AULA 2: Traumas – Patologia das lesões articulares

**Introdução**

|  |
| --- |
| As lesões articulares são classificadas em peri – articular, intra – articular e pan – articular. Onde encontramos lesões ligamentares, da membrana sinovial, meniscos, cartilagem articular, ligamentos intra- articulares e luxações. |

**Objetivos**

|  |
| --- |
| Neste encontro você deve compreender:  Conceito, quadro clínico e diagnóstico. |

**Objetivo 1**

|  |
| --- |
| A ruptura ou fraqueza do ligamentos, podem levar a uma instabilidade articular. Muitas lesões podem ocorrer, principalmente no tornozelo quando existe uma carga sem a estabilidade óssea correta.O entorse é a perda da congruência articular momentânea, que leva a algum grau de lesão ligamentar ou tendão. Ocorrem quando a amplitude do movimento articular é excedida, causando dano aos tecidos de estabilização, hemorragia e edema. Há, portanto, estiramento dos ligamentos sem separação da superfície articular.O exame clinico detalhado é importante pra avaliar os pontos dolorosos, e as possíveis estruturas lesionadas antes que ocorra edema difuso e equimoses extensas. Realização de testes importante pra avaliae algum grau de instabilidade  O exame clínico precoce é importante para avaliar os pontos dolorosos, e as possíveis estruturas lesionadas, antes que ocorram edema difuso e equimose extensa. A palpação das saliências ósseas é obrigatória.  O diagnóstico é realizado pela historia do trauma, exame clínico e Radiografias incuindo incidências ao estresse pois auxilia na documentação da instabilidade mecânica.  A grande maioria dos casos, o tratamento é conservador, o atendimento inicial é feito com repouso, gelo, compressão, elevação e medicação sintomática.  Lesões Menisco:  Os meniscos dos joelhos têm como função a estabilização, a absorção do impacto e a redução do estresse mecânico sobre a cartilagem articular. Os meniscos me-diais são mais finos e possuem um diâmetro maior que os laterais. Do ponto de vista biomecânico, o menisco apresenta função de distribuição de carga, absorção de choque, aumento da estabilidade articular e lubrificação da articulação. A carga é distribuída pelo aumento da área de contato e é transmitida pelas fibras colágenas longitudinais que se mantêm estabilizadas pelas fibras radiais. A presença de lesão no menisco reduz sua capacidade de distribuição de carga e pode diminuir a estabilidade articular.  A apresentação típica corresponde a um quadro de dor com início após entorse do joelho. Em pacientes idosos, podem ocorrer lesões sem trauma significativo. Após o quadro de entorse, pode haver derrame articular associado, correspondendo a uma hemartrose ou derrame articular decorrente de transudato inflamatório. Nos pacientes com lesão meniscal frequentemente se observam episódios de derrame articular de repetição.  A queixa mais frequente relacionada à lesão meniscal consiste em dor na interlinha articular, que piora com a flexão do joelho com descarga de peso, por exemplo, ao agachar. Uma queixa comum é a sensação de travamento do joelho.  No idoso, a lesão meniscal pode ocorrer sem episódios traumáticos, surgindo como um quadro de dor aguda de início súbito. O paciente pode também referir estalidos, crepitações e sensação de falseio.  O diagnóstico é feito pela história, exame físico e testes ortopédicos com exames complementares se necessidade.  O tratamento conservador está indicado nas lesões menores que 1 cm, nas lesões estáveis e em lesões degenerativas em pacientes idosos. O tratamento baseia-se em analgesia e exercícios de fortalecimento muscular. Inicialmente prescrevem-se exercícios isométricos, progredindo para exercícios com amplitude articular.  Na falha do tratamento conservador e nas lesões instáveis, indica-se o tratamento cirúrgico. O tratamento cirúrgico pode ser dividido basicamente em dois tipos de procedimentos: meniscectomias e suturas meniscais.  Cartilagem Articular  O acometimento da cartilagem articular e do osso subcondral é relativamente frequente nos traumatismos do joelho durante a atividade física. A lesão osteocondral isolada é pouco frequente. Mais comumente essas lesões estão associadas às lesões ligamentares e/ou meniscais. Seu prognóstico depende de vários fatores, entre os quais o tipo de lesão associada, o tamanho do defeito condral e o tempo de evolução. Na fase aguda, o quadro clínico é caracterizado pela dor e pelo derrame articular. Comumente esse derrame pode se tratar de hemartrose, principalmente nos casos de lesões associadas. Se a punção for realizada, frequentemente são observadas gotículas de gordura. Nas lesões osteocondrais antigas, as queixas podem variar desde dor e derrame persistentes até sintomas de “falseio” ou “bloqueio” articular. Os exames subsidiários mais utilizados são a radiografia simples e a RM, sendo essa última o exame de escolha, podendo ser realizada com ou sem contraste, auxiliando na escolha do tipo de tratamento a ser instituído. A tomografia computadorizada (TC) e a cintilografia também podem ser úteis, avaliando o acometimento ósseo  O tratamento clínico se baseia em calor local e fortalecimento da musculatura já o tratamento cirúrgico depende principalmente do tipo e do local da lesão. As técnicas mais utilizadas são realizadas por artroscopia e variam desde um shaving da lesão osteocondral associado a pequenas perfurações do osso subcondral exposto, a mosaicoplastia, que se trata do “transporte” de fragmentos osteocondrais de áreas livres de carga para o local da lesão. A fixação de frag-mentos destacados e não deslocados também deve ser mencionada. Os transplantes de cartilagem estão em fase de estudos e necessitam de uma melhor avaliação dos resultados.  Luxação:  A luxação acromioclavicular é uma das mais comuns lesões traumáticas do ombro e ocorre tipicamente em indivíduos jovens, vítimas de traumatismo, e principalmente durante a prática de esportes de contato.  O quadro clínico das luxações acromioclaviculares é caracterizado principalmente por dor local com intensidade variando de acordo com o grau da lesão. O exame físico pode demonstrar edema, abrasão local e uma deformidade típica com a proeminência da clavícula lateral, o que determina o característico “sinal da tecla”, causado pela instabilidade no plano vertical provocada pela queda do ombro e não pela ascensão da clavícula. As radiografias são essenciais para o diagnóstico e classificação dessas lesões nas incidências anteroposterior, perfil e axilar, tendo como critérios diagnósticos o aumento do espaço entre o acrômio e a clavícula.  A luxação é uma urgência ortopédica, no qual necessita de manobra de redução incruenta. |

Referências

|  |
| --- |
| * Ortopedia e traumatologia – Geraldo da Rocha Motta filho e Tarcísio Eloy * Trauma Ortopédico - Gerenciando Fraturas de Emergêcia - Timothy O White |