o paciente está inconsciente. Esse método é mais eficaz para rigidez que limita a flexão do que para rigidez que limita a extensão. Se isso não surtir efeito, o próximo passo é a cirurgia artroscópica, também conhecida como cirurgia minimamente invasiva. O cirurgião utiliza uma pequena câmera para remover as faixas de tecido cicatricial que causam a restrição. Para casos de rigidez grave que não respondem à artroscopia, pode ser indicada uma cirurgia aberta para liberar o tecido cicatricial de forma mais ampla. Após uma prótese de joelho, a cirurgia de revisão – na qual algumas partes da prótese são substituídas – pode ser considerada em casos de rigidez severa. Cada uma dessas operações possui uma página própria; conversaremos sobre qual opção, se houver, é adequada ao seu joelho.

O que esperar

A maioria dos casos de rigidez no joelho melhora com tratamento, especialmente quando este é iniciado precocemente. O prognóstico depende da causa da rigidez e do tempo que ela está presente. Se o joelho começar a se mover bem nas primeiras semanas após a cirurgia ou lesão, a tensão costuma diminuir à medida que o inchaço desaparece e a força muscular é recuperada.

O tempo é um fator crucial. Se a rigidez for negligenciada, o tecido cicatricial pode se formar e se consolidar; um joelho mantido imóvel por mais de 3 semanas geralmente apresenta algum grau de rigidez permanente. Nesse ponto, forçar o movimento do joelho muitas vezes não é suficiente para reverter a situação. Por isso, enfatizamos a importância do movimento precoce e da avaliação precoce.

Mesmo quando a rigidez já se instalou, o tratamento ainda pode ser útil, porém exige esforço. A fisioterapia e os programas de alongamento podem restaurar a amplitude de movimento antes que o tecido cicatricial se torne permanente. Caso o joelho permaneça rígido, a manipulação sob anestesia ou uma cirurgia minimamente invasiva para liberar o tecido cicatricial podem aumentar a capacidade de flexão e extensão do joelho. A maioria dos pacientes obtém melhoria na mobilidade e na função com esses tratamentos, embora o grau dessa melhoria varie de pessoa para pessoa.

Após uma artroplastia de joelho, a cirurgia de revisão para tratar a rigidez melhorou a mobilidade em 93% dos casos, embora os benefícios sejam considerados modestos. Esse número merece atenção: significa que a maioria dos joelhos passa a se mover melhor após a cirurgia, porém nem todos recuperam total liberdade de movimento.

Vários fatores influenciam o prognóstico. Quando a rigidez afeta todo o joelho, e não apenas uma região específica, os resultados cirúrgicos tendem a ser piores. O mesmo ocorre se passarem mais de 6 meses entre a reconstrução original e a liberação cirúrgica do tecido cicatricial. Agir no primeiro ano traz melhores resultados do que esperar mais tempo.

Há também boas notícias quanto ao momento ideal: realizar a reconstrução ligamentar logo após a lesão, nas primeiras 6 semanas, não parece aumentar o risco de rigidez em comparação com um atraso no tratamento. Além disso, programas de movimentação precoce após a reconstrução ligamentar não resultaram em

artrofibrose permanente nos pacientes estudados; apenas 0,7% precisaram de outra cirurgia para resolver problemas de mobilidade no joelho.

Se o seu joelho não estiver se soltando conforme esperado, procure-nos cedo, em vez de aguardar para ver se a situação melhora por conta própria.

Quando procurar ajuda médica

Após uma cirurgia ou lesão, dê ao joelho rígido algumas semanas para se mover e fazer alongamentos suaves. Se até lá ele não começar a relaxar, ou se a rigidez piorar em vez de melhorar, marque uma consulta com seu médico de família e peça uma avaliação por um especialista. O mesmo vale se você não conseguir esticar completamente o joelho, pois um joelho que permanece ligeiramente dobrado ao ficar em pé já é, por si só, um sinal de alerta. Nessa condição, a avaliação precoce é o mais importante de tudo. O tecido cicatricial que se forma nos primeiros meses é muito mais difícil de corrigir posteriormente; agir no primeiro ano traz resultados melhores do que esperar mais tempo.

Procure seu médico de família o quanto antes se o joelho estiver quente, vermelho ou inchado de maneira diferente do inchaço normal pós-cirurgia, ou se você tiver febre ou se sentir mal em geral, acompanhado da rigidez. Em um joelho rígido e doloroso, especialmente após uma artroplastia de joelho, a infecção deve ser descartada antes de qualquer outra coisa, e essa verificação não pode ser adiada.

Procure o pronto-socorro se recentemente lesionou o joelho e não consegue suportar nenhum peso, ou se o joelho estiver visivelmente deformado ou travado numa única posição.