

Osteossíntese de fratura osteocondral no côndilo femoral lateral após luxação patelar aguda

Fernando Gomes Tavares¹, Humberto Ferreira de Castro Filho², Igel de Souza Aquino²,
Meiry Fabiane Janiro³, Maurício Lebre Colombo⁴, Rogério Teixeira de Carvalho⁴

RESUMO

As luxações de patela são comuns em pacientes jovens e que praticam atividade esportivas de impacto. No entanto, as lesões osteocondrais se fazem por vezes incomuns ou subdiagnosticadas. Descrevemos um caso de lesão osteocondral no côndilo lateral do fêmur após primeiro episódio de luxação aguda da patela que evoluiu com migração do fragmento ósseo intra-articular, aderido à cápsula, sendo explorado por artroscopia e realizada fixação com parafusos de compressão.

Palavras-chave: artroscopia; fraturas do fêmur; lesões do joelho; luxação patelar.

ABSTRACT

Patellar dislocations are common in young patients who practice impact sports activities. However, osteochondral injuries are sometimes rare or underdiagnosed. We describe a case of osteochondral lesion in the lateral condyle of the femur after the first episode of acute dislocation of the patella with migration of the bone fragment intra-articular, close to the joint capsule, explored by arthroscopy and fixation with compression screws.

Keywords: arthroscopy; femoral fractures; knee injuries; patellar dislocation.

INTRODUÇÃO

A luxação aguda da patela é um evento comum na faixa etária entre 13 a 15 anos, e ocorre de modo súbito e doloroso¹. A fratura osteocondral ocorre em cerca de 5% dos casos de luxação aguda da patela, e dentre eles poucos apresentam fragmentos ósseos que precisam ser removidos².

Para que se tenha sucesso em atingir a meta de tratamento, que é a reestruturação da função normal do joelho, deve-se levar em consideração um bom conhecimento anatômico do mecanismo do trauma, e da biomecânica articular, assim como um exame físico detalhado e o conhecimento das técnicas cirúrgicas³.

Apresentamos um caso de um paciente de 16 anos com lesão osteocondral com fragmento livre de localização incomum, assim como seu tratamento de escolha.

RELATO DO CASO

Paciente, 16 anos, sexo masculino, estudante, com história de entorse do joelho direito após golpe durante prática de jiu-jitsu, apresentando luxação patelar seguida de redução espontânea evoluiu com dor local e limitação funcional. Paciente passou por primeiro atendimento ambulatorial após 20 dias da lesão, com queixa de persistência do quadro álgico.

1. Chefe do Grupo de Cirurgia do Joelho, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

2. Médico Ortopedista pós-graduando do Grupo de Cirurgia do Joelho, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

3. Médico Residente em Ortopedia, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

4. Médico Ortopedista do Grupo de Cirurgia do Joelho do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

Autor responsável: Fernando Gomes Tavares / **E-mail:** fgtav@uol.com.br

Ao exame físico, apresentava crepitação à flexão e extensão, com dor leve à palpação do joelho direito sem limitação da amplitude de movimento e ausência de derrame articular ou instabilidade ligamentar. Todos os testes de instabilidade patelar foram negativos. O paciente foi inicialmente submetido a radiografias nas incidências anteroposterior (AP) e perfil (Figura 1) do joelho direito, em que foi possível observar a presença de corpo livre na região anteromedial. Em seguida foi solicitada uma tomografia computadorizada do joelho

direito, para tentar caracterizar melhor a lesão, sendo evidenciada fratura do côndilo femoral lateral com fragmento ósseo, deslocado na porção anteromedial do espaço articular, medindo 2,2 x 0,5 cm (Figura 2). Considerando todas as informações do exame físico, do relato do mecanismo de trauma e dos exames de imagens, o caso foi diagnosticado como uma luxação aguda da patela com lesão osteocondral associada a presença de fragmento ósseo intra-articular, que migrou para região anteromedial e aderiu à cápsula articular.

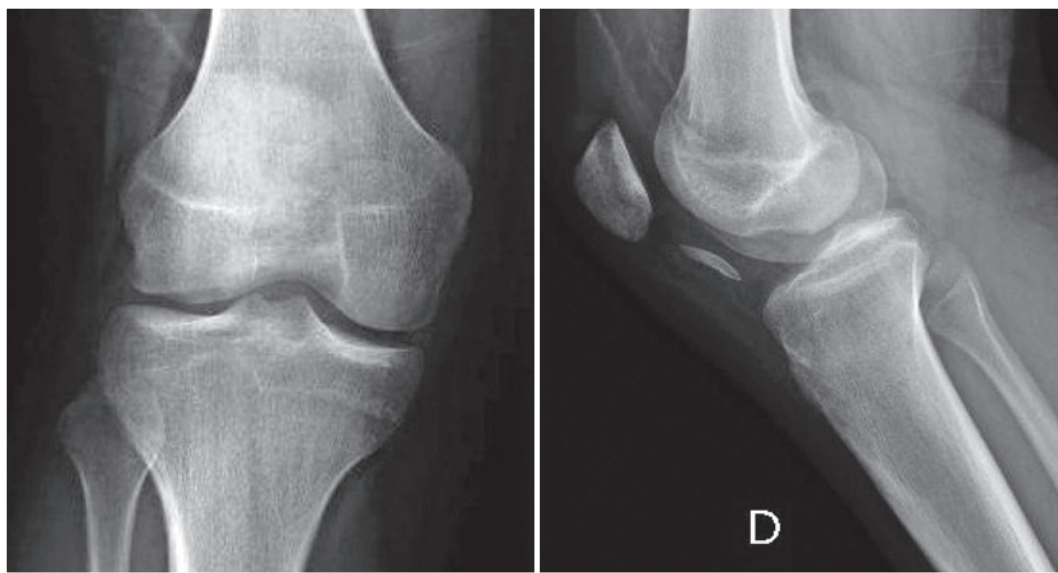


Figura 1. Radiografia AP e perfil do joelho direito com evidência do fragmento ósseo do côndilo lateral do fêmur.

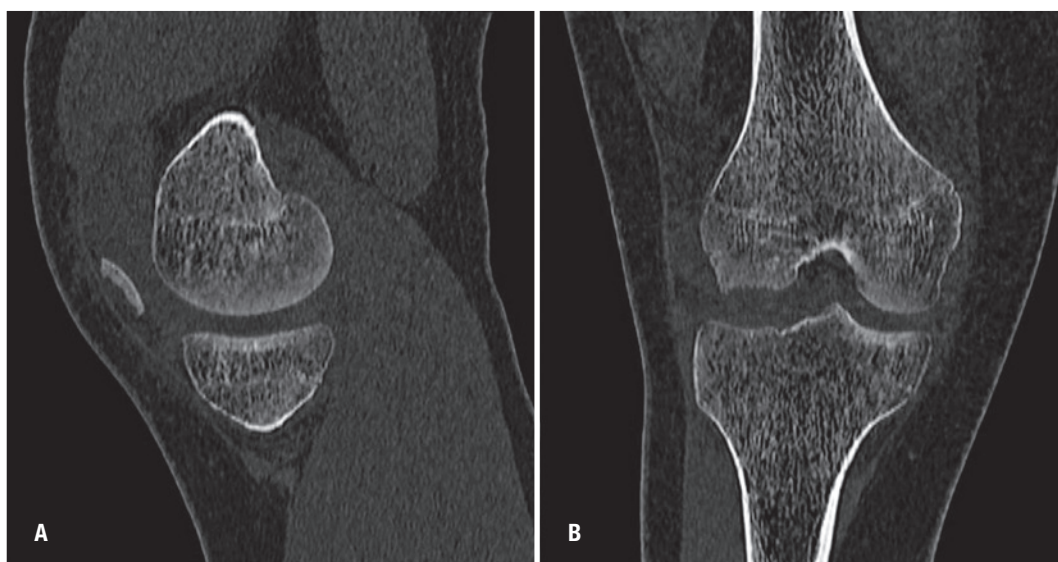


Figura 2. Tomografia Computadorizada do joelho direito (A. corte sagital. B. Coronal) com evidência do fragmento ósseo anteromedial e lesão do côndilo lateral do fêmur.

Realizada inicialmente a exploração artroscópica, seguida do inventário da articulação e constatação da presença de um fragmento ósseo localizado na região anteromedial da cápsula articular do joelho direito e então foi optado pelo tratamento cirúrgico aberto para fixação do fragmento. No seguimento ambulatorial pós-operatório foi orientado ausência de carga no membro inferior direito nas primeiras seis semanas, sem restrição de amplitude de movimento (ADM), evoluindo com ganho progressivo da ADM e liberação para fisioterapia com treino de marcha e fortalecimento.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Paciente foi posicionado em decúbito dorsal horizontal e realizada raquianestesia. Após assepsia e antisepsia e insuflação do

garrote pneumático a 280 mmHg, foram realizados os portais de artroscopia anteromedial e anterolateral, para realização do inventário da articulação. O fragmento osteocondral estava destacado do côndilo femoral lateral e aderido à cápsula articular anteromedial. Foi realizada a sua ressecção com auxílio do *shaver* artroscópico.

Para melhor exposição do leito no côndilo femoral lateral, foi feita uma incisão parapatelar lateral com acesso à articulação do joelho direito (Figura 3). O fragmento osteocondral e seu leito foram cruentizados com microperfurações e em seguida realizada fixação com 3 parafusos do tipo CCS (Cannulated Compression Screws - Parafusos de Compressão Canulado) de 2,2 mm. A avaliação da amplitude de movimento máxima foi realizada após regularização dos bordos do fragmento e realizada radiografia AP e perfil do joelho no pós-operatório (Figura 4).

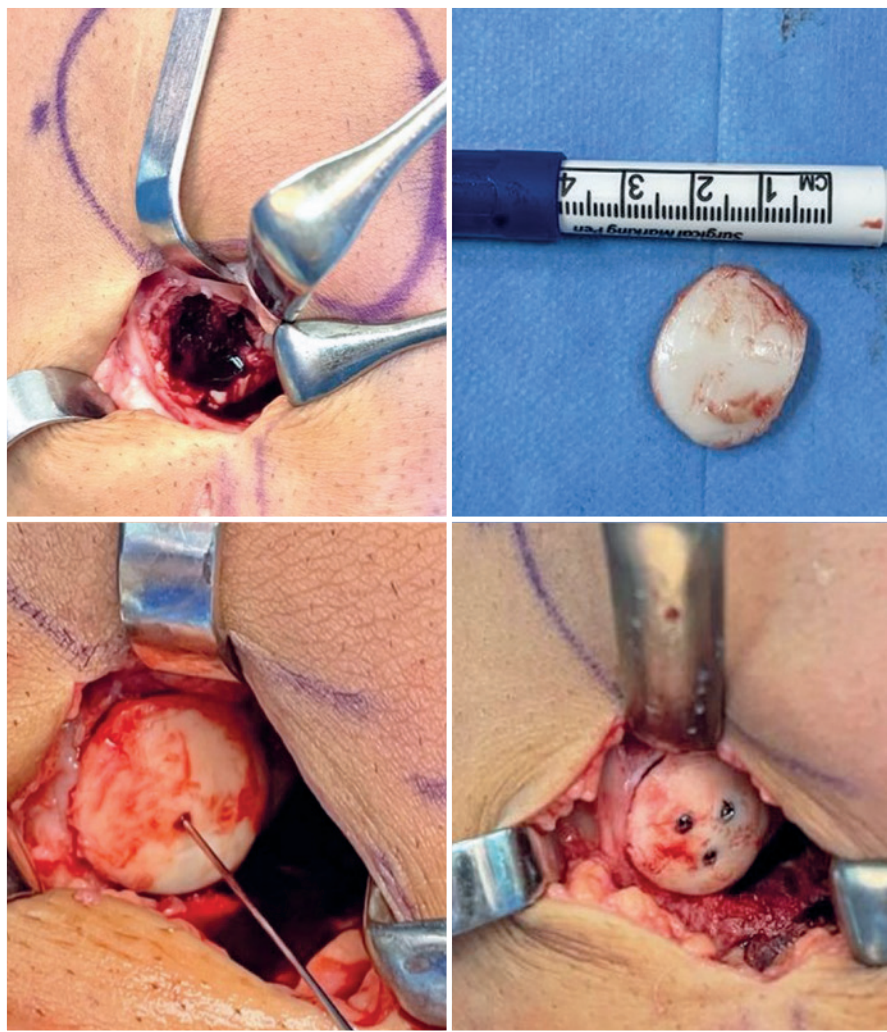


Figura 3. Imagens intraoperatórias evidenciando o fragmento osteocondral ressecado, e depois reinserido e fixado.

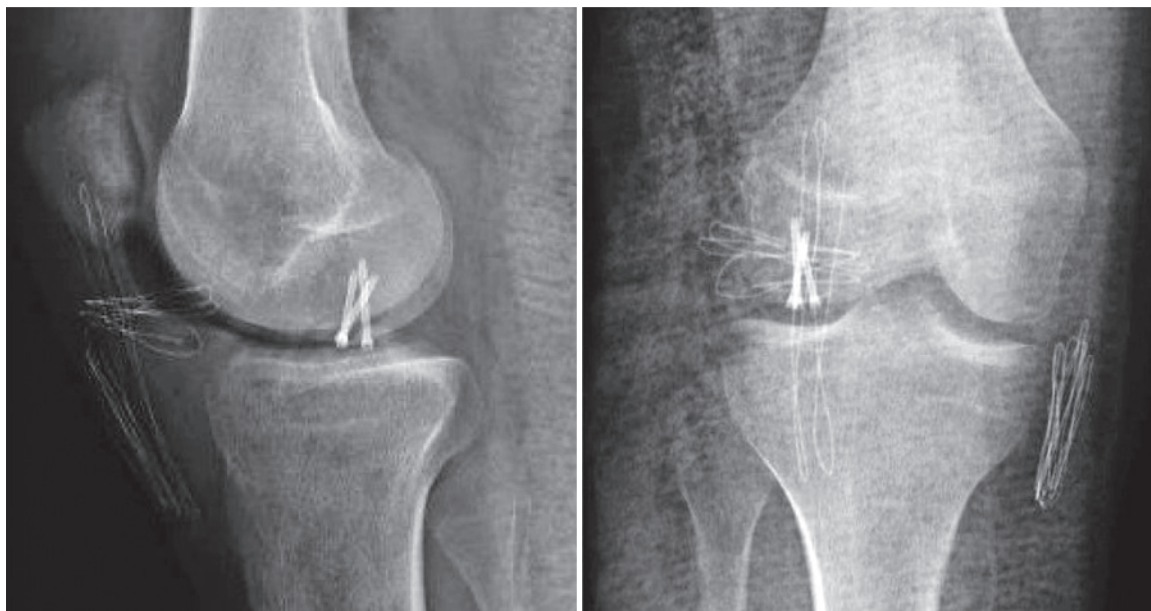


Figura 4. Radiografia AP e perfil do joelho direito pós-operatória.

DISCUSSÃO

A luxação de patela aguda é muitas vezes subestimada, devido à frequente redução espontânea do quadro. Sua identificação clínica é então difícil³. Apresenta-se como mecanismo mais comum o trauma torcional, como citado neste relato, do membro sobre o pé, fixo sobre o solo com rotação interna do fêmur. Também ocorre o trauma direto em valgo do joelho ou ainda trauma na borda medial da patela deslocando-a lateralmente⁴.

A primeira luxação de patela associada à lesão osteocondral no côndilo lateral do fêmur ocorre mais associada ao mecanismo de trauma com uma maior flexão do joelho. Entretanto, este não se trata do local mais comum de lesão; as lesões patelares e trocleares são mais frequentes, notando-se que, quando ocorre, a lesão do côndilo femoral lateral é cerca de até três vezes mais comum em meninos^{5,6}.

A radiografia consiste em um importante exame para avaliação após a luxação, na busca de lesões osteocondrais. Entretanto, dependendo do tamanho e da localização do fragmento, este pode passar despercebido.^{1,3} A complementação com exames complementares como a tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) é importante para melhor observação da porção osteocondral tendo como seus principais achados a hemartrose, edema da medula óssea envolvendo o aspecto anterolateral e late-

ral do côndilo femoral, e o aspecto ínfero-medial da patela, além de lesão dos tecidos da face medial do joelho⁷.

O tratamento conservador da luxação aguda da patela é bastante controverso. Entretanto, quando há presença de fragmento livre intra-articular, torna-se indicação absoluta de cirurgia⁵. O tratamento cirúrgico de lesões osteocondrais envolve normalmente a excisão e curetagem do fragmento ou sua fixação interna com parafusos ou qualquer outro meio de osteossíntese disponível⁸. Kramer e Pace⁹, demonstram que sua técnica de preferência é o uso de artroscopia seguida de exposição adequada e fixação com material rígido do fragmento inicial. Neste relato, o estudo artroscópico foi realizado no mesmo tempo cirúrgico e foi possível a ressecção do fragmento com o acesso anterolateral da patela, permitindo melhor visualização do côndilo lateral, além do melhor posicionamento para realização da fixação com parafusos. Kramer e Pace⁹ também notaram que na população pediátrica, por causa da falta de estudos ou pesquisas com maior seguimento a longo prazo, ainda não se tem como afirmar a superioridade de um implante sobre o outro. Entretanto, o nosso paciente se apresenta bem e sem queixas no seguimento pós-operatório, após a fixação da lesão osteocondral com parafusos de compressão metálicos.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Pires e Albuquerque R, Santos Neto JF, Pires e Albuquerque MI, Giordano V, Amaral NP. Fixação do fragmento osteocondral após luxação aguda da patela no esqueleto imaturo. Rev Bras Ortop. 2014;49(2):202-5.
2. Nietosvaara Y, Aalto K, Kallio PE. Acute patellar dislocation in children: incidence and associated osteochondral fractures. J Pediatr Orthop. 1994;14(4):513-5.
3. Hernandez AJ, Favaro E, Laraya MH. Luxação aguda da patela. Rev Bras Ortop. 2004;39(3):65-74.
4. Cash JD, Hughston JC. Treatment of acute patellar dislocation. Am J Sports Med. 1988;16(3):244-9.
5. Cavalheiro CM, Gobbi RG, Hinckel BB, Demange MK, Pécora JR, Camanho GL. Lesão condral do fêmur tratada com sutura óssea após luxação aguda de patela: um relato de caso. Rev Bras Ortop. 2018;53(5):636-42.
6. Arendt EA, Dejour D, Farr J. Patellofemoral instability. Sports Med Arthrosc Rev. 2012;20(3):127.
7. Kirsch MD, Fitzgerald SW, Friedman H, Rogers LF. Transient lateral patellar dislocation: diagnoses with MR imaging. AJR Am J Roentgenol. 1993 161(1):109-13.
8. Callewier A, Monsaert A, Lamraski G. Lateral femoral condyle osteochondral fracture combined to patellar dislocation: a case report. Orthop Traumatol Surg Res. 2009;95(1):85-8.
9. Kramer DE, Pace JL. Acute traumatic and sports-related osteochondral injury of the pediatric knee. Orthop Clin North Am. 2012;43(2):227-36.