

Fratura do platô tibial

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

Uma fratura do platô tibial é uma quebra na parte superior da tíbia, exatamente onde ela forma a metade inferior da articulação do joelho. O joelho geralmente fica inchado e sensível ao toque; pode até parecer deformado. O inchaço se deve ao sangramento dentro da articulação, o que faz com que o joelho tenha uma textura macia, quase pastosa.

A dor está localizada profundamente no joelho e na parte superior da tíbia. Geralmente piora quando você tenta colocar peso na perna, girar o joelho ou esticá-lo contra resistência. Levantar-se de uma cadeira, subir escadas e entrar ou sair do carro tornam-se tarefas difíceis, pois exigem carga sobre o osso fraturado. Caminhar por qualquer distância costuma ser muito doloroso sem apoio; muitas pessoas precisam de muletas nos primeiros dias.

A dor frequentemente piora à noite ou após ficar em pé por algum tempo, mesmo que por poucos minutos. O repouso com a perna elevada costuma aliviar os sintomas. O joelho pode parecer instável ou “ceder”, especialmente se a fratura deslocou a superfície articular.

Algumas fraturas ocorrem após quedas de altura, acidentes de carro ou atropelamentos. Outras resultam de quedas simples ou torções, sendo mais comuns em pessoas idosas, cujos ossos já perderam parte da resistência. De qualquer forma, a força que quebra o osso também pode lesar os tecidos moles ao redor do joelho, como as cartilagens e os ligamentos que mantêm a articulação estável.

Fique atento a sinais de alerta nos primeiros dias. Dor intensa, muito maior do que seria esperado para a lesão; panturrilha muito inchada e tensa; formigamento ou dormência no pé; ou um pé com aparência pálida exigem avaliação urgente. Esses sintomas podem indicar acúmulo de pressão nos compartimentos musculares da perna, que precisa de tratamento imediato. Dormência ou fraqueza ao redor do pé e tornozelo também podem significar que um nervo foi esticado pelo trauma. Informe imediatamente sua equipe médica caso algum desses sinais apareça.

O que está realmente acontecendo

A parte superior da tíbia se alarga, formando duas superfícies arredondadas que se conectam ao fêmur e suportam o peso do corpo. Imagine-as como dois pilares que sustentam um telhado. O pilar do lado externo é menor e um pouco mais fraco. Por ser mais fraco, é ele que geralmente cede primeiro. Na maioria dessas fraturas, é justamente essa superfície externa que se quebra.

A força responsável por isso geralmente resulta de dois fatores: o membro inferior dobrando-se lateralmente e o peso do corpo pressionando diretamente sobre o osso. Isso costuma ocorrer quando você aterrissa com força sobre a perna esticada que está suportando o peso, como numa queda de altura. Quando o osso é comprimido e esmagado, em vez de simplesmente se partir, a superfície articular afunda abaixo do nível normal. Essa depressão é o que torna o apoio do peso extremamente doloroso e pode deixar o joelho instável.

O padrão da fratura depende muito das características do próprio osso: ossos jovens e fortes tendem a rachar e se fragmentar, mantendo os pedaços mais ou menos no lugar; já ossos mais velhos e enfraquecidos tendem a se comprimir e a ficar amassados, como um biscoito macio pressionado pelo polegar. Em alguns casos, ambas as superfícies se fraturam, o que geralmente indica uma força maior e uma lesão mais grave.

Essa mesma força também pode danificar os tecidos moles dentro do joelho: as duas almofadas de cartilagem que atuam como amortecedores entre os ossos e os ligamentos que mantêm a articulação estável podem ser esticados ou rompidos. Por isso, alguns joelhos com essas fraturas ficam “frouxos” ou instáveis, além de doloridos.

Se a fratura deixar a superfície articular irregular ou fizer com que o joelho assuma uma postura valga ou vara, a carga sobre a articulação deixa de ser distribuída de forma uniforme. É justamente esse desequilíbrio de carga que exige tratamento, pois pode levar ao desenvolvimento de artrose e problemas duradouros na marcha.

O que podemos fazer a respeito

As radiografias fornecem uma primeira visão rápida da fratura. A tomografia computadorizada oferece uma imagem mais detalhada da superfície articular e geralmente é feita antes de qualquer cirurgia. A ressonância magnética não é rotineira, mas pode detectar lesões nos ligamentos e nas cartilagens internas do joelho que outros exames não identificam.

Como se trata de uma lesão aguda, pode ser recomendada a cirurgia imediatamente, sem antes tentar tratamentos não cirúrgicos. Contudo, nem todas essas fraturas exigem intervenção cirúrgica. Se a fratura não deslocou a superfície articular, ou se o afundamento for pequeno e o joelho permanecer estável ao exame, podemos optar por tratamento não cirúrgico. Isso geralmente envolve o uso de uma órtese articulada que permite movimentar o joelho precocemente, protegendo a fratura, além de muletas e restrições quanto ao peso suportado pela perna no início. A fisioterapia começa cedo, com o objetivo de restaurar a mobilidade e a força enquanto o osso cicatriza. Em pacientes idosos ou menos ativos, ou quando outras condições de saúde tornam a cirurgia arriscada, um pequeno desnível na superfície articular muitas vezes pode ser tolerado.

A cirurgia é indicada quando a fratura desloca a superfície articular, quando não se espera que o joelho se alinhe e permaneça estável por conta própria, ou quando o joelho se mostra instável. Um fragmento ósseo partido (separado por uma fissura), um afundamento que abrange mais da metade do platô externo, uma fratura envolvendo o pequeno osso lateral ao joelho ou um joelho deslocado para uma posição valga são sinais claros de que a cirurgia é necessária. O objetivo da operação é elevar a superfície articular afundada de volta ao seu nível normal, fixar os fragmentos com placas e parafusos, e restabelecer a distribuição uniforme das cargas no joelho, permitindo movimentos sem dor ou instabilidade. Às vezes, utiliza-se um enxerto ósseo ou um cimento ósseo especial para preencher o espaço deixado sob a superfície elevada e dar suporte durante a cicatrização. Como tomamos essa decisão e quais são os detalhes da operação são explicados na página dedicada à cirurgia.

O que esperar

A maioria das fraturas do platô tibial assume um padrão previsível ao longo de semanas ou meses. A dor intensa dos primeiros dias diminui à medida que o osso se consolida, e o inchaço reduz-se gradualmente. O movimento e a força retornam lentamente com a fisioterapia; é normal que o progresso pareça gradual em vez de constante. Mesmo assim, um joelho que sofreu essa lesão raramente volta a ser exatamente como antes. Geralmente, ele funciona pior que o outro joelho; já as fraturas que afetam ambos os platôs tendem a deixar rigidez e fraqueza mais duradouras do que aquelas que atingem apenas um lado.

Se a fratura for pequena e o joelho permanecer estável, o tratamento sem cirurgia pode ser eficaz. A superfície articular tolera certa irregularidade, e as fraturas adequadamente selecionadas tratadas dessa forma cicatrizam com bom funcionamento. É muito raro ocorrer artrite degenerativa grave e incapacitante após esse tipo de tratamento. A cirurgia para fraturas deslocadas ou instáveis visa restaurar uma carga uniforme no joelho; pacientes criteriosamente selecionados também podem esperar bons resultados. Deixar uma fratura gravemente deslocada sem tratamento é mais arriscado: o joelho pode assumir uma conformação em “joelho valgo” ou “joelho varo”, o que gera carga desigual na articulação, sensação de instabilidade, além de afetar o equilíbrio e aumentar o risco de quedas.

A recuperação não se limita ao osso. Em alguns casos, mesmo após a consolidação da fratura, o joelho continua a parecer instável ou a “ceder” sob carga; o padrão de caminhada e a qualidade de vida podem permanecer ligeiramente alterados por bastante tempo. O retorno aos esportes exige paciência: menos da metade dos esquiadores com essa fratura voltaram às pistas três anos após a cirurgia; porém, com o passar do tempo, mais pessoas retornam gradualmente a atividades recreativas. O lado positivo é que as avaliações subjetivas dos pacientes sobre seu próprio joelho continuam a melhorar após o primeiro ano.

Um pequeno número de pessoas precisa de novas cirurgias posteriormente. Pacientes mais velhos e aqueles com fraturas mais graves têm maior probabilidade de precisar de uma artroplastia total do joelho no futuro; já um joelho que permanece instável ou não cicatrizou tende a exigir esse procedimento mais cedo. Complicações graves no início são raras, mas possíveis; portanto, mantenha os acompanhamentos médicos e relate qualquer sintoma anormal.

Quando procurar ajuda médica

Procure um pronto-socorro se sentir dor intensa, muito maior do que seria esperado para a lesão, se a panturrilha estiver muito inchada e tensa, se houver formigamento ou dormência no pé, ou se o pé estiver pálido. Esses sintomas podem indicar acúmulo de pressão dentro dos músculos da perna, uma condição chamada síndrome compartimental. É necessária avaliação e tratamento de emergência no mesmo dia. Dirija-se imediatamente ao hospital se o pé estiver frio, dormente ou fraco, pois isso pode indicar lesão em um vaso sanguíneo ou nervo. A presença de pulso normal não exclui essa possibilidade; portanto, qualquer diferença entre as duas pernas é relevante. Consulte seu médico de família sem demora caso o joelho fique inchado e dolorido após uma queda ou torção, especialmente se o joelho parecer deformado ou “ceder” ao movimento.