

Tratamento de Lesão Crônica do Tendão Patelar com Dispositivo de Proteção

Rogério Teixeira de Carvalho¹, Pedro Gouveia Bastos², Francisco Mendes Ferreira Neto², Caetano Scalizi Jr¹, Wolf Akl Filho³

RESUMO

Os autores apresentam uma opção para o tratamento da lesão crônica do tendão patelar, com um dispositivo de proteção mais resistente, diminuindo o risco de novas rupturas.

Descritores: Joelho, tendão patelar, ruptura, dispositivo de proteção.

SUMMARY

The authors present a option for the treatment of chronic patellar tendon injury, with a protection device more resilient, reducing the risk of further disruption.

Keywords: Knee, patellar tendon rupture, protection device.

INTRODUÇÃO

A lesão do tendão patelar é menos comum que a lesão do tendão quadríceps, tem maior incidência em pacientes com menos de 40 anos, e frequentemente observadas em esportistas. A maioria das rupturas assume a forma de avulsão do pólo inferior da patela¹.

O mecanismo de lesão é uma contração excêntrica do mecanismo extensor, geralmente associado a algum fator de risco como: artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistêmico, diabetes, insuficiência renal crônica, corticoterapia sistêmica, injeção local de esteróides ou tendinite patelar crônica².

1- Médico Assistente do Grupo de Joelho do serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

2- Médico Estagiário do Grupo de Joelho do serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

3- Chefe do Grupo de Joelho do serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

As lesões do tendão patelar são frequentemente negligenciadas no pronto socorro, devido à falta de um exame físico metucioso. O atraso no diagnóstico dificulta consideravelmente a recuperação da lesão pelos tecidos moles inadequados, resultantes da retração e reabsorção³. O tratamento exige um desbridamento cuidadoso até atingir o tecido saudável, que geralmente está enfraquecido e não resistiria a uma simples sutura. Uma imobilização por longo período de duração ou, um mecanismo de proteção interno, para início precoce da reabilitação é necessário^{3,4}.

INDICAÇÃO

Ruptura crônica do tendão patelar.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é posicionado em decúbito dorsal, sob anestesia peridural. Realiza-se então, uma incisão mediana no joelho estendendo da tuberosidade anterior de tíbia (TAT) até o pólo superior da patela. Realiza-se o desbridamento cirúrgico até encontrar o tecido saudável (fig1).



Figura 1 - Incisão e visão após desbridamento



Figura 2 - Furos na patela para passagem de enxerto e reforço



Figura 3 - Sistema de proteção fixado

Realiza-se a sutura boca a boca do tendão patelar, caso seja uma lesão intrasubstancial, ou a passagem de múltiplos fios através de 03 orifícios longitudinais da patela. A sutura deve ser realizada sob controle radioscópico em incidência anterior e perfil, utilizando como parâmetro a linha articular e a linha de Blumensat, respectivamente. Posteriormente é realizado um furo transverso no terço proximal da patela para a passagem do fio de aço que servirá de reforço para o tendão (fig2).

As duas extremidades do fio entrecruzam sobre a patela e são tensionadas. Realiza-se então três voltas no fio e o sistema com as duas pontas do fio é levado até a tuberosidade anterior da tibia(TAT). Introduz-se um parafuso de cortical de 3,2mm, com arruela, medialmente a TAT, numa direção oblíqua de distal para proximal, fixando na cortical posterior (fig3).

Após realizada a fixação, é feito o controle radioscópico, e observado o posicionamento do sistema de proteção e a altura patelar (fig.4 e 5).



Figura 4 - Posicionamento do sistema



Figura 5 - Verificação da altura patelar

Realiza-se irrigação local com soro fisiológico 0,9% e feito fechamento de ferida operatória por planos, fazendo a maior cobertura possível do material de síntese.

REABILITAÇÃO

O paciente é estimulado a iniciar a flexo – extensão assistida pelo fisioterapeuta o qual inicia a movimentação passiva precoce e exercícios isométricos de quadríceps, além de eletroestimulação precoce.

Retirada a carga por 04 semanas, com retorno gradual da carga nas 04 semanas seguintes.

COMPLICAÇÕES

Relatado em literatura infecção, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, rompimento do reforço, rigidez articular e necrose de pele.

RECOMENDAÇÕES

Seleção criteriosa do paciente.

Conhecimento do material e da técnica operatória.

Utilização de intensificador de imagem para evitar posicionamento inadequado da patela.

Atenção na perfuração da patela e posicionamento do parafuso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shelbourne KD, Darmelio MP, Klootwyk TE. Patellar tendon rupture repair using Dall-Miles Cable. *Am J Knee Surg.* 2001; 14(1):17-20.
2. Enad JG, Loomis LL. Primary patellar tendon repair and early mobilization: results in an active-duty population. *J South Orthop Assoc.* 2001;10(1):17-23.
3. Enad JG, Loomis LL. Patellar tendon repair: postoperative treatment. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000;81(6):786-8.
4. Bhargava SP, Hynes MC, Dowell JK, Traumatic patellar tendon rupture: early mobilisation following surgical repair. *Injury.* 2004; 35(1):76-9