

LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

Anatomia

O ligamento cruzado anterior (LCA) é um dos ligamentos mais importantes para a estabilidade do joelho. Considerado um ligamento intra-articular, sua função primária é evitar que a tíbia se anteriorize em relação ao fêmur, e sua função secundária é a rotação interna e externa do joelho que não está sustentando carga.

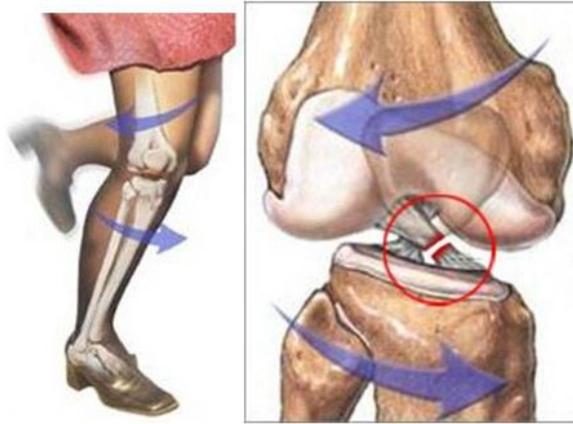
Sua localização está sobre a superfície intercondilar anterior do platô tibial e corre obliquamente em uma direção posterior, superior e lateral para se inserir sobre a face medial do côndilo femoral lateral. É constituído por dois tipos de feixes: o anteromedial e o pósterolateral.

A banda anteromedial é mais longa e fica tensa quando o joelho se encontra em flexão, diferente da banda pósterolateral mais espessa mais curta e se tensiona na extensão do joelho.

Além do ligamento cruzado anterior, o joelho possui mais 3 ligamentos que são fundamentais para a estabilidade do joelho. São eles: o ligamento cruzado posterior (cuja função é evitar que a tíbia se posteriorize em relação ao fêmur) , ligamento colateral lateral (evita o movimento excessivo em varo) e ligamento colateral medial (evita o movimento excessivo em valgo). Os dois ligamentos cruzados são considerados intra-articulares, e os dois ligamentos colaterais são considerados extra-articulares.

Mecanismo de lesão

O ligamento cruzado anterior é o que mais frequentemente sofre ruptura total. O mecanismo de lesão do LCA geralmente acontece quando ocorre uma torção do joelho com o pé fixo no chão (mecanismo que no futebol ocorre constantemente devido às características da modalidade). Como a porção pósterolateral deste ligamento é tensa quando o joelho está em extensão, ela é lesionada com mais frequência.



Teste diagnóstico

Clinicamente, existem alguns testes para avaliar a estabilidade do LCA, entre eles vamos destacar o teste de gaveta anterior (FIGURA 1) e teste de Lachman (FIGURA 2), ambos são os testes mais utilizados para diagnóstico clínico da ruptura total ou parcial do ligamento cruzado anterior. O componente básico destes testes envolve tracionar a extremidade proximal da tíbia (perna) para frente com o joelho em flexão. Em um joelho saudável, o LCA proporciona 85% de resistência total passiva à translação anterior da tíbia.

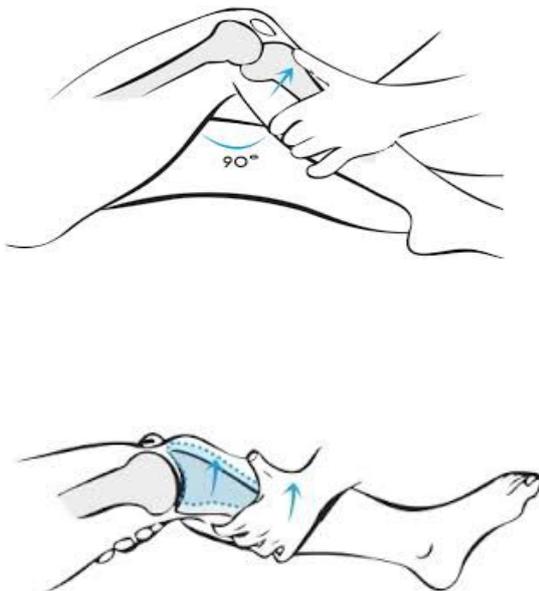
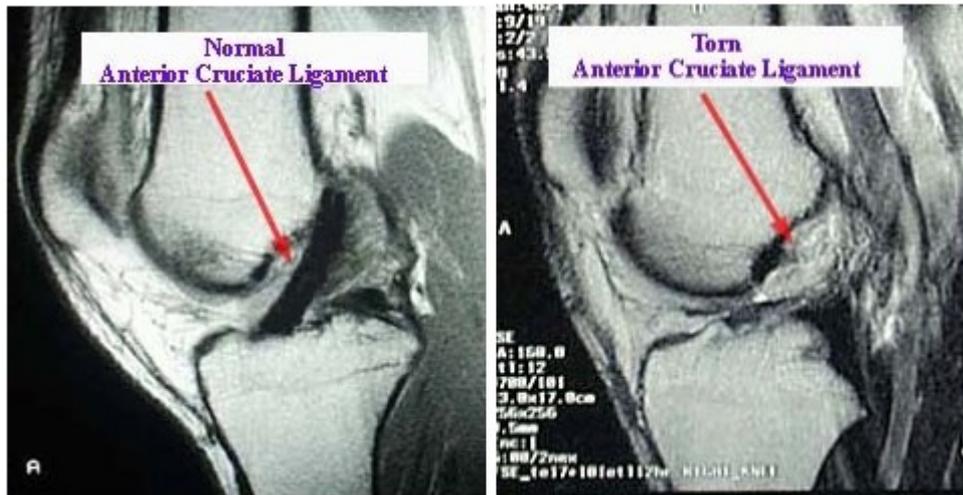


Figura 2. Teste de Lachman

Um exame de ressonância magnética ajuda no diagnóstico para definir se a lesão foi total ou parcial.



Após a ruptura total do ligamento, o joelho pode ficar instável, favorecendo lesões de outras estruturas. Com isso a reconstrução do ligamento através de cirurgia é o mais indicado para atletas de alto rendimento e esportistas, devido este ligamento ter uma importância grande na cinemática do joelho.

Cirurgia e Reabilitação

A reconstrução do LCA tem o objetivo de remover o ligamento rompido e colocar um autoenxerto (na maioria dos casos). Este autoenxerto normalmente é feito através da utilização do tendão patelar ou tendão do semitendíneo e grácil (flexores do joelho).

A reabilitação pós-cirúrgica do LCA tem como objetivo restaurar a função da articulação do joelho. A fisioterapia já começa no dia seguinte após a cirurgia, com o tratamento através da crioterapia para redução do edema e exercícios para manter ou ganhar amplitude de movimento ativo do joelho. As primeiras semanas de reabilitação são de extrema importância, pois é nesta fase que ocorre a cicatrização do enxerto, com isso exercícios de grande amplitude ou grandes cargas devem ser evitadas. A marcha é iniciada nas primeiras semanas com a utilização de muletas para evitar que o paciente faça uma descarga de peso total. Exercícios isométricos

são geralmente iniciados junto com a eletroterapia (correntes de eletroestimulação) para auxiliar o recrutamento muscular e favorecendo assim a restauração da força e resistência muscular. Restaurada a amplitude de movimento e o edema, progredir com exercícios de fortalecimento e resistência, e o início do trabalho proprioceptivo leve para restaurar o controle neuromotor do membro inferior é iniciado já na primeira semana conforme tolerância do paciente.

Os exercícios de cadeia cinemática fechada são instruídos já na primeira semana conforme tolerância do paciente, pois auxiliam no recrutamento muscular, gerando maior estabilidade articular e propriocepção e não sobrecarregando a articulação patelofemoral não causando significativo deslocamento anterior da tibia, sendo iniciado primeiro do que a cadeia cinemática aberta, pois esta aumenta a força de cisalhamento articular podendo interferir no processo de cicatrização do ligamento dependendo da angulação do exercício.

A fase final da reabilitação é constituída de ganho mais acentuado de força, resistência e potencia, treino de propriocepção mais intenso, e gestual esportivo já focando no retorno ao esporte, geralmente o tempo de recuperação pós-operatório de uma lesão de ligamento cruzado anterior varia de 6 a 8 meses,

Dr. Marwan Lopes

Fisioterapeuta

Referencias:

CINESIOLOGIA DO APARELHO MUSCULOESQUELÉTICO FUNDAMENTOS PARA A REABILITAÇÃO, 2º EDIÇÃO; ANO 2010; DONALD A. NEUMANN.

TESTES ORTOPÉDICOS E NEUROLÓGICOS, 5ª EDIÇÃO; ANO 2012; JOSEPH J. CIPRIANO.

FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA EXAME, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO; 2º EDIÇÃO; MARK DUTTON.

