

Correção de falha retinacular pós "release" lateral de patela

Marco Antonio Schueda¹, Cristiano Grimm Menegazzo², Claudécir Evandro Gambeta³, Marcelo Kodja Daguer⁴, Ademar Stimamiglio Jr.⁵

RESUMO

Os autores apresentam a técnica de retinaculoplastia pós-realinhamento patelar. Vantagens: correção de falhas do retináculo lateral que, após técnicas de realinhamento supero-lateral de patela (release), evoluíram com cistos sinoviais, queixas dolorosas e/ou funcionais de joelhos operados por desalinhamentos femoro-patelares. Reprodutível em hospitais de média complexidade e em caráter ambulatorial premia melhora clínica com baixa comorbidade.

Descritores: Ortopedia, Procedimentos ortopédicos, Lesões do Joelho, Patela, Ligamento patelar, Dor.

SUMMARY

The authors present the technique of retinacular reconstruction after lateral release. Advantages: correction of lateral retinacular imperfections that, after techniques of superolateral patella realignment (release), had evolved with synovium cysts, painful and/or functional complaints of patella realignment operated knees. Reproducible in hospitals of medium complexity and in outpatient environment awards clinical improvement with low comorbidity.

Keywords: Orthopedics, Orthopedic procedures, Knee injuries, Patella, Patellar ligament, Pain.

INTRODUÇÃO

Desde Polard em 1891 que relatou o primeiro caso de "Release Lateral" passando por diversos autores incluso Merchant, Mercer, Ficat, Metcalf e outros, a popularidade do procedimento cresceu muito nas últimas décadas passando a ser utilizado artroscopicamente em casos de dor femoro-patelar e/ou instabilidade^(1,2).

1. Chefe do Serviço de Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia do Hospital Marieta Konder Bornhausen – Itajaí – SC e Coordenador do R4 em Cirurgia do Joelho, Artroscopia e Traumatologia Desportiva do Serviço de Residência do IOT – Joinville – SC
2. Instrutor do Serviço de Residência de Cirurgia do Joelho, Artroscopia e Traumatologia Desportiva do IOT – Joinville – SC
3. Instrutor do Serviço de Residência de Cirurgia do Joelho, Artroscopia e Traumatologia Desportiva do IOT – Joinville – SC
4. Instrutor do Serviço de Residência de Cirurgia do Joelho, Artroscopia e Traumatologia Desportiva do Hospital Marieta Konder Bornhausen HMKB – Itajaí – SC
5. R4 do Serviço de Residência de Cirurgia do Joelho, Artroscopia e Traumatologia Desportiva do IOT – Joinville – SC.

Endereço para correspondência: Aos Cuidados Dr. Shueda, Grupo de Joelho – IOT – Joinville – Rua: Blumenau, 1326 América, Joinville, S.C. CEP 89204251 – e-mail: schueda.joi@terra.com.br

Existe um forte consenso de que a liberação do retináculo lateral funciona devido uma diminuição da tensão em um retináculo lateral espessado, tendo sido recomendado para várias condições: subluxação ou luxação lateral patelar, subluxação lateral crônica, dor devido à síndrome da hipertensão patelar, espessamento do retinaculo lateral ou neuroma retinacular⁽¹⁾.

J. Christoforakis, et. al., em seu estudo cadavérico, demonstrou que a liberação do retináculo lateral reduz a força necessário para mover a patela 10mm lateralmente em 14-20%, em comparação com um joelho intacto, de 0 a 30 graus de flexão⁽³⁾.

Quando realizado de forma correta pode resultar em dois efeitos: denervação do retináculo lateral doloroso e liberação da tensão lateral. O candidato ideal para esse procedimento apresenta dor anterior persistente ao tratamento conservador após 3 meses, com retinaculo lateral contraturado tanto clinica como por exames de imagem⁽⁴⁾.

Dandy e Desai avaliando a técnica do release lateral como tratamento para a luxação recorrente de patela, após 8 anos de seguimento concluíram que o procedimento é de escolha naqueles pacientes em que não se observa frouxidão ligamentar ou subluxação em extensão⁽⁵⁾. Após a realização do release lateral, a patela deve ser capaz de alcançar 70 a 90 graus de angulação medial⁽⁴⁾.

Abdalla, Cohen, Gorios e Roveda descreveram, em seu estudo de revisão do “Release” Lateral da Patela, o “teste do deslizamento patelar medial em extensão” objetivando parâmetros de maior certeza no diagnóstico da síndrome da hipertensão patelar. O teste consiste em posicionando o paciente em decúbito dorsal, joelho em extensão e quadríceps relaxado realizar a medialização da patela, que deve deslocar-se suavemente até dois quadrantes em relação ao sulco troclear e associar-se a um retináculo lateral doloroso. Se este movimento for dificultado, interpreta-se existir efeito maior de outros elementos, sugerindo quadros de mal alinhamento mais acentuados onde se necessita de procedimentos complementares⁽²⁾.

As principais complicações descritas foram hemartrose, tromboflebite e infecção em 9,2% quando o torniquete foi usado, e 3.3% quando não utilizado. Utilizando o dreno por mais de 24h essas complicações aumentaram para 11,8%⁽⁴⁾. Lesão termal devido ao uso de electrocautério, ruptura do tendão do quadríceps, distrofia simpática reflexa, trombose venosa profunda, embolismo pulmonar, herniação da fascia e subluxação patelar medial também já foram descritas^(2,4).

A formação de herniação com fístula sinovial sintomática do retináculo lateral não foi descrita como principal complicação, nem sua correção. Esse trabalho demonstra tal complicação e sua resolução.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

A técnica descrita é indicada no tratamento das falhas na correção por release lateral de retináculos patelares que evoluíram com cistos laterais e/ou clinica dolorosa locais.

É contraindicado em pacientes sem condições clínicas ou na presença de artrite séptica.

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Investigação das condições clínicas do paciente com exames laboratoriais e avaliação pré anestésica.

Exames de partes moles locais com ultra-som ou ressonância magnética caracterizando a extensão da falha. (Figura 1)

Consentimento informado do paciente e familiares.

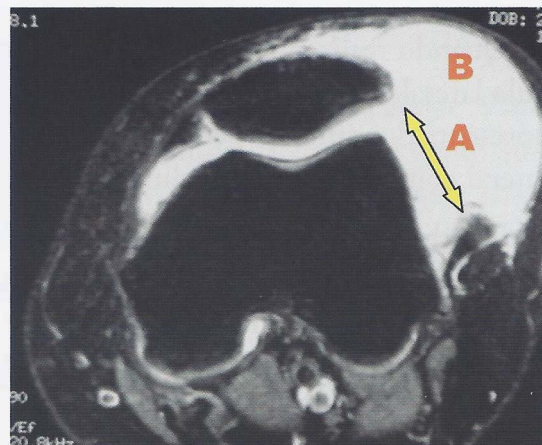


Figura 1: aspecto de RNM pré-operatório mostrando (A) falha no retináculo lateral (B) cisto sinovial formado.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é posicionado em decúbito dorsal, sob anestesia geral ou peridural e após assepsia colocação padronizada de campos operatórios e garroteamento do membro.

Realiza-se uma artroscopia para inventário e tratamento de eventuais distúrbios meniscais e/ou condrais articulares.

Faz-se uma incisão longitudinal oblíqua parapatelar lateral com aproximadamente cinco centímetros sobre o defeito palpável drenando-se o conteúdo presente no sub cutâneo oriundo da articulação do joelho.

A partir da visualização patelar individualiza-se o segmento restante do retináculo lateral com a cruentização da borda do mesmo. (Figuras 2A e 2B).



Figura 2: A - Abordagem da falha. B - Cruentização do retináculo retraído.

Aborda-se face antero-lateral da patela com incisão longitudinal anterior da sua cobertura (tendão conjunto) e descola-se retalho de partes moles justa-ósseo sem comunicar com superfície lateral (Figuras 3A e B).

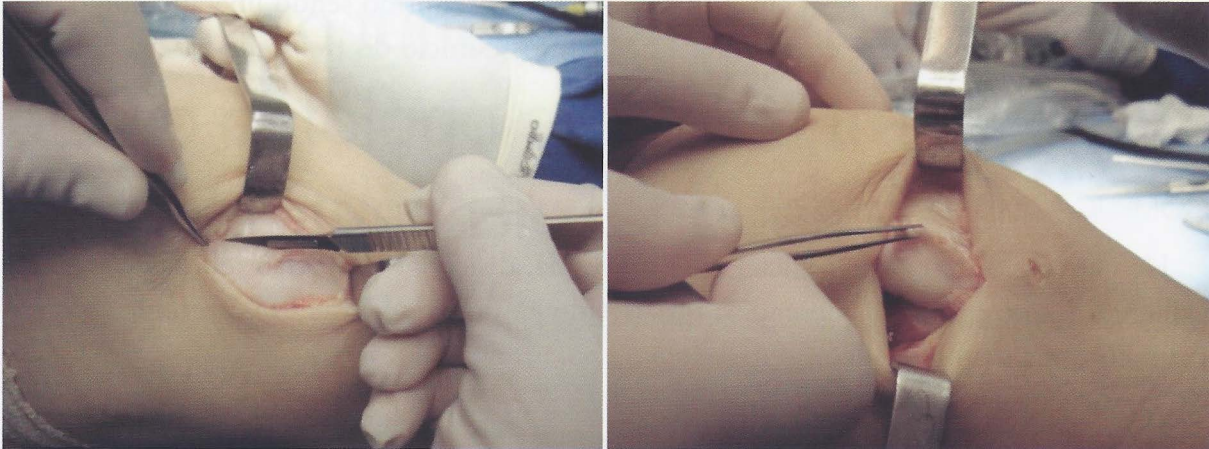


Figura 3: A - Incisão longitudinal antero-lateral em patela B - Descolamento justa-ósseo

Rebate-se o retalho sobre falha oriunda do release lateral (Figuras 4A e B) e sutura-se com pontos separados o mesmo latero-lateralmente ao retináculo cruentizado com fio absorvível 1.0 (*wicril 1.0*®).

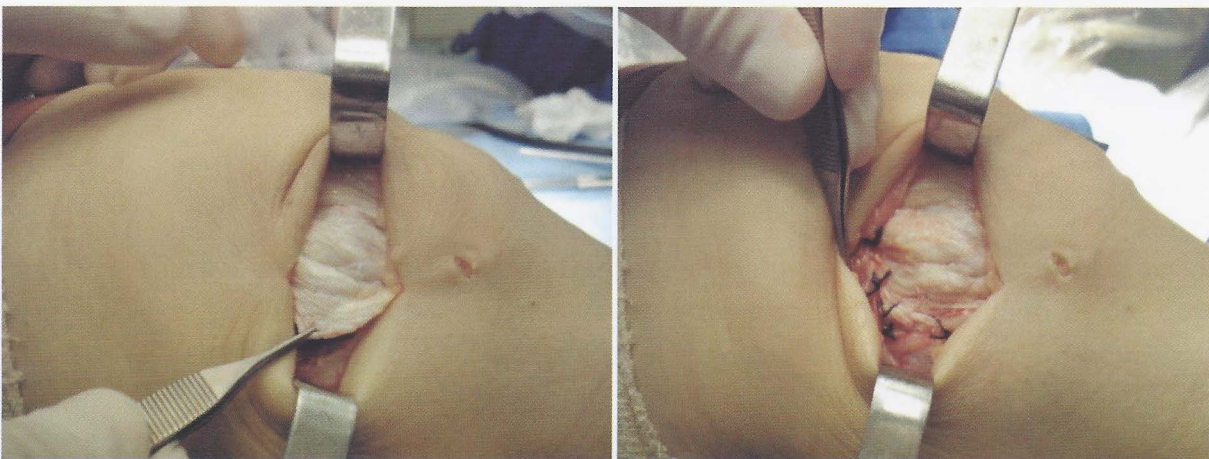


Figura 4: A - Retalho pré-patelar é projetado sobre falha retinacular. B - Sutura latero-lateral do retalho sobre retináculo cruentizado.

Aproxima-se o subcutâneo e se suta-se com pontos separados utilizando fio absorvível 2-0 (*wicril 2-0*®). Para a pele fio inabsorvível nylon 3-0 (*mononylon 3-0*®).

Imobiliza-se em flexão de 20° a articulação operada com tala gessada ou imobilizador removível.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO

O tempo de internação dependerá da evolução clínica, mas poderá ser liberada tão logo seja completa a recuperação anestésica.

Apoio com descarga parcial em muletas axilares é permitido sendo liberado apoio total em dez dias, concomitante com retirada dos pontos e início do treino de marcha e demais condutas fisioterápicas.

COMPLICAÇÕES

Hemartrose, infecção superficial e/ou profunda, distrofias simpático reflexas não foram evidenciadas nos pacientes operados, mas devido ao pouco seguimento carece de acompanhamento mais prolongado.

RECOMENDAÇÕES

Como recomendação preventiva, sugere-se que ao se realizar o release lateral esse não ultrapasse o bordo supero-lateral da patela, e que de preferência seja realizado sem o comprometimento da membrana sinovial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donald C Fithian, Elizabeth W Paxton, William R Post, and Alfredo Schiavone Panni. *Lateral Retinacular Release: A Survey of the International Patellofemoral Study Group*. (May - June) 2004, *Arthroscopy*; 2004;20, 5: 463-468.
2. Rene J Abdalla, Moises Cohen, Carlos Gorios e Jefferson Roveda. "Release" Lateral de Patela: Revisão de Conceitos. *Rev Bras Ortop* 1994; 29; 8:536-540.
3. J. Christoforakis, A M J Bull, R K Strachan, R Shymkiw, W Senavongse and A A Amis. *Effects of Lateral Retinacular Release on the Lateral Stability of the Patella*. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2006; 14:273-277.
4. Freddie H Fu and Michael G Maday. *Arthroscopic Lateral Release and the Lateral Patellar Compression Syndrome*. *Orthop Clin North Am* 1992; 23;4:601-612.
5. D J Dandy and S S Desai. *The Results of Arthroscopic Lateral Release of Extensor Mechanism for Recurrent Dislocation of the Patella After 8 Years*. *Arthroscopy* 1994;10; 5:540-545.