

Reconstrução do LMPF

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 80 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA	PLATÔ DO RESULTADO FINAL
trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	trabalho manual, esporte, academia	dor e força
—	9+ months	60+ months
	O retorno aos níveis esportivos pré-lesão está associado a melhores resultados funcionais e menos dor, desde que seja feito após 9 meses da cirurgia.	A estabilidade patelar duradoura e o alto índice de sucesso relatado pelos pacientes se mantêm em um acompanhamento mínimo de 5 anos.

Por que esta cirurgia foi recomendada

Esta cirurgia reconstrói um ligamento localizado na face interna da rótula. Esse ligamento, chamado LMPF (ligamento patelofemoral medial), mantém a rótula no seu sulco ósseo e impede que ela se desloque. Recomendamos a cirurgia quando a rótula já se deslocou mais de uma vez e quando o uso de órteses ou fisioterapia não trouxe melhora suficiente. Ela não é indicada apenas para dor na rótula ou para casos de artrose degenerativa. Antes de decidir, avaliamos a rótula, a forma da articulação e a cartilagem localizada atrás da rótula. Em alguns casos, também é necessário realizar um procedimento para mover ou remodelar o osso; planejamos isso caso a morfologia da sua articulação exija tal intervenção. O objetivo da cirurgia é manter a rótula em posição, permitindo que você movimente e utilize o joelho sem que ele ceda.

Antes da operação

Serão necessárias algumas imagens diagnósticas antes da cirurgia, para que possamos planejá-la. Geralmente, trata-se de um raio-X e de uma ressonância magnética, que produzem imagens detalhadas dos tecidos moles do seu joelho. Às vezes, também se utiliza ultrassom.

Nas semanas que antecedem a operação, forneceremos instruções claras. Você deverá parar de comer e beber sete horas antes da cirurgia. Pedimos sete horas em vez de seis para que possamos adiantar o seu procedimento caso a lista de cirurgias avance mais cedo. Alguns medicamentos talvez precisem ser suspensos; informaremos quais e quando. Traga uma lista escrita de todos os medicamentos que toma, incluindo suplementos. Organize também para que alguém o leve para casa após a cirurgia, pois você não poderá dirigir. No dia da operação, use roupas largas e confortáveis.

Caso tenha outras condições médicas, poderá ser necessário fazer exames de sangue ou uma consulta com o anestesista (o especialista que cuidará de você durante a cirurgia). A maioria das pessoas, porém, não precisa de nenhum dos dois.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Lá, encontrará o anestesista. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Às vezes, um bloqueio nervoso regional é adicionado para alívio da dor pós-operatória; o anestesista conversará com você sobre isso no próprio dia. Em seguida, você é levado à sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Você acorda na área de recuperação, onde os enfermeiros monitoram você enquanto a anestesia vai passando. Assim que seu estado se estabilizar, você será encaminhado para o quarto ou poderá ir para casa, dependendo do tipo de procedimento e da sua recuperação. Caso vá para casa no mesmo dia, a pessoa que você combinou anteriormente o levará de carro.

O que envolve a operação

O cirurgião reconstrói o LMPF, o ligamento localizado na face interna da rótula que a mantém em seu sulco ósseo. O novo ligamento é feito a partir de um pedaço de tendão, que pode ser retirado do próprio corpo do paciente – geralmente dos tendões isquiotibiais – ou de tecido tendinoso doado. Ambos os tipos têm a mesma eficácia, e o cirurgião escolherá aquele mais adequado para você.

O cirurgião faz pequenos cortes ao redor do joelho para alcançar a rótula e o fêmur adjacente. Em seguida, o enxerto tendinoso é fixado na face interna da rótula e no fêmur, garantindo que a rótula permaneça em seu sulco durante a flexão e extensão do joelho. O enxerto é fixado no local por meio de pequenos parafusos ou âncoras (dispositivos minúsculos inseridos no osso), que o mantêm firme enquanto cicatriza. Por fim, os cortes são fechados com pontos de sutura e cobertos com curativo.

Às vezes, também é necessário corrigir a forma da articulação do joelho. Caso a rótula esteja posicionada muito alto ou o sulco em que ela desliza seja muito raso, o cirurgião pode, durante a mesma operação, reposicionar ou remodelar o osso da parte anterior da tíbia. Essa decisão é tomada previamente, com base nos raios-X e exames de imagem do paciente. Se houver danos na cartilagem atrás da rótula, esse problema também pode ser tratado simultaneamente.

O objetivo de todo esse procedimento é garantir que a rótula permaneça em seu sulco durante os movimentos, flexões e quando o paciente exerce carga sobre a perna.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação, onde as enfermeiras cuidarão de você enquanto o efeito da anestesia passa. O seu joelho ficará coberto por um curativo, e talvez você receba uma manga de suporte em vez de uma órtese pesada. As enfermeiras ajudarão a controlar qualquer dor e farão visitas regulares para verificar seu estado. A maioria dos pacientes consegue ficar de pé e dar alguns passos com ajuda no mesmo dia; um fisioterapeuta poderá ensinar como caminhar com segurança. Como você pode sentir sonolência ou instabilidade, alguém deve permanecer ao seu lado nas primeiras 24 horas após voltar para casa. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que lhe seja indicado. Trocamos ou retiramos o curativo durante as consultas de acompanhamento.

Recuperação

Nos primeiros dias, o seu joelho ficará dolorido e inchado. Isso é normal e deve melhorar gradualmente nas semanas seguintes. O repouso, o uso de gelo e os analgésicos prescritos pela sua equipe ajudarão a aliviar o desconforto. Manter a perna elevada enquanto está sentado também contribui para reduzir o inchaço.

Na maioria das pessoas, já no dia da cirurgia é possível ficar de pé e dar alguns passos com ajuda. Depois disso, um fisioterapeuta orienta a sua reabilitação. Inicialmente, os exercícios visam dobrar e esticar o joelho, além de reativar os músculos da coxa. À medida que a mobilidade retorna, passa-se para exercícios de fortalecimento e atividades que envolvem várias articulações, como agachamentos controlados ou subidas em degraus. O fisioterapeuta adaptará o programa às suas necessidades e o fará progredir conforme o joelho permitir. Você poderá circular pela casa e realizar tarefas cotidianas leves, porém deve evitar torções, giros bruscos ou dar impulso forte com a perna operada até que a equipe autorize.

A recuperação varia de pessoa para pessoa; o seu cronograma pode ser diferente do de outros pacientes. O cirurgião e o fisioterapeuta o guiarão em cada etapa. É importante ter paciência: retornar ao esporte antes de o joelho estar totalmente preparado pode causar mais dor e piorar a função articular posteriormente. Aguardar até que a força, a mobilidade e a confiança estejam restauradas dá ao novo ligamento a melhor chance de desempenhar bem seu papel. Algumas pessoas também sentem receio de que a rótula volte a “ceder” ao retomarem as atividades; isso é comum, e conversar sobre isso com a sua equipe ajuda a superar essa preocupação.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes tem bons resultados, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe monitoram você de perto para detectar qualquer questão precocemente.

O problema mais comum é a rigidez, na qual o joelho não dobra tanto quanto deveria. Você pode perceber que não consegue dobrar ou esticar completamente o joelho, ou que ele parece rígido e resiste aos movimentos. Isso pode acontecer se o novo ligamento estiver um pouco apertado demais. Informe a equipe na próxima consulta; o tratamento precoce com fisioterapia costuma ajudar.

A rótula ainda pode deslocar-se ou sair do lugar, embora isso seja raro. Você sentiria aquela mesma sensação súbita de o joelho ceder que já conhecia antes da cirurgia, geralmente acompanhada de dor e inchaço. Caso isso ocorra, entre em contato com a clínica. Às vezes, a sensação é mais leve: uma impressão de que a rótula pode deslizar, ou uma perda de confiança no joelho ao girá-lo. Mencione isso na consulta, pois pode ser avaliado e tratado.

Raramente, a rótula pode fraturar. Isso provoca dor aguda e súbita na parte da frente do joelho, frequentemente com inchaço; você pode não conseguir colocar peso na perna ou esticar o joelho contra a gravidade. Se isso acontecer, vá ao pronto-socorro.

A posição em que o enxerto é fixado ao fêmur é importante. Se não estiver exatamente correta, a rótula pode continuar instável ou o joelho pode não se mover de forma suave. Se, após vários meses, o joelho ainda não parecer estável, mencione isso na consulta para que seja avaliado.

Algumas pessoas precisam de uma cirurgia adicional. As razões incluem deslocamento persistente da rótula, rigidez contínua ou desconforto causado pelos pequenos parafusos ou âncoras usados para fixar o enxerto. Se sentir uma dor persistente perto de algum desses elementos, ou notar que o joelho trava, avise-nos.

Se a sua cirurgia também envolveu movimentar ou remodelar o osso na parte da frente da tíbia, a probabilidade geral de complicações aumenta um pouco, embora a rótula tenda a permanecer mais estável. A equipe conversará sobre isso com você antes da cirurgia.

A tabela de complicações nesta página lista as taxas típicas, caso deseje conhecer os detalhes.

Quando nos ligar

A maioria dos problemas aparece logo no início, e preferimos saber deles o quanto antes. Ligue para nós se tiver febre, se a pele ao redor da ferida ficar mais vermelha ou começar a vazar líquido, ou se a dor piorar muito de repente. Vá ao pronto-socorro se tiver inchaço ou dor na panturrilha, ou falta de ar, pois esses podem ser sinais de um coágulo sanguíneo. Vá também ao pronto-socorro se a perna ficar dormente, mudar de cor ou se você não conseguir movê-la.

Reconstrução do LMPF

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 80 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
Luxação recorrente	0-4%	Os estudos publicados relatam taxas de recorrência entre 0% e 4%, porém o período de acompanhamento nesses estudos foi curto.
Luxação recorrente	21%	Apesar do aumento acentuado no número de procedimentos entre 2005 e 2013, o risco geral de luxação recorrente permaneceu elevado, em 21%.
Contratura de flexão	—	A contratura de flexão decorrente da tensão excessiva do enxerto é a complicação mais comum na reconstrução do LMPF.
Rigidez articular	12.5%	A rigidez articular foi a complicação mais frequente relatada em um estudo com 320 joelhos; a taxa geral de complicações foi de 12,5%.
Fratura patelar	1.1%	Em um estudo com 930 pacientes, ocorreram fraturas patelares em 10 casos (1,1%); a taxa geral de complicações foi de 8,8%.
Cirurgia de revisão	4.5-17.65%	Nos estudos sobre reconstrução do LMPF associada a procedimentos ósseos, a taxa de reoperações variou entre 4,5% e 17,65%.
Mau posicionamento do túnel femoral	38.2%	O mau posicionamento do túnel femoral foi a causa mais comum de cirurgia de revisão após a reconstrução do LMPF.
Displasia troclear não tratada	18.4%	A displasia troclear não tratada foi a segunda causa mais comum de cirurgia de revisão após a reconstrução do LMPF.
Complicações gerais	16.2%	Em um grupo de 179 joelhos de pacientes jovens, 29 joelhos (16,2%) apresentaram alguma complicação identificável.
Perda sensorial	—	Significativamente mais pacientes tratados com enxerto autólogo do tendão grácil relataram perda sensorial na parte inferior da perna, em comparação com aqueles tratados com enxerto autólogo do tendão do quadríceps.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Dor anterior do joelho	—	Pacientes jovens que retornam aos esportes no nível pré-lesão antes de 9 meses após a reconstrução do LMPF apresentam maior incidência de dor anterior no joelho no pós-operatório.

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