

Avaliação de pacientes com dor patelo-femoral

David Thompson PT, M. Phty (Manip), MCPS, MPCP

www.terapiamaneual.com.br

Atletas e outros pacientes com dor anterior em joelho são frequentemente persistentes na busca por tratamento já que a participação em esportes e atividades diárias podem ser afetadas substancialmente pela dor. Em um estudo retrospectivo de 250 atletas, Blond e Hanses (1998) encontrou que muitos atletas continuam a ter problemas mesmo após um programa de tratamento conservador. Felizmente, muitos pacientes melhoram com um tratamento conservador apropriado. Um diagnóstico preciso é a chave para se traçar um ótimo programa de reabilitação. Quando o problema é intratável a intervenção cirúrgica pode ser necessária.

CAUSAS DE DOR PATELO-FEMORAL

Há seis principais estruturas anatômicas que são fontes de dor patelo-femoral: osso subcondral, sinóvia, retináculo, pele, músculo e nervo. Estas estruturas podem ser afetadas por diversos fatores, incluindo doenças sistêmicas, mas na fisioterapia e na medicina ortopédica esportiva, as razões mais comuns para dor anterior no joelho são overuse, desalinhamento patelo-femoral e trauma. Diversos autores expuseram a teoria que o alinhamento patelar anormal é com frequência a causa subjacente dessa dor (Fulkelson 1997; Grelsamer 2000). Dye et al 1999 enfatizou que uma atividade óssea subcondral está associada com dor anterior em joelho. Eles enfatizam a importância da resolução espontânea da dor anterior em joelho com o passar do tempo. Não importando se a dor ocorre devido a trauma direto, overuse, mal alinhamento ou uma combinação de fatores, o repouso sempre reduz os sintomas. Aliviar o stress no osso subcondral e em outras estruturas irritadas possivelmente permite a remissão dos sintomas.

Ainda que opiniões variem, há pouca dúvida que um desequilíbrio (mal alinhamento) do mecanismo extensor pode levar a uma sobrecarga do retináculo e do osso subcondral. O resultado do desequilíbrio patelofemoral ou de lesão é a ativação de fibras nociceptivas no osso, sinóvia ou retináculo, o que resulta em dor. Se há um desequilíbrio crônico, esta ativação pode ser auto-perpetuante até que o desequilíbrio seja corrigido por reabilitação ou cirurgia. Quando a irritação ou ativação de nociceptores é por overuse ou lesão direta, o repouso e a remoção dos fatores incitantes frequentemente produz alívio.

Uma sobrecarga repetitiva e de alta frequência aplicada a um mecanismo extensor desalinhado leva em alguns atletas à dor persistente e debilitante. Quando a articulação patelo-femoral se torna sobrecarregada e irritada pode ocorrer degeneração subcondral secundária, lesões retinaculares crônicas (Fulkelson 1982), pequenas lesões em nervos (Butler 2000) ou irritação da sinóvia peripatelar.

Trauma direto, por outro lado, pode causar uma lesão finita na sinóvia ou músculo peripatelar, no retináculo, na superfície articular ou na pele. A dor como resultado de excesso de treinamento, como na sobrecarga repetitiva, pode responder ao repouso (já que as estruturas afetadas podem se recuperar por processos normais).

Quando o repouso, o tempo e medidas conservadoras apropriadas falham em aliviar a dor e a incapacidade, a intervenção cirúrgica pode ser justificada para eliminar lesões específicas ou um desequilíbrio patelo-femoral (subluxação ou tilt). Apenas a cirurgia que é destinada a problemas definidos e específicos é indicada.

Para se fazer o diagnóstico correto, o clínico sábio deve ouvir cuidadosamente o paciente a fim de determinar a origem da dor. Colher a história é extremamente importante em pacientes com dor patelo-femoral.

As primeiras questões devem se relacionar ao início da dor. Ela ocorreu espontaneamente ou houve uma lesão específica? Se a dor ocorreu após uma cirurgia prévia, isso pode sugerir dor por tecido cicatricial, neuroma ou irritação local (talvez produzindo a liberação de substância nociceptiva P). Dor de início insidioso e espontâneo tem maior probabilidade de estar relacionada a um problema inerente como mal alinhamento. Dor espontânea também pode ocorrer num atleta que cria um overuse das estruturas retinaculares à frente do joelho. Trauma direto, naturalmente, pode esmagar a cartilagem articular. Essa informação deve complementar e dirigir o exame físico. Ex: uma lesão direta geralmente causa mais dano à cartilagem patelar proximal, produzindo dor e crepitação da patela com o joelho entre 70 e 120 graus de flexão.

Um início espontâneo da dor pode ser resultado de overuse, portanto estabelecer o nível de atividade do paciente e a associação da dor com a atividade irá ajudar a estabelecer a origem desta. O paciente sente dor durante uma corrida (joelho estendendo) ou durante atividades com flexão excessiva de joelho como durante o agachamento?

Peça ao paciente para apontar com um dedo o local da dor. Surpreendentemente a maioria consegue fazer com boa precisão. Ouça a medida que o paciente descreve sua dor. É a dor vaga e difusa ou em pontada e bem localizada? É intermitente ou constante? Quanto está relacionada à atividade? É a dor profunda e "atrás da patela" ou mais superficial? Está acima ou abaixo da patela? Se irradia para cima ou para baixo?

Procure saber de outros problemas ou condições. A doença de Lyme pode se manifestar como um único joelho inchado e doloroso. Pergunte sobre rash cutâneo, gota, outras condições médicas, problemas no quadril e a saúde geral do paciente. Problemas no quadril em particular podem produzir dor anterior no joelho.

Verifique se houve instabilidade associada com a dor. Houve deslocamento ou episódio de falta de controle? Houve travamento ou a sensação de um fragmento solto dentro do joelho? Essa é a hora de se determinar se a incapacidade primária do paciente está relacionada à dor ou à instabilidade. Se o problema é de instabilidade, quando há a perda de controle do joelho, com qual frequência e em que grau de flexão isso ocorre?

Os fatores agravantes típicos para a dor anterior em joelho de origem patelo-femoral são subir e descer escadas, agachamento e levantar-se de uma cadeira, particularmente depois do repouso. Geralmente a dor se reduz depois de movimentos gentis sem carga, entretanto, se estiver muito agravada, pode levar um longo período de repouso para a mesma diminuir. O uso de medicação antiinflamatória raramente ajuda aqueles que sofrem de problemas patelo-femorais de longa data. Braces e suportes para o joelho são igualmente ineficazes.

É essencial através do exame subjetivo confirmar a articulação patelo-femoral como

fonte de dor do paciente/atleta. Apenas então um tratamento específico pode ser aplicado com a expectativa de sucesso, ou seja, eliminação da dor.

Referências

Blond L, Hansen L: Patellofemoral pain syndrome in athletes: A 5.7-year retrospective follow-up study of 250 athletes. Acta Orthop Belg 64: 393-400, 1998

Butler D: Mobilization of the Nervous System. Churchill Livingstone 2000.

Dye SF, Staubli HU, Biedert RM, et al: The mosaic of pathophysiology causing patellofemoral pain: Therapeutic implications. Oper Tech Sports Med 7: 46-54, 1999

Fulkerson JP: Anterolateralization of the tibial tubercle. Tech Orthop 12: 165-169, 1997

Fulkerson JP: Awareness of the retinaculum in evaluating patellofemoral pain. Am J Sports Med 10., 147-149, 1982

Grelsamer RP: Current concepts review: Patellar malalignment. J Bone Joint Surg 82A: 1639-1650, 2000