

INSTABILIDADE FEMUROPATELAR COM LUXAÇÃO RECIDIVANTE DE PATELA: RELATO DE CASO

STOFFEL, Priscila Cella¹; RECKERS, Leandro José²; JUNG, Gustavo³; RAYMUNDO, José Luiz Pozzo⁴

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. ²Mestre e Doutor em Ortopedia pela UNIFESP – Escola Paulista de Medicina. ³Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. ⁴Professor adjunto do departamento de medicina especializada da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: pristoffel@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Luxação é a perda da congruência de uma articulação. A luxação patelar é mais comum em meninas e geralmente em menores de 16 anos. Sua prevalência é de 43 casos para cada 100.000 pessoas, sendo que a luxação lateral é a mais comum. Alguns estudos demonstram que os pacientes menores de 15 anos tem maior chance de recorrência, chegando até 60%. (MOORE, 2012; HEBERT, 2008)

Algumas condições predispoem à instabilidade e recidiva das luxações, tais como: frouxidão ligamentar, desequilíbrio muscular causado por paralisias e atrofia, alterações congênitas na inserção do músculo vasto lateral da coxa, mal formações congênitas da patela ou do fêmur, patela alta e amputação abaixo do joelho. Indivíduos com essas condições tem maiores chances de luxações recidivantes de patela bilateral, baixas probabilidades de fraturas associadas e luxação com trauma de baixa intensidade. (MOORE, 2012; HEBERT, 2008)

Para o diagnóstico são necessários pelo menos três episódios e sensação de instabilidade do joelho, sendo que o paciente não tem segurança para usar a articulação na prática esportiva. (HEBERT, 2008)

A articulação do joelho é a maior do corpo humano, sendo do tipo sinovial. Tem movimentação do tipo gínglimo (flexão e extensão), além de desempenhar certo grau de rotação. É constituída pela cápsula articular, membrana sinovial, estruturas extracapsulares (ligamentos colaterais tibial e fibular) e intracapsulares (os meniscos medial e lateral, ligamento transverso e ligamentos cruzados anterior e posterior), como evidenciado na fig. 1. Envolve três ossos: o fêmur, a tibia e a patela. A patela é um osso sesamóide, estando inclusa no tendão do músculo quadríceps femoral, articula-se com os côndilos do fêmur aumentando a alavanca do músculo quadríceps, auxiliando na extensão da perna. (DANGELO, 1995; MOORE 2007)

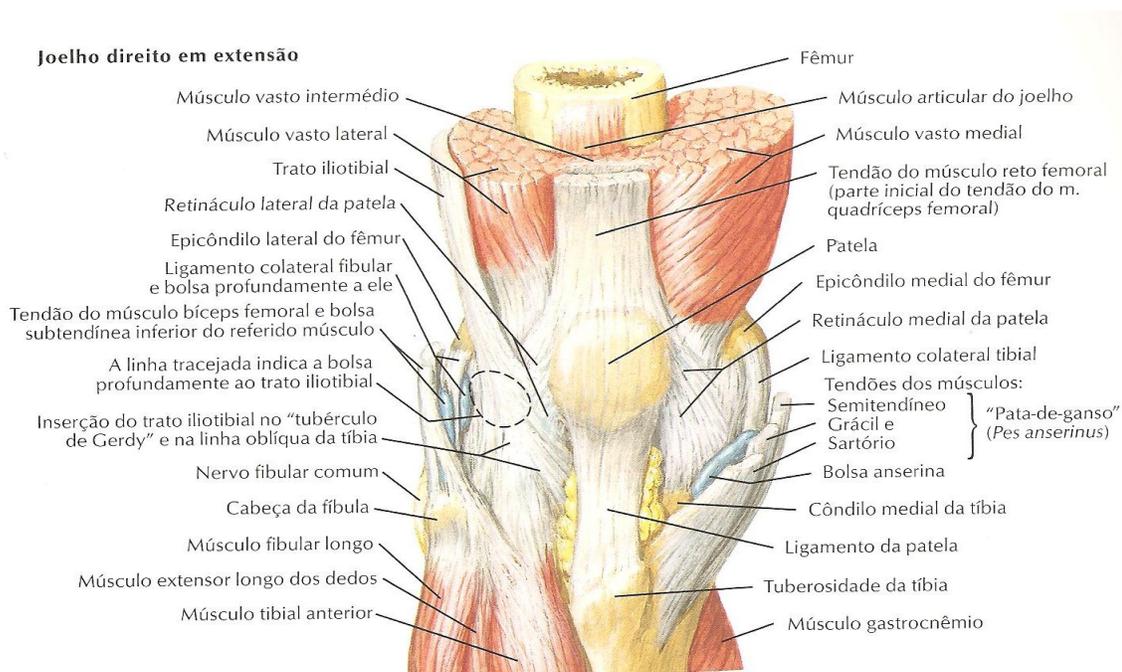


Figura 1- Anatomia da articulação do joelho (Netter, 2003)

No exame clínico é relativamente fácil identificar a luxação patelar. O paciente refere dor intensa, relatando um estalo no momento da luxação. O joelho fica com 20° a 30° de flexão e a patela é palpável lateralmente. Outro achado é o rompimento ligamentar, podendo então encontrar hemartrose. (MOORE, 2012)

Não é necessário radiografar o joelho antes da redução, a não ser que se tenha dúvida quanto ao diagnóstico. (MOORE, 2012) A evolução do quadro inflamatório crônico e desgaste leva a artrose femuropatelar, com atrofia quadriciptal, sendo necessário, portanto, a correção cirúrgica da luxação recorrente. (HEBERT, 2008)

2 RELATO DO CASO

Paciente feminina, 14 anos, estudante, relatando instabilidade femuropatelar com luxações recidivantes da patela direita. O primeiro episódio foi aos sete anos, sem trauma relacionado, após iniciaram episódios subseqüentes de perda da congruência articular. Refere insegurança para a prática esportiva e luxação ocasionada com a deambulação. Faz a redução da luxação manualmente, pelo menos uma vez ao dia da patela direita. Foi solicitado exame de imagem (fig. 2) o qual mostrou luxação da patela.

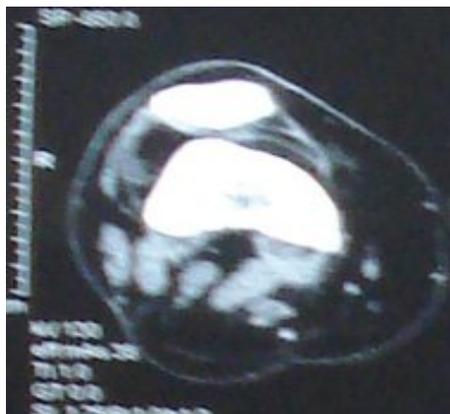


Figura 2: Exame de imagem do joelho direito, mostrando luxação da patela.

3 DISCUSSÃO

Como a paciente apresentava luxação recidivante, foi decidido pela correção cirúrgica, já que tratamentos conservadores como fisioterapia ou órteses não proporcionam um bom resultado. A técnica utilizada foi a reinserção do tendão patelar, liberação das aderências periarticulares. Foi modificada a inserção do vasto medial para uma região mais inferior e encurtando-a, permitindo a atuação com mais potência muscular no sentido medial. Paciente ficou com tala gessada assegurando imobilização em 20º de flexão por seis semanas. Após foi encaminhada à fisioterapia para reforço muscular e recuperação da mobilidade articular.

4 CONCLUSÃO

Paciente apresentou boa evolução após a cirurgia, com diminuição importante da instabilidade femuropatelar, sem recidivas de luxação. Boa deambulação, sem falseio do joelho.

5 REFERÊNCIAS

DANGELO, J.G.; FATTINI, C.A. Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar para o Estudante de Medicina. Editora Atheneu, Rio de Janeiro, 1995.

MOORE, K.L.; DALLEY, A.F. Anatomia orientada para clínica. 5ªed. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2007.

MOORE, B.R.; BOTHNER, J. Patellar dislocations in children and adolescents. UpToDate 2012. www.uptodate.com

HEBERT, S; BARROS FILHO, T.E.P; XAVIER, R.; PARDINI Jr, A.G. & cols. Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática. 4ªed. Editora Artmed, Porto Alegre, 2008.

NETTER, F.H. Atlas de Anatomia Humana.3ªed. Editora Artmed, Porto Alegre, 2003.