

Ruptura meniscal

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 menisco rompido – a estrutura cartilaginosa elástica que amortece o joelho – geralmente causa dor ao longo da linha articular. Essa é a faixa sensível na borda interna ou externa do joelho, exatamente onde o fêmur e a tibia se encontram. Muitas pessoas sentem a dor na parte de trás do joelho. O lado interno é afetado cerca de três vezes mais frequentemente do que o lado externo.

A forma como a ruptura ocorre influencia os sintomas percebidos. Em pessoas mais jovens, uma torção ou mudança brusca de direção durante a prática esportiva costuma ser a causa. Algumas pessoas ouvem ou sentem um “estalo” no momento da lesão. A partir da meia-idade, a ruptura pode acontecer por movimentos comuns, como agachar ou cair. Em muitos casos, nos joelhos mais velhos, a lesão se desenvolve gradualmente, sem um incidente específico que a desencadeie. Até 40% das pessoas notam que os sintomas surgem espontaneamente, sem causa aparente.

O inchaço é comum. Cerca de metade a dois terços das pessoas percebem que o joelho incha após uma ruptura; no caso de lesão meniscal, esse inchaço geralmente se desenvolve ao longo de várias horas, e não imediatamente. O inchaço tende a aparecer e desaparecer, piorando após atividades físicas e melhorando com o repouso. Algumas pessoas sentem o joelho “rígido” ao dobrá-lo durante períodos de inchaço.

O joelho também pode prender, estalar, travar ou “ceder”. Travar significa que o joelho fica bloqueado e não consegue se estender completamente. Prender ou travar pode significar que o fragmento rompido está se movendo dentro da articulação. A dor geralmente diminui nos primeiros dias, mas volta acompanhada de inchaço quando a pessoa volta a se movimentar.

No dia a dia, os problemas se manifestam ao dobrar ou girar o joelho. Agachar para alcançar algo num armário baixo, ajoelhar-se para carregar a máquina de lavar louça, levantar-se do chão ou virar numa escada podem desencadear a dor. Caminhar em terreno plano costuma ser possível, motivo pelo qual muitas pessoas continuam suas atividades por semanas antes de procurar ajuda médica.

Nem toda ruptura provoca sintomas; algumas lesões que causam incômodo acabam desaparecendo sozinhas com o tempo.

O que realmente acontece

Dentro do seu joelho, entre o fêmur e a tíbia, encontram-se duas almofadas de cartilagem em formato de cunha, chamadas meniscos. Cada um possui uma seção transversal triangular, parecida com uma cunha ou gaxeta de borracha posicionada entre duas superfícies rígidas. Eles são compostos principalmente de água – cerca de 65% a 75% do seu volume – mantida unida por fibras resistentes de colágeno. Essas fibras formam anéis ao redor da almofada, permitindo que o menisco se estique e distribua a carga sem se romper.

Os meniscos desempenham várias funções simultaneamente. Atuam como amortecedores, distribuindo a carga pelo joelho. Quando a perna está esticada, eles absorvem cerca de metade da carga na articulação; ao dobrar o joelho a 90 graus, chegam a absorver até 90% da carga. Além disso, ajudam a lubrificar a articulação, mantêm sua estabilidade e fornecem o sentido de posição, a percepção que informa ao cérebro onde o joelho está sem que seja necessário olhar para ele.

Uma ruptura rompe essas fibras em formato de anel. Quando os anéis se quebram, o menisco não consegue mais distribuir a carga adequadamente, fazendo com que a pressão sobre a superfície articular aumente. A remoção do terço interno de um menisco eleva o estresse de contato sobre a cartilagem em 65%. Uma ruptura que separa toda a almofada do seu ponto de ancoragem na raiz provoca danos equivalentes à remoção total do menisco. É por isso que dor, inchaço e travamento do joelho pioram ao dobrar ou girar a perna: o fragmento rompido se move sob a carga.

Nem todas as rupturas são iguais, e a localização da lesão é fundamental. O terço externo de cada menisco possui bom suprimento sanguíneo, portanto as rupturas nessa região têm maior chance de cicatrização. O terço médio fica na fronteira entre as zonas com e sem irrigação sanguínea; já o terço interno não tem nenhum suprimento sanguíneo e recebe nutrientes por difusão, razão pela qual as rupturas ali raramente cicatrizam sozinhas. O suprimento sanguíneo também diminui com a idade, motivo pelo qual as rupturas em joelhos mais velhos se comportam de forma distinta em relação às lesões esportivas em pessoas jovens.

Uma ruptura também pode irritar a membrana sinovial, o que contribui para o inchaço e a dor.

O que podemos fazer a respeito

Muitas lesões não exigem cirurgia inicialmente. Lesões pequenas e estáveis próximas à borda externa do menisco, onde o suprimento sanguíneo é bom, geralmente cicatrizam sozinhas o suficiente para aliviar os sintomas. Algumas lesões decorrentes do desgaste articular que não causam travamento nem fazem o joelho prender também podem ser tratadas sem intervenção cirúrgica. A fisioterapia tem como objetivo controlar a dor e o inchaço, além de fortalecer os músculos que protegem o joelho. Normalmente pedimos que você experimente esse tratamento por algum tempo antes de considerar a cirurgia; a adesão ao programa de reabilitação é fundamental.

Algumas lesões são melhor deixadas sem tratamento. Lesões de espessura parcial, pequenas lesões com menos de 5 a 10 mm e lesões que praticamente não se movem podem ser simplesmente monitoradas em vez de tratadas. Se o raio-X revelar artrose por desgaste significativa no joelho, somos cautelosos ao indicar cirurgia no menisco, pois a correção de uma lesão estável em um joelho artrósico raramente traz alívio duradouro. Nesses

casos, o tratamento não cirúrgico é a primeira opção; caso não surta efeito suficiente, a substituição do joelho pode ser considerada.

O controle da dor também faz parte do plano terapêutico. Medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios simples ajudam a controlar crises de dor, enquanto a fisioterapia atua no tratamento a longo prazo.

A cirurgia é indicada quando a lesão faz o joelho travar ou prender, quando está localizada em zona sem suprimento sanguíneo e não pode cicatrizar, ou quando a fisioterapia não trouxe melhoria significativa. Existem dois tipos principais de procedimento: a sutura, que une novamente as partes rasgadas do menisco, indicada para lesões na zona externa bem vascularizada ou próximas a ela, lesões verticais, lesões do tipo “raiz” e pacientes mais jovens, geralmente com menos de 40 anos. Esse método aproveita a capacidade natural de cicatrização do joelho, sendo adequado para lesões que têm potencial de cura. Já a meniscectomia parcial, que consiste em remover apenas a porção danificada do menisco, é indicada para lesões que não podem ser suturadas, como lesões radiais ou em forma de aba na zona interna. Procuramos remover o mínimo possível de tecido saudável, pois a preservação do menisco reduz o risco de desenvolver artrose futura.

A sutura não é indicada para todas as lesões. Lesões complexas, má qualidade do tecido e artrose avançada dificultam a cicatrização. Examinaremos seu joelho e os exames de imagem, explicaremos qual opção se adequa ao seu caso e decidiremos juntos.

O que esperar

Muitas lesões se resolvem sem necessidade de cirurgia. Lesões pequenas e estáveis, bem como algumas lesões decorrentes do desgaste natural, frequentemente melhoram com fisioterapia, controle da dor e tempo. Nem toda lesão causa sintomas desde o início; algumas que inicialmente apresentam sintomas acabam desaparecendo por conta própria. Se o seu joelho não trava, não prende nem incha em crises, há boas chances de que medidas simples sejam suficientes para controlar a situação.

Quando a cirurgia é indicada pelas razões corretas, a maioria dos pacientes consegue retomar as atividades que praticavam antes. Tanto a reparação quanto o recorte do menisco melhoram a dor e o nível de atividade a curto prazo. Porém, a reparação tem uma desvantagem: algumas pessoas relatam que, aos 6 e 12 meses, o joelho está um pouco pior do que naqueles cuja lesão foi apenas recortada. Em contrapartida, a reparação traz benefícios a longo prazo: manter o menisco reduz a probabilidade de desgaste articular, diminuindo o risco de artrose decorrente do desgaste após cerca de seis anos, em comparação ao recorte. O recorte remove tecido; quanto mais tecido é removido, maior a pressão sobre a superfície articular, motivo pelo qual alterações artrósicas aparecem com mais frequência na região do joelho onde o menisco foi retirado.

A reparação nem sempre é bem-sucedida. Cerca de uma em cada cinco reparações falha a longo prazo, e um terço das cirurgias de reparação requer uma nova intervenção dentro de cinco anos. A reparação tem melhores resultados quando realizada simultaneamente à reconstrução do ligamento, em comparação a casos em que o ligamento permanece intacto; os piores resultados ocorrem em joelhos cujo ligamento foi rompido e não reconstruído. Lesões maiores que 2 cm e o tabagismo diminuem as chances de cicatrização. Ter 40 anos ou mais não aumenta o risco de falha na reparação, e homens e mulheres apresentam resultados semelhantes.

Deixar a lesão sem tratamento também traz riscos. Quanto mais se adia a cirurgia, maior a probabilidade de a lesão se tornar irreparável. Para pessoas que também sofreram ruptura do ligamento cruzado anterior – o principal ligamento estabilizador do joelho –, aguardar mais de um ano para operar eleva o risco de a lesão do menisco piorar e tornar-se impossível de reparar.

Algumas pessoas que tiveram o menisco removido anteriormente acabam recebendo um transplante de menisco de doador. Em pacientes criteriosamente selecionados, a maioria desses enxertos ainda funciona bem após 10 anos.

Quando procurar ajuda médica

Consulte seu médico de família se a dor no joelho não melhorar após algumas semanas de repouso e medidas simples, ou se o inchaço reaparecer após a prática de atividades físicas. Solicite uma avaliação especializada se o joelho travar, “engatar” ou ceder, se ficar bloqueado e não conseguir se estender completamente, ou se esses problemas estiverem atrapalhando seu trabalho ou sono. Esses sinais indicam que o fragmento rompido está se movendo dentro da articulação; eles são mais importantes do que a dor em si, pois a dor, por si só, geralmente melhora com o tempo. Caso o joelho esteja quente, vermelho ou muito inchado, ou se você não conseguir suportar nenhum peso, procure atendimento imediatamente, sem esperar.