

<http://traumatologiaeortopedia.com/>

<http://ortopediabrasil.blogspot.com.br/>

MENISCOS :

- Lateral : circular c/ largura antero-posterior uniforme
- Medial : formato de meia lua
- Ligamento cruzado anterior: estende-se da face medial do côndilo lateral até a área intercondileana anterior .
- Ligamento cruzado posterior : origina-se da face lateral do condilo medial inserindo-se na área intercondilar posterior

LESÕES MENISCAIS

I – GENERALIDADES:

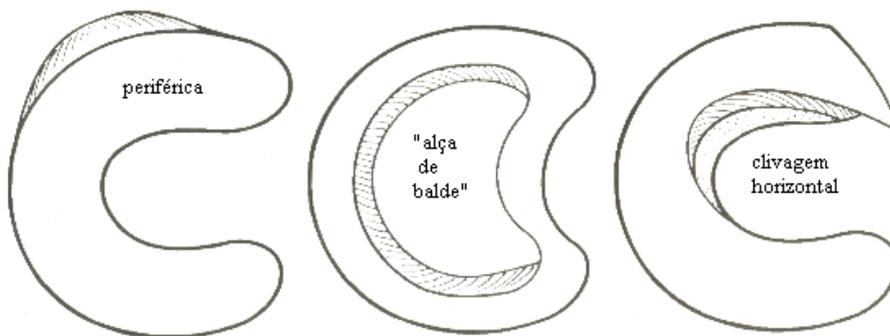
=> O menisco é uma estrutura fibrocartilaginosa, formada por fibras colágenas radiais (disposição radial e paralela à superfície articular) e circunferenciais (dispostas na periferia do menisco). A carga axial do fêmur em direção à tibia é transmitida pelas fibras radiais em direção às circunferenciais de forma a deslocar o menisco lateralmente

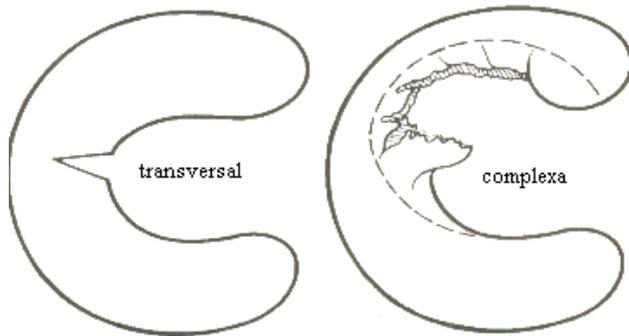
=> Funções do menisco: transmissão e absorção de forças (principalmente quando flexionados), estabilização do joelho, propriocepção (presença de receptores proprioceptivos no corno posterior do menisco medial), proteção das superfícies ósseas articulares, lubrificação articular

=> Mecanismo de lesão: trauma rotacional com o joelho em extensão ou flexão. Se for em rotação medial a lesão é interna e rotação lateral a lesão é externa .

=> As lesões do menisco medial são mais comuns que as do menisco lateral. No menisco medial as lesões se iniciam no corno posterior e no menisco lateral no corno anterior

=> As lesões meniscais podem ser classificadas em traumáticas ou degenerativas, quanto à região (corno anterior, corpo e corno posterior) ou quanto à morfologia :





=> As lesões meniscais traumáticas são mais comuns em jovens do sexo masculino e esportista. Estas lesões costumam ser periféricas, radiais ou associadas à lesão ligamentar (neste caso se não tratadas tornam-se degenerativas ou complexas)

=> Quadro clínico: crises com intervalos assintomáticos (dor + edema + limitação funcional), bloqueio articular (se a lesão for em alça de balde). Nas lesões degenerativas a dor também pode aparecer no repouso. O exame físico é composto pelas manobras de Apley, McMurray, Steimam e Duck Walk Test

=> A RNM é considerado o padrão ouro dos exames de imagem para avaliação dos meniscos. O tratamento deve ser indicado com base nos achados clínicos sendo a RNM importante para detectar lesões associadas (lesões condrais ou contusões ósseas) ou documentar as lesões pelo caráter legal ou acadêmico.

II – TRATAMENTO :

=> Conservador: indicado em lesões degenerativas, fissuras incompletas ou lesões periféricas pequenas. A fisioterapia visa diminuir o derrame articular, a dor e a incapacidade funcional.

=> Cirúrgico: pode ser feita suturas meniscais, meniscectomias total ou parcial.

- suturas: a preservação do menisco deve ser sempre tentada especialmente se a lesão for periférica (região vascularizada). Existem 03 técnicas disponíveis sendo melhor executadas por via artroscópica: inside-out (preferência), outside-in e all inside

- meniscectomia: indicada quando a sutura não for possível principalmente nas zonas intermediárias e brancas, além das lesões degenerativas. Na meniscectomia parcial deve-se tentar preservar o contorno meniscal sempre que possível e na total deve-se tentar preservar as fibras circunferenciais (meniscectomia intramural)

MENISCO DISCÓIDE

I – GENERALIDADES:

- ⇒ Anormalidade no qual o menisco possui a forma discóide (arredondada) ao invés de semilunar, cobre quase toda a superfície do platô tibial. **Geralmente é bilateral e acomete mais frequentemente o menisco lateral (raro o acometimento do menisco medial)**
- ⇒ Classificação: - Hipermóvel (hipertrofia ligamento de Wrisberg): possui apenas um elo de ligação posterior **através do lig de Wrisberg, não está ligado ao platô tibia**. Durante a extensão do joelho ele desloca-se medialmente (devido à tensão lig menisco femoral) e na flexão ele retorna ao local (relaxa o ligamento menisco femoral c/ contração do tendão poplíteo e ligamentos coronarianos) gerando uma creptação ou “som surdo”.
 - Completo: os **ligamentos posteriores estão intactos (meniscefemorais e**

meniscotibiais), portanto não há hiper mobilidade. Corresponde ao tipo de desenvolvimento embriológico anormal e Watanabe subdividiu em completo e incompleto (este difere apenas no tamanho pois é menor

II – QUADRO CLÍNICO:

=> A queixa principal é a crepitação durante a flexo extensão do joelho. Porém é assintomático nos primeiros anos da infância. No tipo de Watanabe a crepitação é produzida pelo movimento do côndilo femoral sobre o menisco discóide degenerado.

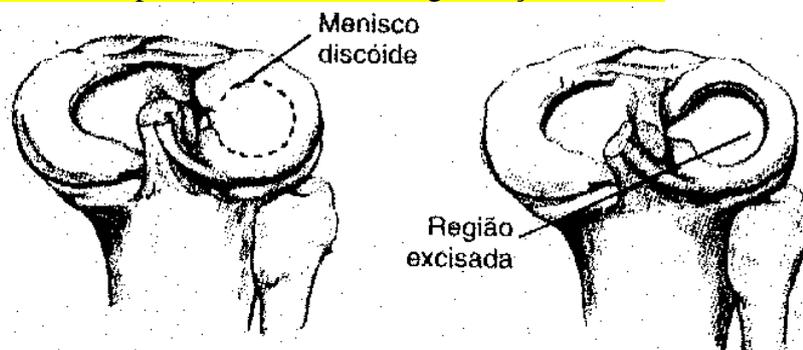
=> Diagnóstico diferencial: prega sinovial, subluxação congênita tibiofemoral, subluxação patelo femoral, crepitações de tendões ao redor do joelho, cisto meniscal .

=> A RNM do joelho é o exame de escolha para determinar o menisco discóide

III – TRATAMENTO:

=> Conservador: dor e incapacidade mínima, realiza-se a fisioterapia(reforço do quadríceps), restrição das atividades físicas

=.Cirúrgico: é indicado quando o joelho trava com frequência causado dor e limitação funcional. A meniscectomia total está indicada em meniscos de Wrisberg ou meniscos degenerados. A meniscectomia parcial transforma o menisco discóide em semilunar sendo indicado nos tipos embrionários c/ degeneração mínima



Discóide Congênito

Menisco

Diagnóstico: Etiologia desconhecida, ambos os sexos, pouco freqüente (lateral 1% a 3%, pp pop asiática, raro no medial), O menisco é + espesso e côncavo e c/ maior mobilidade, aumentando o afastamento da tíbia e fêmur, promove compressão nas cartilagens hialinas aumentando a pressão no compartimento lateral do joelho.

Quadro Clínico: sintomas iniciais de sinovite, dor articular progressiva após atividade, derrame, mais tarde bloqueio, pacientes não tratados podem evoluir p/ artrose irreversível precoce. O diagnóstico é quase sempre tardio (após 5 anos), falseio, ruídos articulares, claudicação, redução das atividades, ressalto do menisco discóide no exame, atrofia de quadríceps.

Classificação: 3 tipos: tipo1-completo: tamanho e altura maior, pressão femorotibial, mobilidade maior que o nl, inserções comprometidas ou não, tipo2-intermediário: tamanho nl e menos espessura, mobilidade maior devido ausência de inserções, tipo3-

infantil: tamanho e espessura nl, única alteração é a forma discóide.

Exames: 1-RX: aumento do espaço articular lateral e depois depressão articular, esclerose subcondral.

2-Artrografia: c/ duplo contraste visualiza a forma e tamanho do menisco.

3-artroscopia: diagnóstica e tratamento.

4-RNM: evidencia c/ muita clareza o menisco.

Tratamento: quase sempre cirúrgico, não há consenso entre aberta e artroscópica: reinserção posterior e regularização, pós op: imobilização por 2 a 3 semanas se aberta

LESAO MENISCAL

Anatomia:

O menisco é constituído de fibras colágenas divididas em longitudinais ou circunferenciais (periferia: rim meniscal) e radiais (da zona livre para a periferia). A deformação do rim meniscal na absorção de carga e o efeito “arco de corda”.

Ao nascimento e completamente vascularizado, originado do mesmo blastema dos ligamentos cruzados, porém na vida adulta somente 10 a 30 % da periferia é vascularizada

São em forma de crescente, sendo o lateral mais móvel e circular. Os cornos anteriores são unidos pelo ligamento transversal.

Funções:

- transmissão de carga
- absorção de impacto
- congruência articular
- estabilização (ausência do menisco aumenta a translação em 4 a 5 vezes)

Classificação: de acordo com o padrão de ruptura

- longitudinal: quando estensa forma “alça de balde”
- oblíquas ou em “flap”: mais freqüente no menisco medial
- radiais: podem dividir o menisco em 2 partes (equivalendo nesses casos a meniscectomia total)
- horizontais: relacionadas a degeneração (idosos)

Clinica: dor, falseio, derrame articular, travamento (alça de balde)

*Mc Murray, Apley, Steinman

Exames: o melhor método diagnóstico é a RNM devido a alta sensibilidade (90%-96%)

T1: menisco escuro ou baixa intensidade com líquido presente no interior com sinal intermediário

T2: idem T1, porém com líquido brilhante ou hipersinal

Tratamento: depende da idade, localização, tamanho, estabilidade e tempo de lesão

- estável, movimentação < 3mm, < 1cm comprimento: apenas desbridamento e abrasão

- instável e 2/3 centrais: meniscectomia parcial

- sutura (lesão ideal): jovem, longitudinal, aguda, periférica, zona vermelha-vermelha, joelho estável ou sendo submetido a reconstrução do LCA

*técnica: boa visualização / desbridamento (leito sangrante) / redução anatômica / sutura ou fixação estável / proteção do reparo até cicatrização / joelho estável

- outside-in: corno anterior

- inside-out: corno médio e posterior

- all inside: material de sutura absorvível dentro da articulação

*** o menisco lateral e o mais lesado na lesão aguda do LCA
56% x 37% (menisco medial)**

<http://traumatologiaeortopedia.com/>

<http://ortopediabrasil.blogspot.com.br/>