

DOR ANTERIOR EM JOELHO: ESTAMOS TRATANDO CORRETAMENTE?

AUTORES

Mirela Ruiz Garcez NOVAIS

Yasmim Daiane BELÃO

Discentes do curso de Fisioterapia UNILAGO

Diego Ramos RIBEIRO

Docente do curso de Fisioterapia UNILAGO

RESUMO

Introdução: Dor anterior em joelho é comum em adolescentes e adultos, é uma dor que ocorre ao redor ou atrás da patela que pode piorar através de atividades que incluem correr, subir escadas, pular e agachar. Acredita-se que a diminuição da força do quadríceps ou a instabilidade patelar pode acarretar essa dor anterior. O mecanismo valgo dinâmico pode estar associado e é mais comum no sexo feminino, assim podendo ser maior a incidência em mulheres. Seu diagnóstico é feito com base na história clínica do paciente e exames físicos. **Objetivos:** Verificar se pacientes que possuem esse diagnóstico, realizaram tratamento e qual tratamento foi estabelecido e se foi efetivo. **Métodos:** Foi realizado captação de pacientes com o diagnóstico de dor anterior em joelho por meio de redes sociais e utilizado plataformas on-line, onde o avaliado respondeu um questionário que ficou gravado no sistema e analisado. Utilizado um questionário elaborado pelos avaliadores, composto por uma ficha de anamnese geral contendo: dados pessoais, questões relacionadas a dor anterior em joelho e tratamento realizado pelo paciente. Esses dados serão analisados utilizando uma visão descritiva de cada variável do estudo, podendo assim caracterizar essa patologia. **Conclusão:** De acordo com os dados obtidos, os participantes são normalmente adultos jovens a idosos, de ambos os sexos, que tem diagnóstico há anos e não realizam tratamento fisioterapêutico para ganho de analgesia e melhora da ATVD's (atividades de vida diárias).

PALAVRAS - CHAVE

Síndrome da dor patelofemoral; Articulação do joelho; Tratamento conservador.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Sizínio (1998), o joelho é uma articulação de carga, com grande amplitude de movimento, encontrado na área central do membro inferior. Realiza movimentos de rolamento, deslizamento e rotação interna e externa.

É constituído por dois ossos da perna, fêmur e tíbia; seus ligamentos são os ligamentos colateral medial, ligamento colateral lateral, ligamento cruzado anterior e ligamento cruzado posterior (GREGORUT, 2019).

Sendo composto pelos músculos, vasto medial, vasto lateral, vasto intermédio, reto femoral (realizam a extensão), bíceps femoral, semitendinoso e semimembranoso (realizam a flexão), tensor da fáscia lata (realiza rotação lateral e promove estabilidade articular) e o sartório (realiza rotação medial) (NETTER, 2000).

Segundo Sameer (2007), dor anterior em joelho é comum em adolescentes e adultos, é uma dor que ocorre ao redor ou atrás da patela que pode piorar através de atividades que incluem correr, subir escadas, pular e agachar.

Acredita-se que a diminuição da força do quadríceps ou a instabilidade patelar pode acarreta essa dor anterior. O mecanismo valgo dinâmico pode estar associado e é mais comum no sexo feminino, assim podendo ser maior a incidência em mulheres. Seu diagnóstico é feito com base na história clínica do paciente e exames físicos.

Na realização da ressonância magnética dinâmica demonstra que os pacientes ao agacharem o joelho realiza uma lateralização e inclinação lateral da patela. Onde o valgo funcional ou dinâmico pode estar influenciando, levando á está lateralização. Por conta de um desequilíbrio na ativação do músculo vasto medial oblíquo e músculo vasto lateral. Este colapso em valgo durante o agachamento com uma perna pode indicar fraqueza dos abdutores do quadril. Fraqueza da força muscular nos músculos glúteos médio e máximo ocorre aumento do valgo do joelho após aterrissagem no salto (PETERSEN, 2010).

Para Monnerat *et al*, (2010), o tratamento conservador irá corrigir o mal alinhamento da patela com fortalecimento dos estabilizadores dinâmicos da patela.

Marczyk e Gomes (2006), citam que após 48 horas do trauma pode realizar exercícios isométricos, para manter o trofismo dos músculos quadríceps, adutores, abdutores e isquiotibiais. Após o ganho de analgesia é indicado movimentação passiva e ativa da articulação. Exercícios contra resistência devem ter a progressão lenta, dependendo da dor, derrame e força muscular. É indicado alongamento da banda iliotibial, para que não haja encurtamento pois pode haver lateralização da patela, e alongamento para os isquiotibiais para não encurtar e acarretar em uma pressão maior na articulação femoropatelar.

Fortalecer o músculo vasto medial através da cinesioterapia ativa, é importante pois ele é um estabilizador dinâmico da patela em lateralizar-se (DOMINGUES, 2008).

Segundo Ferreira *et al* (2008), realizar atividade aquática é indicada, pois irá neutralizar o impacto sobre as articulações. Como também exercícios isotônicos pendulares, respeitando sua amplitude de movimento em relação a dor. Eles mantêm a estabilidade articular e o equilíbrio nos grupos musculares antagonista (flexores e extensores, adutores e abdutores).

Fortalecer o vasto intermédio e vasto medial ajuda no posicionamento da patela (MONNERAT *et al*, 2010).

Exercícios de alongamento ativo, agachamento, exercícios de quadríceps estáticos, levantamento ativo de perna, leg press, exercícios para fortalecimento dos abdutores do quadril, exercícios de estabilização de tronco, incluindo o reto abdominal, exercícios de cadeia cinética aberta e fechada, treinamento de equilíbrio e

proprioceptivos. Bandagem elástica é aplicada para realizar uma força dirigida medial neutralizando a patela, aliviando a dor anterior no joelho (PETERSEN, 2010).

Tratamento cirúrgico será considerado para os pacientes que não tiveram melhora dos sintomas durante o tratamento conservador. Os tipos de opções cirúrgicas vão incluir a liberação do retináculo lateral, que é o procedimento da cartilagem articular, realinhamento proximal e realinhamento distal. Pacientes com flexibilidade limitada nas estruturas laterais podem se beneficiar da liberação lateral, com realinhamento proximal em alguns casos. O realinhamento distal com anteromedialização do tupérculo tibial pode beneficiar aqueles com compressão lateral e lesão da cartilagem articular associada (SAMEER, 2007).

2. OBJETIVO

Verificar se pacientes que possuem esse diagnóstico, realizaram tratamento e qual tratamento foi estabelecido e se foi efetivo.

Verificar por meio eletrônico através de plataformas on-line e redes sociais, a porcentagem de pacientes com essa patologia.

3. METODOLOGIA

O presente estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade União dos Grandes Lagos e Plataforma Brasil. Todos os participantes serão informados do estudo e se aceitarem participarem do estudo assinaram o Termos de ciência Livre e Esclarecido. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional e transversal.

Será realizada captação de pacientes com o diagnóstico de dor anterior em joelho por meio de redes sociais e utilizaremos plataformas on-line, onde o avaliado responderá um questionário que ficará gravado no sistema para ser posteriormente analisado.

Será utilizado um questionário elaborado pelos avaliadores, que será composto por uma ficha de anamnese geral contendo: dados pessoais, questões relacionadas a dor anterior em joelho e tratamento realizado pelo paciente. Estará disponível no link: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfVVQ9jSjqEAC5w8q5FzdS97fvMXJMfESNx3chGp1uwjdnag/viewform?vc=0&c=0&w=1&flr=0>

Os dados serão analisados utilizando uma visão descritiva de cada variável do estudo, podendo assim caracterizar essa patologia.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Verificou-se que diante do questionário aplicado a 50 pessoas, sendo 17 pacientes do sexo masculino e 33 do sexo feminino, a média da faixa etária desses pacientes foi 42,9 anos. Dessas 50 pessoas, 62% sabem o que é; e 56% sabem seus sintomas; 58% não sabem a causa; 80% não sabiam que era comum no sexo feminino; 58% tem essa patologia á anos; 50% não realiza nenhum tratamento conservador; 52,8% que já realizaram algum tratamento conservador observou melhora da dor e na escala de EVA de 0 a 10 foi constatado 8 como média final do alívio da dor e 52% quando realizam o agachamento o joelho não entra em valgo dinâmico.

Assim como encontramos na literatura a dor anterior em joelho é mais comum no sexo feminino sendo de 50 pessoas, 33 do sexo feminino. Onde constatamos que os pacientes realizam o tratamento de modo

medicamentoso, tratando apenas os seus sintomas de imediato e não pensando nas alterações futuras nas suas atividades de vida diárias.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados obtidos, os participantes são normalmente adultos jovens a idosos, de ambos os sexos, que tem diagnóstico há anos e não realizam tratamento fisioterapêutico para ganho de analgesia e melhora da ATVD's (atividades de vida diárias).

6 REFERÊNCIAS

DOMINGUES CB. **Ativação seletiva do vasto medial por meio da cinesioterapia ativa.** Fisioterapia em Movimento, 2008; 21 (1):21-31.

FERREIRA, Cícero Leonardo de Souza. **Efeitos dos exercícios de musculação para o fortalecimento da musculatura da coxa em portadora de condromalácia patelar.** Coleção Pesquisa em Educação Física - Vol.7, nº3 – 2008 - ISSN: 1981 – 4313.

GREGORUT, Leandro. **Anatomia do joelho.** São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://drleandrogregorut.com.br/wp-content/uploads/2019/02/anatomia-do-joelho.pdf&ved=2ahUKEwi--qvamsbrAhUNGbkGHfqZBA4QFjALegQIARAB&usg=AOvVaw1fdy71Cnj-Gse1j-gdr4-q>>. Acesso em: 16 de agosto de 2020.

MARCZYK, Luiz Roberto Stigler. GOMES, João Luiz Ellera. **Instabilidade femoropatelar: conceitos atuais.** Rev Bras Ortop _Vol. 35, Nº8 – Agosto, 2006.

MONNERAT, Eduardo. *et al.* **Abordagem fisioterapêutica em pacientes com condromalácia patelar.** Fisioterapia Ser • vol. 5 - nº 1 • 2010.

NETTER, Frank H. **Atlas de Anatomia Humana.** 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PETERSEN W, Ellermann A, Liebau C, Brüggemann GP, Best R, Gösele-Koppenburg A, Semsch H, Albasini A, Rembitzki I. **Das patellofemorale schmerzsyndrom.** Orthopädische Praxis. 2010;46(8):34–42.

SAMEER DIXIT, M.D., JOHN P. DIFIORI, M.D., MONIQUE BURTON, M.D., BRANDON MINES, M.D. **Management of Patellofemoral Pain Syndrome.** Am Fam Physician. 2007 Jan 15;75(2):194-202. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2007/0115/p194.html>> Acesso em: 09 de março de 2021.

SIZÍNIO, Hebert; XAVIER, Renato. **Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática.** 2ª Edição. Porto Alegre: Art Med, 1998.