

Instabilidade patelofemoral

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

A instabilidade patelofemoral se manifesta de duas maneiras: dor ou a sensação de que a rótula não permanece no lugar certo. Muitas vezes, ocorrem ambas. Quando a rótula se desloca repetidamente, a principal queixa é que o joelho “cede” de repente, e a pessoa cai. A rótula também pode ficar presa numa posição flexionada, e esse episódio costuma ser doloroso.

A dor localiza-se na parte frontal do joelho, ao redor ou atrás da rótula. Ela tende a piorar ao dobrar o joelho, agachar, subir ou descer escadas e levantar-se de uma cadeira. Após uma luxação, o joelho geralmente incha; o inchaço pode ser leve ou bastante acentuado. Um joelho muito inchado após uma luxação pode indicar que um fragmento de cartilagem ou osso se soltou dentro da articulação. Entre os episódios, o joelho pode parecer perfeitamente normal, o que torna essa condição ainda mais confusa.

A vida cotidiana torna-se mais difícil de certas formas: descer escadas pode parecer perigoso quando não se pode confiar na estabilidade do joelho. Sentar-se durante um filme ou uma longa viagem de carro com o joelho dobrado pode causar dor. Levantar-se de uma cadeira baixa ou do chão exige planejamento. As atividades esportivas são as mais afetadas: muitas vezes é preciso desistir de qualquer esporte que exija mudanças rápidas de direção, pois é exatamente nesses momentos que a rótula se desloca.

Há alguns aspectos importantes sobre essa sensação. A rótula quase sempre desloca-se para o lado externo do joelho; contudo, muitas pessoas sentem que ela “saltou” para o lado interno. Isso acontece porque o osso subjacente fica visível quando a rótula se move, dando a impressão de que ela foi para o lado errado. É comum que ambos os joelhos sejam afetados: cerca de 37,8% das pessoas com essa condição apresentam problemas nos dois joelhos. Meninas e mulheres são mais afetadas do que meninos e homens. Em aproximadamente 15 a 20% dos casos, principalmente em crianças, a primeira luxação evolui para deslocamentos ou subluxações recorrentes, nas quais a rótula sai parcialmente de seu lugar e volta ao normal com pouquíssimo esforço.

O que realmente acontece

A rótula, ou patela, fica inserida num sulco na extremidade do fêmur. Imagine esse sulco como um trilho raso e a rótula como um trem que deve permanecer nele ao dobrarmos e esticarmos a perna. Na maioria dos joelhos, esse trilho é suficientemente profundo para manter a rótula em seu lugar durante toda a amplitude de movimento. Nos joelhos instáveis, porém, o trilho pode ser muito raso ou a rótula pode estar posicionada muito alto, fazendo com que ela saia do sulco antes de se ajustar corretamente, geralmente para o lado externo do joelho.

A rótula também é mantida no trilho por uma faixa de tecido no lado interno do joelho: o ligamento patelofemoral medial. Ele funciona como uma corda de amarração, fixando a rótula nos primeiros 30 graus de flexão, momento em que o sulco ósseo exerce menos influência. Quando ocorre a luxação da rótula, essa faixa de tecido se rompe ou se estica. Uma vez alongada, ela não consegue mais puxar a rótula de volta ao lugar com a mesma firmeza de antes; por isso, uma primeira luxação pode evoluir para episódios recorrentes.

Outros fatores também contribuem para o problema. O alinhamento geral da perna pode fazer com que a força dos músculos da coxa puxe a rótula para fora. Os próprios músculos da coxa podem estar desequilibrados, com os músculos laterais exercendo mais força que os internos. Além disso, algumas pessoas têm naturalmente maior flexibilidade articular do que outras.

Cada episódio de luxação deixa marcas. Tanto a rótula quanto o sulco em que ela desliza são revestidos por cartilagem, a superfície lisa que permite o movimento articular. Quando a rótula sai do trilho, essas superfícies se esfregam uma contra a outra, causando lesões ósseas e, às vezes, soltando fragmentos de cartilagem dentro da articulação. Episódios repetidos desgastam a cartilagem; por isso, a instabilidade que se repete pode, com o tempo, levar ao desenvolvimento de artrose nessa região do joelho.

O que podemos fazer a respeito

Os exames podem indicar se a rótula está posicionada muito alto, se o sulco patelar é raso e se houve lesão na cartilagem ou no osso durante uma luxação. Como cada joelho instável apresenta um conjunto distinto de causas, adaptamos o tratamento ao seu caso específico, em vez de seguir um protocolo único.

O primeiro passo costuma ser o tratamento sem cirurgia. No início, isso envolve repouso, aplicação de gelo, compressão e elevação do membro, além do uso de suporte para o joelho, visando maior conforto. Em seguida, a fisioterapia foca no fortalecimento da perna, bem como na correção de fraquezas no quadril e no core, fatores que influenciam o deslizamento correto da rótula. Se o seu joelho estiver anatomicamente normal e os exames não revelarem fragmentos soltos de cartilagem ou osso, o tratamento não cirúrgico costuma ser a recomendação. Geralmente, damos tempo suficiente a esse tratamento antes de considerar uma intervenção cirúrgica.

A cirurgia é indicada quando a rótula continua a se deslocar mesmo após um tratamento não cirúrgico adequado, quando a dor ou instabilidade persistem, ou quando uma luxação fez com que fragmentos de cartilagem ou osso entrassem na articulação. A operação mais comum consiste na reconstrução do ligamento patelofemoral medial, que se rompeu, utilizando um pedaço do próprio tendão do paciente. Outros procedimentos podem aprofundar o sulco patelar, ajustar a posição da tíbia ou corrigir o posicionamento da

rótula, conforme o que esteja causando a instabilidade. Em crianças cujas placas de crescimento ainda estão abertas, empregamos técnicas que preservam essas placas. A escolha da cirurgia adequada depende da sua anatomia; discutiremos isso com você para que a decisão seja tomada em conjunto, antes de agendar qualquer procedimento.

O que esperar

Para a maioria das pessoas, uma única luxação não significa que elas ocorrerão por toda a vida. Em muitos joelhos, a rótula se estabiliza após o primeiro episódio, especialmente com exercícios de fortalecimento e um programa adequado de fisioterapia. Contudo, se a rótula continuar a sair do lugar, esse padrão geralmente se mantém até que algo o altere. Quando várias das causas subjacentes não são tratadas, a luxação pode ocorrer repetidamente ao longo dos anos. Quando a cirurgia corrige a situação, o risco de nova luxação cai para apenas 5,1%.

O objetivo da cirurgia é manter a rótula em seu lugar, e para a maioria das pessoas isso acontece. A taxa geral de instabilidade recorrente após a primeira cirurgia de estabilização é de 6,5%. A reconstrução do ligamento patelofemoral medial, no lado interno do joelho, tende a ser eficaz a longo prazo, apresentando taxas menores de nova luxação em comparação com outras cirurgias de estabilização; além disso, melhora a função do joelho, os níveis de atividade e a qualidade de vida. Entretanto, em adolescentes, cerca de 25% apresentam recorrência da instabilidade após a primeira cirurgia de estabilização. Qualquer procedimento cirúrgico para corrigir essa condição traz um risco real de ser necessária uma segunda cirurgia: a taxa geral de reoperação permanece alta, e os pacientes que precisam de um segundo procedimento relatam resultados piores do que aqueles que não precisam.

É importante ser honesto quanto aos limites. Complicações ocorrem em cerca de 26,1% das cirurgias de reconstrução do ligamento patelofemoral medial; elas podem incluir rigidez, dor persistente, fratura da rótula, desgaste articular ou retorno da instabilidade. Muitas dessas complicações estão relacionadas a fatores técnicos e são consideradas evitáveis. Deixar o problema sem tratamento também traz riscos: cada luxação faz com que as superfícies articulares se esfreguem, e uma única ocorrência pode iniciar danos à cartilagem que pioram gradualmente ao longo do tempo, podendo levar à artrose do joelho.

Portanto, o cenário real é o seguinte: quando bem tratada, a maioria dos joelhos se torna estável e permanece assim, permitindo que o paciente volte a confiar nele no dia a dia. Caso o tratamento seja inadequado ou ausente, a instabilidade tende a persistir, e as superfícies articulares sofrem danos ao longo dos anos. Se a cirurgia for necessária e transcorrer sem problemas, o prognóstico é bom; porém, na presença de complicações ou de uma segunda cirurgia, o caminho é mais longo e os resultados são menos satisfatórios.

Quando procurar ajuda médica

Consulte seu médico de família após qualquer primeira luxação, mesmo que a rótula tenha voltado ao lugar sozinha. Solicite uma avaliação por um especialista se o joelho continuar a ceder, se a rótula sair do lugar mais de uma vez, ou se o joelho inchado após a luxação permanecer tenso e cheio de líquido, pois isso pode indicar a

presença de um fragmento solto de cartilagem ou osso dentro da articulação. Também peça avaliação se você tiver articulações frouxas, se ambos os joelhos forem afetados, ou se o joelho ficar travado numa posição flexionada. A instabilidade que se repete tende a continuar até ser tratada, e cada episódio pode desgastar ainda mais as superfícies articulares; por isso, é melhor agir cedo em vez de esperar que o problema se resolva por si só.