



Ricardo Cury com diretoria do Grupo do Joelho de Campinas: atualização em lesão multiligamentar



## Como tratar as lesões multiligamentares

Causada principalmente por acidentes de trânsito, cujos índices são muito altos no Brasil, as Lesões Multiligamentares do Joelho foram tema da Reunião de Revista do Grupo de Estudo do Joelho de Campinas realizada no dia 19 de agosto,

que recebeu o ortopedista e professor Dr. Ricardo Cury, presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho (2011/2012) e chefe do Grupo do Joelho do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Santa Casa de São Paulo.

De acordo com Dr. Cury, 50% dos casos de lesão multiligamentar do joelho no Brasil estão relacionados a acidentes de automóveis e motocicletas, entre 30 e 40% são consequência de lesões esportivas e 10% são provocados por quedas da própria altura. E o agravante é que entre 5 e 17% dos casos das lesões multiligamentares, as luxações são expostas. "A grande preocupação é quando envolve lesão vascular", afirma.

Em sua aula, Ricardo Cury fez algumas considerações importantes na abordagem desse tipo de problema, como:

- Realizar de forma seletiva o uso de fixador externo no pré-operatório.

“É uma honra falar ao Grupo do Joelho de Campinas, que é pioneiro nesse modelo de reunião no Brasil.”

Ricardo Cury

- Na avaliação vascular incluir exame clínico seriado juntamente com ABI, e uso de arteriografia seletiva.
- O tratamento deve ser feito na fase aguda e de todos os ligamentos se possível.
- É preferível reconstruir LCA e LCP a reparar.
- A reconstrução do CPL é preferível à reparação em um ou dois tempos com a reconstrução do LCA/LCP.
- A reconstrução ou reparação do CPM deve ser feita em um ou dois tempos com a reconstrução do LCA/LCP.

construção do LCA/LCP.

- Enxertos homólogos ou autólogos podem ser utilizados para reconstrução de todos os ligamentos; considerar a morbidade do sítio doador no uso dos enxertos autólogos.

## Discussão de artigos

A Reunião de Revistas do Grupo do Joelho trouxe dois artigos para leitura e discussão. O primeiro foi *Surgical management of osteochondritis dissecans of the knee in the paediatric population: a systematic review addressing surgical technique*, apresentado pelo Dr. Danilo Mendonça. Sobre o tema osteocondrite dissecante, o presidente do Grupo do Joelho, Dr. Wilson Mello, destacou três pontos: Quanto mais jovem o paciente maior o potencial de cicatrização; o ortopedista deve fazer con-

tato com o radiologista para esclarecer quanto aos aspectos da ressonância; e no caso de fragmento instável deve se fazer a fixação. "Na minha visão, se for estável é apenas observar", disse.

O segundo artigo - *The Surgeon's Role in Relative Success of PCL-Retaining and PCL-Substituting Total Knee Arthroplasty* - foi apresentado pelo Dr. Francisco Nunes. Nesse artigo, uma das conclusões apresentadas é de que a melhor prótese é

aquela que o cirurgião faz melhor e que traz os melhores resultados, não havendo necessidade de mudança de técnica sempre que aparece uma novidade no mercado. "O principal papel do cirurgião é fazer o que ele sabe fazer", concluiu Dr. Nunes.

A Reunião de Revistas do Grupo de Estudo do Joelho de Campinas acontece toda terceira terça-feira do mês no Vitória Hotel, e tem apoio da Implamed e Imact Campinas.