**Fonte principal de referência:**

<http://simonealberti.com.br/?page_id=130>

**Tema: I**nstabilidade femoropatelar- Realinhamento patelar.

**Palavra-chave principal: *ortopedista especialista em joelho***

**Palavras-chaves secundárias:** *instabilidade femoropatelar, realinhamento patelar, dor no joelho, dores no joelho, joelho inchado, articulação femoropatelar,* *joelho valgo*

**url: / *ortopedista-especialista-em-joelho-instabilidade-realinhamento-patelar***

**Link interno:** *para o post sobre*

**Título:**

**Saiba por que i*nstabilidade femoropatelar* é a causa mais comum de *dores no joelho.* E qual a importância de procurar o quanto antes um *ortopedista especialista em joelho*.**

Uma das *dores no joelho* mais comuns em ocorrências ortopédicas ocorre devido à *instabilidade femoropatelar* - a articulação que liga o fêmur à patela. É uma incidência de 10 a 40 entre cada 100 mil pessoas, o que expressa uma margem de 11% no cenário de doenças relacionadas ao aparelho locomotor, impactando principalmente as mulheres mais jovens. E o melhor sempre a fazer a qualquer desconforto sentido é procurar o quanto antes um ***ortopedista especialista em joelho***, para diagnosticar e tratar a patologia da forma mais adequada possível.

Mas, como saber se a dor no joelho corresponde a algum problema de *instabilidade* na *articulação femoropatelar*? O primeiro passo é procurar um ***ortopedista especialista em joelho*** para que ele possa investigar o caso e fazer um diagnóstico preciso. São vários fatores para avaliar, de origem anatômica e traumática.

**Fatores causadores de *instabilidade femoropatelar***:

ALTERAÇÕES ANATÔMICAS

- Formato e posição da patela – Quando a patela é mais alta que o normal no joelho, compromete o seu encaixe na extremidade do fêmur;

- Anatomia da tróclea, que é a extremidade do fêmur, local exato da articulação – Se a tróclea é muito rasa, sem profundidade necessária e com as paredes planas, prejudica o encaixe da patela;

- TAGT – É a medida lida por tomografia computadorizada do joelho que revela a distância da linha mais profunda da tróclea e a linha que corta a tuberosidade anterior da tíbia (TAT). Se essa medida do TAGT for maior que 20 mm e a TAT tiver implantação deslocada para o lado externo da perna, pode facilitar o deslocamento da patela.

- *Joelho valgo* ou em “x” – Quando há desvio na perna com inclinação do fêmur para dentro, acompanhado de rotação interna, juntando os joelhos e separando os calcanhares, o que é mais visto em mulheres por conta das alterações típicas dos quadris femininos. Na primeira infância também é comum a ocorrência de *joelho valgo*, mas geralmente é corrigido naturalmente. Porém, se a criança chegar a seis anos de idade ainda com a deformidade, deve-se buscar ajuda imediata de um ***ortopedista especialista em joelho***, pois o caso pode agravar, ocasionando até mesmo deformação óssea.

Para *instabilidade femoropatelar*, *joelhos valgos* são riscos bem significantes, por propiciarem luxações da patela.

ALTERAÇÕS CIRCUNSTANCIAIS (POR TRAUMAS, LESÕES, POSTURAS)

- Entorses – Bastante comuns em meios esportivos, também podem ocasionar luxações patelares, além da possibilidade de rompimento do ligamento patelofemoral medial (LPFM), o qual é o estabilizador principal da patela.

- Lesão do LPFM – Com o ligamento lesionado há maior propensão de novas ocorrências de luxação sempre que há rotação do joelho, o que é uma prática frequente em alguns tipos de esporte e dança.

- Atividades inadequadas – Atividades físicas que envolvam a musculatura e flexão dos joelhos devem sempre ser bem supervisionadas para que não gerem riscos de traumas e posturas errôneas que levem à *instabilidade femoropatelar*.

**É possível detectar o deslocamento da patela sem precisar de um *ortopedista especialista em joelho*?**

É possível em alguns casos sim perceber a patela fora do lugar, porém nem sempre ela fica fora de seu encaixe normal por tempo suficiente para que se possa detectar. Há casos e situações de deslocamentos em segundos, nos quais a patela desencaixa e encaixa novamente de forma espontânea, sem dar tempo para visualizações da anormalidade, deixando apenas a dor intensa e restrita como sintoma. Portanto, sempre haverá a necessidade de consultar um ***ortopedista especialista em joelho***, afinal, se há dor é sinal que existe alguma anormalidade a ser investigada, diagnosticada e tratada.

Sem contar que há situações em que a patela não volta para o encaixe e se faz necessária a intervenção médica, com manobras específicas para colocá-la novamente em seu lugar.

**Uma vez descoberta a *instabilidade femoropatelar*, qual o melhor tratamento?**

Sempre as primeiras tentativas de tratamento são as conservadoras, buscando fortalecer o músculo vasto medial oblíquo e alongar os músculos ísquios-tibiais, cuidando para evitar movimentos de rotação externa da perna, acompanhada de flexão do joelho. Tudo isso por meio de fisioterapia e acompanhamento do ***ortopedista especialista em joelho***.

Mas, quando não há evolução positiva do quadro, a intervenção cirúrgica é a solução, principalmente em pacientes mais jovens e praticantes de atividades físicas, os quais precisam de correção mais imediata para viver sem limitações e com bem estar.

Nos casos de traumas, lesões, a reconstrução do LPFM é urgente, portanto, a cirurgia é logo indicada.

Quando o problema é anatômico, além de reconstruir o LPFM lesionado, também é preciso corrigir a alteração anatômica que esteja contribuindo para a *instabilidade femoropatelar*, como a correção na posição da TAT e até mesmo a correção da tróclea femoral.

Cada paciente tem um histórico diferente, de acordo com a anatomia, idade, profissão, hábitos, atividades e grau da *instabilidade femoropatelar*. Por isso, precisa ser tratado de forma particular, individual, sem generalizações. E cabe somente ao ***ortopedista especialista em joelho*** encaminhar para o tratamento mais adequado, seja conservador ou cirúrgico.

**Quando o tratamento cirúrgico é necessário?**

- Se há recorrência de luxação, mesmo que ainda esteja em tratamento convencional por mais de três meses;

- Se existe necessidade de reconstrução do LPFM;

- Se é necessário corrigir problemas anatômicos que estejam causando a *instabilidade femoropatelar*.

**Como o *ortopedista especialista em joelho* pode avaliar uma indicação cirúrgica?**

O ***ortopedista especialista em joelho*** inicia sua investigação por meio de sondagem com o paciente sobre o histórico da patologia, condições físicas e rotina de vida. Em seguida, executa exames físicos e de imagem, buscando identificar possíveis anomalias anatômicas subjacentes, causadoras da instabilidade.

Por meio de radiografias é possível checar a geometria da tróclea e da patela, além da congruência articular e da morfologia patelar.

Já a tomografia computadorizada avalia a medida da TAGT para que o ***ortopedista especialista em joelho*** possa analisar se é preciso algum procedimento para realinhamento distal.

Para avaliação das lesões nos ligamentos e cartilagens articulares relacionadas, o exame necessário é a ressonância magnética. Portanto, o ***ortopedista especialista em joelho*** é quem irá indicar os exames mais adequados, de acordo com o caso, para um diagnóstico assertivo, a fim de que possa também identificar o tratamento mais eficaz.

Vale ressaltar que esses exames fazem parte da sondagem pré-operatória para detectar as possíveis alterações que necessitam de correção cirúrgica. Assim sendo, cada defeito gerador de *instabilidade femoropatelar* encontrado pode ser corrigido.

**E como é feito o procedimento cirúrgico de *realinhamento patelar*?**

Esse tipo de cirurgia é hospitalar, sendo preciso a internação do paciente por ao menos um dia. A anestesia pode ser geral ou regional, podendo optar por sedativos para dormir quando a escolha for anestesiar apenas o local. O ideal é conversar e combinar com o anestesista antes do procedimento.

Existem várias técnicas cirúrgicas, dependendo do caso e da preferência do ***ortopedista especialista em joelho***. O procedimento dura em torno de duas horas e o objetivo é sempre realinhar o mecanismo extensor do joelho, corrigindo as anomalias detectadas nos exames pré-operatórios.

Dentre as principais abordagens cirúrgicas temos:

- Liberar o retináculo lateral patelar – Por meio de artroscopia ou micro incisão de um cm na lateral do joelho.

- Reconstruir o LPFM – Por meio de enxerto de tendões flexores coletados por incisões de dois a três centímetros no aspecto ínfero medial do joelho. Fazendo também outra incisão de mesmo tamanho no aspecto medial patelar, inserindo duas âncoras, preparando a patela para receber esse enxerto. Além de uma terceira incisão também de igual tamanho sobre o tubérculo adutor para identificar o ponto de fixação do LPFM no fêmur. Assim, o enxerto é posicionado e fixado no fêmur com parafuso de interferência.

- Medializar a TAT – Por meio de incisão longitudinal anterior com média de 5 cm no aspecto ínfero medial do joelho e realização da osteotomia da TAT, medializando o fragmento, com ou sem rebaixamento associado, finalizando com a fixação dos parafusos.

- Efetuar plastia do músculo vasto medial oblíquo – Por meio de uma incisão longitudinal anterior e medial, com aproximadamente quatro centímetros na borda proximal da patela, com exposição do músculo vasto medial para que se possa identificar as porções oblíqua e longitudinal a fim de que sejam isoladas e transferidas distal e lateralmente sobre a patela.

- Realizar trocleoplastia – Por meio de procedimento maior, com incisão longitudinal anterior patelar com média de 10 a 12 centímetros, remodelando a tróclea, com ou sem enxerto ósseo, com fixação ou não, dependendo da técnica escolhida pelo ***ortopedista especialista em joelho***.

E para finalizar os procedimentos cirúrgicos, fecham-se as incisões e são feitos curativos com uso de ataduras.

Logo após a operação é preciso usar um imobilizador no joelho.

**A recuperação após a cirurgia de *realinhamento patelar***

O paciente que passa por uma intervenção cirúrgica de *realinhamento patelar* sai do hospital apoiado por muletas, com curativo e imobilizador no joelho. E só após dois dias o curativo pode ser retirado, em casa, bastando limpar com soro fisiológico.

Durante os banhos, deve-se tomar cuidado com a retirada do imobilizador. E também é necessário evitar que caia água nas incisões, procurando mantê-las sempre secas.

Após 7 dias da operação deve ocorrer a volta ao consultório do ***ortopedista especialista em joelho*** para avaliar a evolução e liberar a reabilitação pós-cirúrgica, incluindo as sessões de fisioterapia por uma média de 6 meses, até que seja possível o retorno às atividades de rotina.

O sucesso do procedimento depende muito do comprometimento do paciente em seguir todas as orientações médicas no pós-cirúrgico e se dedicar ao programa de reabilitação.

E, para ajudar nessa recuperação, é muito importante:

- Usar as muletas durante ao menos três semanas, já tentando apoiar o peso sobre a perna à medida que permita o desconforto, até ir recuperando gradativamente a força do joelho. Sabendo que dirigir é uma atividade que deverá ser liberada pelo ***ortopedista especialista em joelho***, de acordo com o progresso da reabilitação.

- Para evitar edemas/inchaço é bom elevar a perna o mais que puder logo nos primeiros dias pós-cirúrgicos. Também ajuda aplicar gelo ao local, cinco a seis vezes ao dia, por 20 minutos, sempre protegendo a pele com um tecido fino para evitar queimaduras.

- Estar ciente sobre a necessidade do uso do imobilizador nos primeiros dias, sendo em casos de só *realinhamento proximal*, pois se houver *realinhamento distal* o uso se estende por três semanas.

- Os exercícios de reabilitação devem ser feitos exatamente de acordo com a orientação do seu ***ortopedista especialista em joelho*** e do profissional de fisioterapia. Nada a mais e nada a menos.

- Tomar medicações analgésicas e anti-inflamatórias somente prescritas por seu ***ortopedista especialista em joelho***.

**Riscos pós-cirúrgicos**

As complicações são consideradas raras, porém descritas, entre elas: hematoma, infecção, rigidez, etc. Para minimizá-las é necessário garantir um tratamento bem feito, e para isto é imprescindível confiar a patologia a um médico de confiança, que seja de fato um ***ortopedista especialista em joelho***, para que ele possa, além de executar o procedimento com segurança, acompanhar de perto a reabilitação e evolução do quadro.

Enfim, a boa notícia é que, apesar dos incômodos, a *instabilidade femoropatelar* pode ser tratada de maneira adequada, com possibilidades quase totais de cura, e com pouco índice de riscos e experiências traumáticas, bastando apenas entender a importância de entregar o problema a um médico qualificado, ***ortopedista especialista em joelho***, que possa garantir, junto com o comprometimento do paciente, o sucesso na evolução do quadro.