



ROTURA ISOLADA DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR DA ANATOMIA AO DIAGNÓSTICO (REVISÃO)



Joana Bento Rodrigues, Fernando Fonseca

INTRODUÇÃO: O Ligamento Cruzado Posterior (LCP) é o principal opositor primário à translação posterior da tíbia e o número de diagnósticos da sua rotura isolada tem vindo a aumentar graças ao maior conhecimento, habilidade e atenção para identificá-las, bem como ao crescente número de acidentes de viação que, somados aos traumatismos desportivos, compõem as principais causas de lesão. Não são consensuais as suas características anatómicas e funcionais tal como os métodos de diagnóstico a ser aplicados nessas lesões. Esta revisão pretende abordar de forma alargada a anatomia, biomecânica, apresentação clínica e exames complementares de diagnóstico, na rotura isolada do LCP.

MATERIAL: Pesquisa de livros de texto e artigos científicos de todos os níveis de evidência publicados e referenciados na Medline/ PubMed (Sites de Medicina Baseada na Evidência como Cochrane Library Data Base, BioMedNet, Best Evidence, ACP Journal Club, entre outros).

MÉTODOS: Fez-se uma pesquisa (em 2009-2010) na Pubmed/Medline com “posterior cruciate ligament” da qual resultaram 2884 artigos e foi consultada a bibliografia disponível; na selecção dos artigos que constam do trabalho consideraram-se os títulos, resumos e/ou leitura dos artigos, de acordo com a sua pertinência.

RESULTADOS: Constatam 47 citações no artigo final, que incluem três livros de texto, um estudo controlado, 19 publicações dos últimos 5 anos (cerca de 40%) e 41 dos últimos 10 anos (cerca de 81%); um estudo com nível de evidência 1b.



univadis.pt

DISCUSSÃO: O LCP consiste em numerosos fascículos de fibras, frequentemente considerado como consistindo em dois feixes funcionais – anterolateral e posteromedial. Para alguns autores¹, é uma simplificação arbitrária, considerando-o um continuum de fibras. O LCP é o restritivo primário à translação posterior da tíbia no joelho em extensão completa, desempenha um papel estabilizador secundário na estabilidade valgo-varo e rotações interna-externa. Os fascículos do LCP não são uniformemente tensos durante a mobilidade do joelho, com um comportamento mecânico característico sob diferentes condições de movimento e carga, sem função recíproca entre eles. A sua acção na translação posterior diminui drasticamente a 150º de flexão.² Há relatos da incidência da sua rotura isolada corresponder a 1 a 44% das lesões do joelho. Decorre de acidentes de viação e de actividades desportivas, geralmente por força anteroposterior na porção proximal da tíbia.

Estas lesões são relativamente bem toleradas e o sintoma mais comum é o desconforto (ou dor), não sendo claro se existe relação entre o grau de laxidão e a limitação nas AVD. O exame clínico pode ser diagnóstico, e consiste em vários testes. Pode recorrer-se a instrumentos de medição e exames complementares como a ecografia, radiografias simples e de stress e ressonância magnética (RMN) - gold standard.³ Não se verificou relação entre a estabilidade clínica e os achados na RMN.

CONCLUSÃO: O LCP é o restritivo primário à translação posterior da tíbia, com papel estabilizador importante, sem função recíproca entre os feixes anterolateral e posteromedial, com pouca actuação a grandes graus de flexão (150º). As lesões isoladas são frequentemente bem toleradas. Um exame físico cuidadoso pode ser diagnóstico e a ressonância magnética permanece o gold-standard dos exames complementares.

1. Mommersteeg TJ, Kooloos JG, Blankevoort L, et al. The fibre bundle anatomy of human cruciate ligaments. *J. Anat.* 1995;187 (Pt 2):461-471.
2. Li G, Most E, DeFrate LE, et al. Effect of the posterior cruciate ligament on posterior stability of the knee in high flexion. *J Biomech.* 2004;37(5):779-783.
3. Huyse WCJ, Verstraete KL. Health technology assessment of magnetic resonance imaging of the knee. *Eur J Radiol.* 2008;65(2):190-193.