

Lesão do LCA

O ligamento Cruzado Anterior, é o ligamento mais lesado do corpo humano. Situa-se internamente no joelho, formado por tecido colágeno, une o fêmur a tíbia. É o principal responsável para impedir a translação anterior da tíbia (ou seja, impedir que a perna vá para a frente). Em razão da sua localização anatômica, é particularmente vulnerável aos traumas, principalmente nos esportes. A sua lesão é uma das mais temidas dos atletas e talvez pelo fato de vivermos no país do futebol, tem um destaque maior na mídia. Muito freqüente na prática desportiva, principalmente aqueles esportes que exigem mudanças bruscas de direção associada ao contato corporal.

Mecanismo de Lesão

O mecanismo mais comum de lesão do LCA é a torção do joelho, principalmente quando o pé fica preso (fixo) no solo e o corpo gira internamente em relação a perna (abdução, flexão e rotação externa). Também podemos ter outras maneiras de lesionar como: agachamento, hiperflexão do joelho e traumas diretos no joelho (pancadas), além de outros tipos de mecanismos. O grau de energia realizada nesta torção irá determinar a sua lesão parcial ou total, assim como o acometimento ou não de outras estruturas do joelho (meniscos, cartilagem e outros ligamentos).

Diagnóstico

O paciente geralmente chega no consultório, referindo torção durante a prática esportiva (futebol na maioria das vezes) seguida de um estalido audível ou perceptível no momento do trauma, derrame articular (inchaço) e a incapacidade de retornar à atividade. Com estes dados, já temos 80% de chances de ter lesionado alguma estrutura interna do joelho. Este percentual aumenta, se com o passar dos dias surge um novo sintoma, que por muitos é citado como “falseio” (falta de confiança) e é devido á falta da integridade do LCA.

Para avaliação da integridade do LCA existem inúmeros testes, os testes mais utilizados são as manobras de Lachman, gaveta anterior e os testes provocativos da subluxação femorotibial.

A Ressonância magnética é frequentemente utilizada para confirmar o diagnóstico da lesão do LCA. Porém, de acordo com alguns estudos americanos, nem sempre é um exame pré-operatório fundamental quando a história clínica e o exame físico deixam claro o diagnóstico.

Tratamento

Na fase aguda da lesão, o tratamento consiste em reduzir o edema (inchaço) do joelho, através de repouso, uso de gelo, enfaixamento e elevação do membro; pode-se administrar antiinflamatórios e analgésicos como sintomáticos.

Com relação à escolha do tratamento, deve-se levar em consideração fatores relativos ao paciente, como sexo, idade, ocupação, nível de participação esportiva, lesões intra-articulares associadas, grau de frouxidão do joelho (lesão parcial ou total) e expectativas para o futuro.

Nas rupturas parciais, a conduta para o tratamento depende da quantidade lesionada e do sintoma de falseio do atleta. Se não houver a sensação de falseio e instabilidade e durante o exame do atleta o médico constatar pouca frouxidão pode ser tentado o tratamento sem cirurgia com reabilitação muscular e exercícios de propriocepção (fisioterapia, ver protocolo em reabilitação), mas sempre deixando claro ao atleta que o ligamento não é mais o mesmo e que a ruptura completa poderá ocorrer. Este tipo de tratamento (conhecido como conservador) também pode proporcionar um nível de função satisfatório àqueles pacientes que não desejam retomar qualquer tipo de atividade física.

Quando o ligamento cruzado anterior se rompe totalmente, o tratamento é cirúrgico na maioria dos casos, pois há a necessidade da sua reconstrução (este ligamento não tem a capacidade de se regenerar e colar sozinho). O planejamento cirúrgico na reconstrução do LCA começa com a escolha do enxerto. Existem dois tipos de enxertos que podemos utilizar e são retirados do próprio paciente (auto-enxertos): o Patelar (terço central do tendão patelar) e os tendões do Semitendíneo e do Grácil(retirados da parte interna da coxa). Os estudos demonstram resultados muito similares entre ambos os enxertos. Em relação ao método de fixação (pinagem), existem muitos descritos e a escolha depende do cirurgião e do enxerto escolhido.

Temos optado pela Reconstrução do LCA com os tendões do Semitendíneo e Grácil nas rupturas primárias (primeira lesão) e a Reconstrução do LCA com o tendão Patelar nas re-rupturas.

Diferentemente do passado, nos dias atuais, sabemos que o tratamento da lesão deste ligamento, permite o retorno a prática da atividade esportiva pré-lesão. Porém a dedicação, disciplina e responsabilidade no seguimento do protocolo de reabilitação pós operatória na fisioterapia, são determinantes para atingirmos este objetivo.