

Tratamento Cirúrgico dada Instabilidade Patelofemural: Modificação da Técnica Roux-Emslie-Trillat

Caetano Scalizi Junior, Rodrigo Pires de Araujo, Wolf Akl Filho, Rogerio Teixeira de Carvalho, Renato Akira Iwashita, Alexandre Silva Calixto

RESUMO

As instabilidades patelares apresentam uma ampla variedade de opções terapêuticas.

Os autores descrevem a técnica Roux-Elmslie-Trillat, seu manejo pré-operatório e os cuidados no pós-operatório.

SUMMARY

The patellar instability presents a wide variety of treatment options.

The authors describe the technique Roux-Elmslie-Trillat, its handling preoperative and postoperative care.

INTRODUÇÃO

A instabilidade da articulação patelofemural é uma patologia multifatorial. Acomete entre sete a quarenta e nove pessoas por 100.00 habitantes e é responsável por aproximadamente 11 % das queixas musculoesqueléticas, com destaque para os indivíduos jovens e do sexo feminino².

Os pacientes com instabilidade podem apresentar varias anormalidades como displasia troclear, hipoplasia da patela, patela alta, genu recurvatum, frouxidão ligamentar e ângulo quadríceps (ângulo Q) aumentado. O ângulo Q é influenciado pela anteversão femoral, torção tibial e pelo alinhamento do membro inferior. Uma medida indireta do ângulo Q é através da medida tomográfica da distancia da tuberosidade anterior da tibia (TAT) a área mais profunda da tróclea (TAGT).

1-Médico Estagiário do Grupo do Joelho do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo - IAMSPE

2-Médico Assistente do Grupo do Joelho do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo - IAMSPE

3-Chefe do Grupo do Joelho do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo - IAMSPE

O tratamento conservador é o primeiro a ser instituído, com bons resultados na maioria dos casos. O tratamento cirúrgico está reservado para casos selecionados e refratários ao tratamento conservador. Muitas técnicas cirúrgicas são descritas; nestas incluem os procedimentos de realinhamento proximal, realinhamento distal ou a combinação de ambos ¹. Os procedimentos de realinhamento proximal alteram dinamicamente a posição latero-lateral da patela através do equilíbrio dos tecidos moles proximais. Incluídos nesta categoria estão a liberação lateral, plicatura do retináculo medial, avanço do vasto medial oblíquo e reconstrução ou reparo do ligamento patelofemoral medial. Os procedimentos de realinhamento distal modificam a posição da patela de latero-lateral, antero-posterior, proximal-distal por transferência do tubérculo tibial. Incluídos nesta categoria estão a cirurgia de Rox-Goldthwait, Maquet, Elmslie-Trillat, Fulkerson, Rox-Elmslie-Trillat e Hauser.

A técnica Roux-Elmslie-Trillat é indicada nos casos de instabilidade patelar crônica nos pacientes com TAGT > 20 mm. O procedimento consiste na medialização da TAT associado à liberação lateral e retensionamento medial. A hiperpressão medial e a artrose patelofemoral são complicações temidas. Nos pacientes com patela alta associada (insall > 1,2) pode ser indicado a distalização da TAT.

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

O exame clínico detalhado, associado aos exames de imagem auxilia na identificação das anormalidades anatômicas que favorecem a instabilidade. Nas radiografias é necessário avaliar o ângulo do sulco troclear, morfologia da tróclea e da patela, congruência articular, a inclinação patelar e o alinhamento do membro inferior (Figura 1). Na tomografia computadorizada a versão femoral, a torção tibial e o TAGT devem ser identificados (figura 2-6). A ressonância magnética é necessária para avaliar retináculo medial, o ligamento patelofemoral medial e possíveis lesões condrais.



Figura 1 – Radiografias frente joelho bilateral, com identificação da lateralização importante da patela do joelho esquerdo.



Figura 2: Tomografia joelho esquerdo corte sagital com identificação da altura patelar com índice patelar de 1,64 pelo método Insall-Salvati

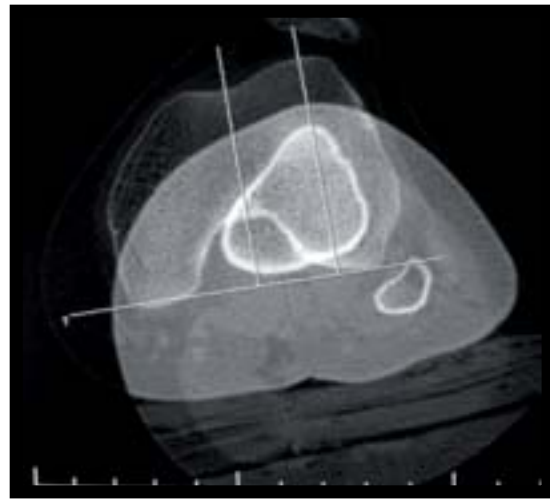


Figura 3: Tomografia joelho esquerdo com identificação TAGT de 21

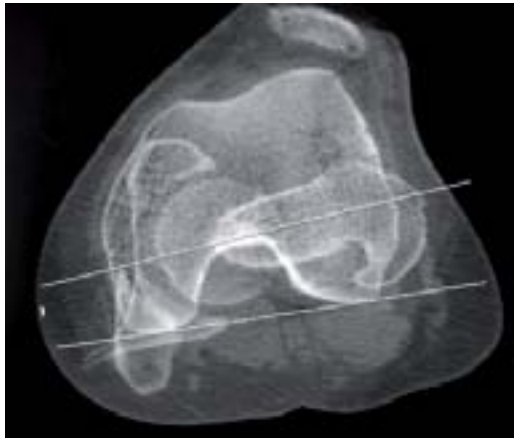


Figura 4: Tomografia computadorizada com medida da anteversão femoral de 15 graus

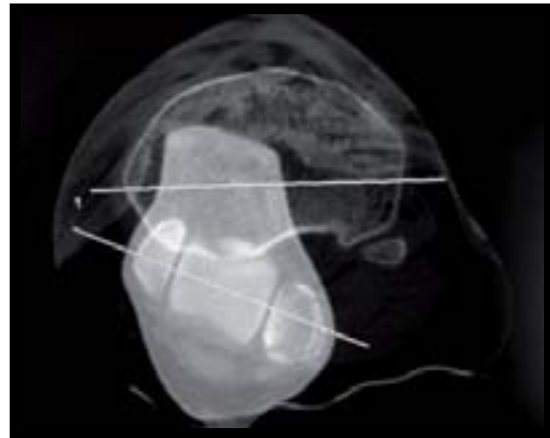


Figura 5: Tomografia computadorizada com identificação torção tibial externa de 25 graus



Figura 6: Tomografia computadorizada com medida do ângulo do sulco de 133 graus

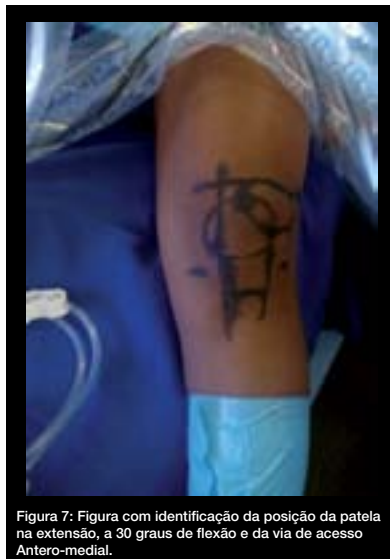
PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

O paciente apresentava instabilidade patelar crônica, com TAGT de 21 mm, altura patelar de 1,67, pelo método de Insall-Salvati, retração retináculo lateral e atenuação do retináculo e do ligamento patelofemoral medial. Foi indicado neste caso a medialisção, distalização e anteriorização da TAT associado a liberação medial e retensionamento medial. A anteriorização foi indicada com o objetivo de diminuir a hiperpressão medial e a possível progressão para osteoartrose.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Iniciamos o procedimento pela realização da artroscopia, com avaliação dinâmica da congruência articular, identificação de possíveis lesões condrais e realização da liberação lateral na presença de retração do retináculo lateral.

Através do acesso antero-medial identificamos o tendão patelar e a tuberosidade anterior da tíbia (figura 7-8).



Realiza-se a osteotomia da TAT com comprimento de 7 cm e 1,5 cm de largura (figura 9). Um fragmento da porção distal é destacado para permitir a distalização da TAT com o objetivo de alcançar uma altura patelar normal, que pelo método de Insall é 1,0 (figura 10).



Um fragmento ósseo corticoesponjoso triangular com 2 mm de largura retirado do fragmento distal da TAT foi interposto na osteotomia para a anteriorização

Realiza-se a fixação provisória com fio kischer 2,0 mm do fragmento distal após a distalização do fragmento (figura 12). A medialização do fragmento proximal é realizada através da rotação do fragmento com o objetivo de normalização do TAGT. Neste caso com TAGT de 21 mm realizamos 7 mm de rotação para obter um TAGT de 14. A fixação definitiva do fragmento é realizada com dois parafusos corticais de 4,5mm, com o princípio da compressão interfragmentar (figura 13).



Após os realização do realinhamento distal é necessário a realização do realinhamento proximal para o retensionamento das estruturas mediais complacentes. Através

acesso na borda supero-medial da patela realiza o avanço e retensionamento das estruturas mediais com auxílio de duas ancoras metálicas (figura 14-15). Após a realização do realinhamento proximal observamos a normalização da orientação das fibras do tendão patelar e a ótima congruência articular na artroscopia (figura 16-17-18).



Figura 14: Acesso borda supero-medial da patela



Figura 15: Avanço e retensionamento estruturas mediais



Figura 17 e 18: Tendão patelar com as fibras verticalizadas e ótima congruência



Figura 19: Radiografias Joelho esquerdo frente e perfil pós-operatória

PÓS-OPERATÓRIO

O joelho é imobilizado com tala inguinomaleolar com 15 graus flexão por três semanas. Exercício isométrico e a mobilização passiva são iniciados no primeiro dia pós-operatório, com limitação de até 90 graus de flexão nas primeiras quatro semanas. A carga parcial é liberada após quatro semanas, com progressão gradual até oito semanas, a partir da qual inicia-se exercícios cadeia cinética fechada. O retorno as atividades esportivas é liberada após oito meses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1)Caton JH, Dejour D. Tibial Tubercle osteotomy in patella-femoral instability and in patellar height abnormality. Int. orthopaedic. 2010;34:305-309
- 2)Redziniak ED, Diduch RD, Mihalko MW, Fulkerson PJ, Novicoff MW, Sheidani-Rad S, Saleh JK. Patellar Instability. J bone Surg Am. 2009;91:2264-2275
- 3)Endres S,Wilke A. A 10 year follow-up atudy after Roux-Elmslie-Trillat treatment for cases of patellar instability. BMC Musculoskeletal Disorders; 2011 12:48