

LIGAMENTOPLASTIA do LCA em doentes com IDADE SUPERIOR a 35 ANOS cuja queixa principal é a INSTABILIDADE

- J. DINIS CARMO -



INTRODUÇÃO

A **IDADE** tem sido um factor de muita controvérsia em casos de doentes com rotura do L.C.A. (ref. 1,2)

Há autores que **NÃO** recomendam esta plastia em doentes **c/ idade superior a 35A**, sobretudo se não são desportistas. (ref. 4)

As razões são fáceis de entender se pensarmos nas razões principais para se proceder a uma ligamentoplastia do LCA:

- restabelecer a **função estabilizadora** do ligamento de maneira a permitir o regresso ao desporto, sobretudo a modalidades desportivas que implicam frequentes mudanças súbitas de direcção, como o futebol, basquetebol, ténis, ski, etc....
- evitar o desenvolvimento precoce de **OsteoArtrose**, resultante do aumento dos movimentos de "cinzelamento" ("shearing") femuro-tibial

Se o doente não é desportista e tem uma profissão sedentária, o primeiro problema está à partida "solucionado"...

Relativamente ao problema da prevenção da

OsteoArtrose secundária.

o assunto está longe de ser pacífico, porque:

- não está provado que a plastia previna o desenvolvimento subsequente de OA, pelo contrário,
- há mesmo autores que são de opinião de que a intervenção cirúrgica não só não "previne" mas inclusivamente pode "desencadear" a sua evolução precoce. (ref. 3,4)
- sendo a OA uma patologia de evolução longa e arrastada, o seu início numa fase da vida mais avançada pode nunca vir a ser um problema.



A estes argumentos pode-se contrapor:



- Serem hoje conhecidas muitas das causas das lesões degenerativas pós-ligamentoplastia,
- Evolução na técnica cirúrgica, cada vez menos invasiva e agressiva,
- A esperança de vida estar em aumento crescente,

• Haver cada vez mais indivíduos que pretendem manter uma actividade desportiva, por vezes de alto risco, independentemente da idade.

• A instabilidade poder ser suficientemente grave para interferir com as actividades diárias do doente, ou mesmo o repouso e pôr em risco a sua actividade profissional e inclusive a integridade física - nestes casos a reparação do L.C.A., independentemente da idade do doente é, na opinião do autor deste trabalho,

MANDATÓRIA.

PORQUÊ a plastia c/ SEMI-TENDINOSO?



A principal diferença que encontramos nesta população em relação ao doente jovem é a

menor disponibilidade e motivação

pt a **recuperação** pós-operatória, por razões laborais e psicológicas, na nossa opinião mais determinante que a capacidade física propriamente dita.

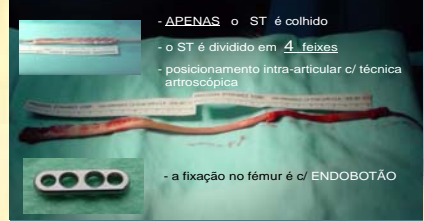
• Por isso mesmo entendemos que é importante realizar uma ligamentoplastia c/ a

menor morbidade

possível em termos sépticos "puros" e na interferência c/ o aparelho extensor.

- No estado actual dos conhecimentos do autor deste trabalho, a plastia que melhor cumpre estes objetivos é a plastia c/ uso do tendão isolado do **SEMI-TENDINOSO** quadruplicado.

ASPECTOS FUNDAMENTAIS DA TÉCNICA DE ROSENBERG



- **APENAS** o ST é colhido
- o ST é dividido em **4 feixes**
- posicionamento intra-articular c/ técnica artroscópica
- a fixação no fémur é c/ ENDOBOTÃO

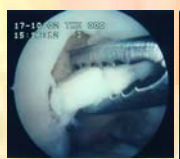
TÉCNICA CIRÚRGICA



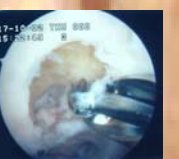
Incisão p/ colheita do ST



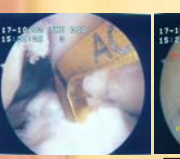
Ausência crónica LCA. Estenose Troclear



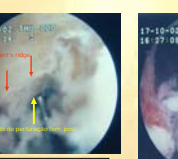
Trocleoplastia > 2mm; uso de osteótomo, "grasper", cureta e "burr"



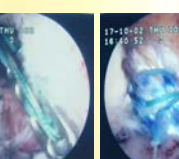
Colocação de fixação tibial, Temo-LCP



Ponto de colocação do tínel femoral, 3-4mm anterior a "over de top"

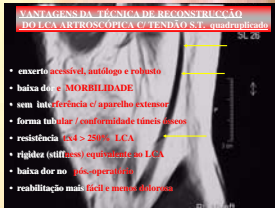


Busca do End-Button p/ tínel Fem



Novo ligamento "in situ"

Radiografia Pós-operatória



- enxerto **acessível, autólogo e robusto**
- **baixa** de **MORBIDADE**
- sem **interferência** c/ aparelho extensor
- **forma tabular** (conformidade tíneo-tibial)
- **resistência** $10x > 2500N$ LCA
- **rigidez** (stiffness) **equivalente** ao LCA
- **baixa** dor no **pós-operatório**
- **reabilitação** **rápida** e **eficaz**

RESULTADOS

- Desde 1999 até o presente foram operados por nós 61 doentes, tendo sido possível contactar 55, pelo menos telefonicamente.
- A idade variou entre os 35 e os 63 anos (média geral 42A).
- Sem surpresa, apenas 11 doentes tinham uma idade superior a 55A, e destes, apenas 4 superior a 60A. Confirma-se que a partir de certa idade e apesar dos sintomas os doentes têm cada vez mais reservas quanto a submeter-se a uma cirurgia preventiva ou "profiláctica".
- Verificou-se a presença de 35% de doentes do sexo feminino. Se invertemos a atenção a motivação da cirurgia também não é surpreendente esta % relativamente alta.

RESULTADOS

Foram avaliados os seguintes padrões:

- **Complicações pós-operatórias a curto/médio prazo:**
 - Dor (critério subjectivo e registado do consumo de analgésicos no internamento)
 - Complicações relacionadas c/ a técnica operatória utilizada
- **Complicações pós-operatórias a médio/longo prazo:**
 - rigidez - em extensão < 5°
 - em flexão < 120°
 - laxidez - sinais clínicos ou RMN de falência do enxerto
 - atrofia muscular significativa ao fim de 9M de recuperação p/ fisioterapia
 - necessidade de re-intervenções subsequentes
- **Satisfação subjectiva do doente a longo prazo (> 1A):** (SI ou N)
 - dor significativa
 - tomada regular de analgésicos
 - sensação subjectiva de estabilidade do joelho
 - capacidade de executar as suas actividades diárias pessoais
 - retoma da actividade profissional

Não tivemos casos de: - dor persistente

- rigidez

- laxidez

- atrofia muscular significativa

(de acordo c/ os parâmetros enunciados)

- re-intervenções

A satisfação subjectiva dos doentes a curto (pós-operatório) e longo prazo (>1A) foi uniforme.

Todos os doentes retomaram as suas actividades diárias e profissionais.

Temos dúvidas quanto à retoma da actividade desportiva ao mesmo nível ou mesmo reduzida por parte da maior parte dos doentes (mesmo quando a resposta foi positiva), mas o objectivo da intervenção na maioria dos casos, por parte dos doentes, também não era essa...

Nenhum era desportista profissional.

COMPLICAÇÕES

Registamos:

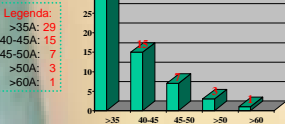
- 1 caso de comprimento insuficiente do enxerto de ST, por rotura (distal) do tendão durante a colheita em D. sexo fem., 51A. Foi colhido também o tendão do RL.

- 1 caso de D. sexo fem., 49A, c/ genu recurvatum moderado constitucional bilateral, incapaz de estender o joelho recuperado p/ além dos 0°.

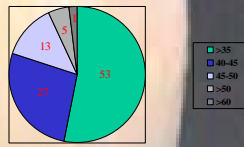
Como complicações que consideramos significativas, refira-se:

- 3 casos de reacção febril/derame no pós-operatório. Suspeita de infecção (contaminação - por flora atípica? ?? - do material cirúrgico reutilizado?), não confirmada em nenhum caso p/ ex. bacteriológico do líquido i-art. Tratados c/ aspiração e tempo prolongada (15 dias) de antibiótico. Num caso foi feita "lavagem" i-art. em ambulatório. Resolução expontânea, tendo permanecido a causa discutível...

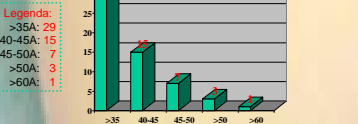
CASOS / IDADE



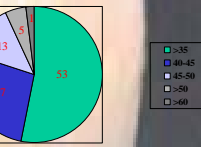
PERCENTAGENS / IDADE



CASOS / SEXO



% / SEXO



BIBLIOGRAFIA

1. Noronha JC. Reconstrução do LCA após os 35A. LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR; pp 107-110
2. Cicotti MG, Lombardo SJ, Nowinski B and Piva MJ. Non-Operative Treatment of Ruptures of the Anterior Cruciate Ligament in Middle-Aged Patients. Results after Long-Term Follow-up. J.B.S.J. VOL. 75-A, NO. 3, SEPTEMBER 1994, pp. 1315-1321
3. Cabot J. Comunicação pessoal.
4. Cabot J. Ligamentoplastias do L.C.A. por artroscopia: indicações e técnicas. Apresentado no V Congresso Nacional da A.P.A.T.O. Guimarães, Abril 2002.
5. Rosenberg TD, Graeme C, Brown, Kathleen T, Delfner. Anterior Cruciate Ligament Reconstruction with a Quadrupled Semi-tendinous Autograft. Sports Medicine and Arthroscopy Review, Vol.5, No 1 March 1997
6. Rosenberg TD. Comunicação. Advanced Arthroscopy Course, Courmayeur, Itália, JAN 1997/1999
7. Rosenberg TD. Comunicação pessoal. TOSH, Salt Lake City, Utah, USA, Maio 1999
8. Cooley VJ, Delfner KT, Rosenberg TD. Quadrupled semitendinosus anterior cruciate ligament reconstruction: 5-year results in patients without meniscus loss. Arthroscopy 2001 Oct 17(8): 796-800.
9. Cabot J. Comunicação. Advanced Arthroscopy Course, Courmayeur, Itália, JAN 1997/1999
10. Cabot J. Comunicação pessoal. TOSH, Salt Lake City, Utah, USA, Maio 1999
11. Carmo JD. L.C.A. - reconstrução c/ tendão ST, segundo a técnica de T. Rosenberg. Poster, apresentado na reunião anual da SPOT, Madeira, 2002
12. Carmo JD. Reconstrução Artroscópica do L.C.A. c/ enxerto quadruplicado do tendão semi-tendíneo e fixação com endobotão no fémur, segundo a técnica descrita por Thomas Rosenberg. Comunicação, V Congresso Nacional da APATD, Guimarães, Abr 2002 e VII Congresso da SPMD, Lisboa, Dez 2002
13. Carmo JD, Carvalho L. Reabilitação após Ligamentoplastia do LCA c/ Técnica Artroscópica assistida, c/ ENXERTO QUADRUPPLICADO do TENDÃO SEMI-TENDINOSO, segundo o mét. T. Rosenberg. Poster, apresentado na reunião anual da SPOT, Madeira, 2002
14. Carmo JD, Carmo ED. Utilização do Rotocoxib administrado Pré-operatóriamente na Prevenção e Tratamento da Dor Pós-Operatória ("Preventive Analgesic Effect"). Poster, apresentado na reunião anual da SPOT, Madeira, 2002

