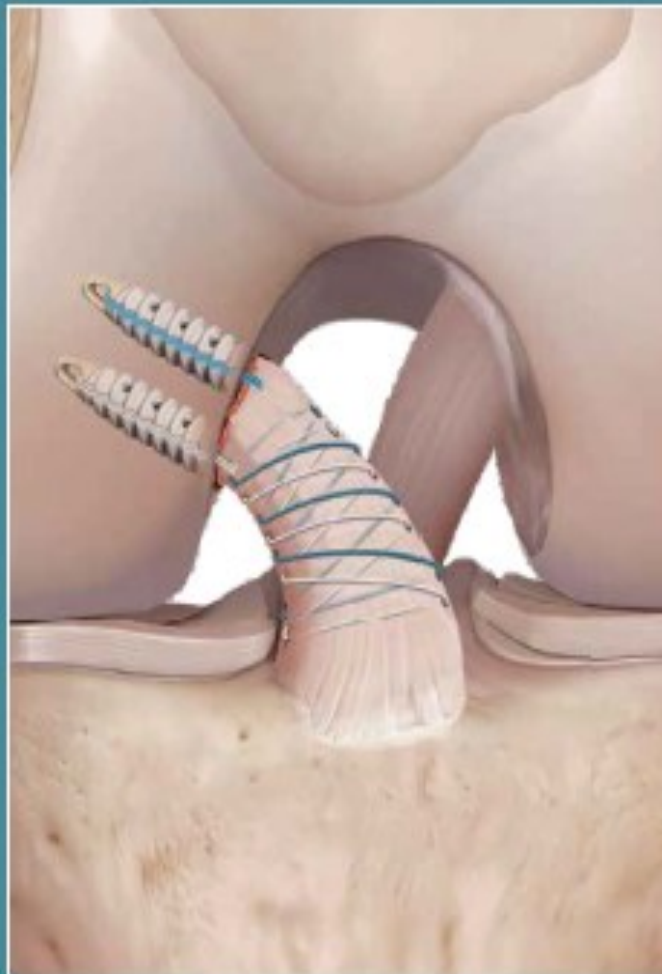


LCA

Técnica Cirúrgica



SELEÇÃO DO PACIENTE

Quando o paciente é escolhido para um reparo de LCA primário, é fundamental avaliar duas variáveis: a gravidade da lesão da parte femoral e se há lesão no coto. Um percentual maior de reparos primários do LCA historicamente tem sido em pacientes com lesões agudas que são encaminhados ao tratamento nas primeiras 2-3 semanas após a lesão e com lesão apenas proximal (figuras 5 e 6).

Outras variáveis como idade e nível de atividade e mecanismo da lesão também precisam ser considerados para decidir se a fixação do LCA primária deve ser feita ou se é melhor optar por uma reconstrução do LCA convencional.



Figura 5: sagittal T1 MRI mostrando lesão proximal do LCA.



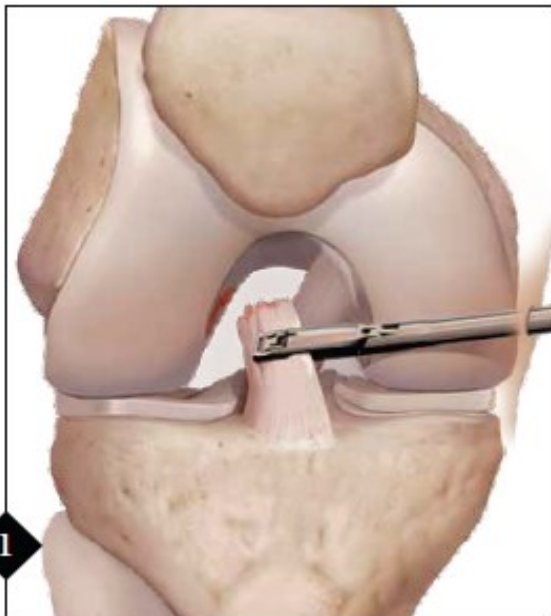
Figura 6: coronal PD MRI mostrando coto proximal do LCA. Note que as fibras não entram na parede femoral.

TÉCNICA CIRÚRGICA

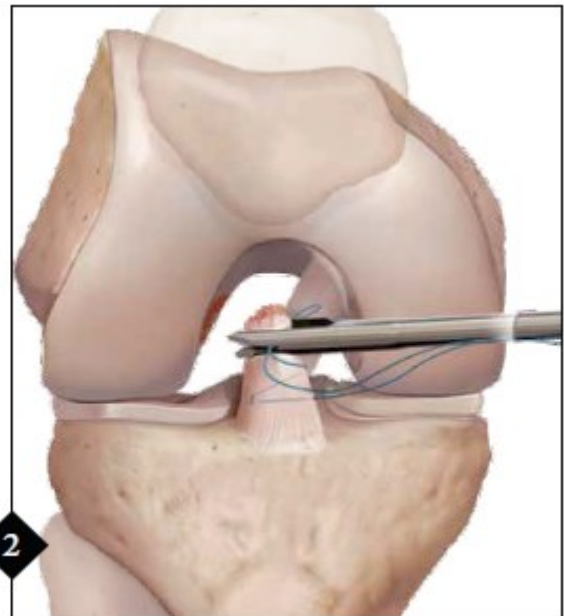
Avaliação

Durante a cirurgia, identifique a lesão parcial do LCA como vista no MRI. Avalie a possibilidade de reparo checando a qualidade, espessura e mobilidade do tecido. Se a parte do LCA que sobrou for muito curta, muito danificada e com pouca mobilidade a probabilidade de sucesso do reparo primário será muito baixa e a técnica do LCA tradicional deve ser considerada.

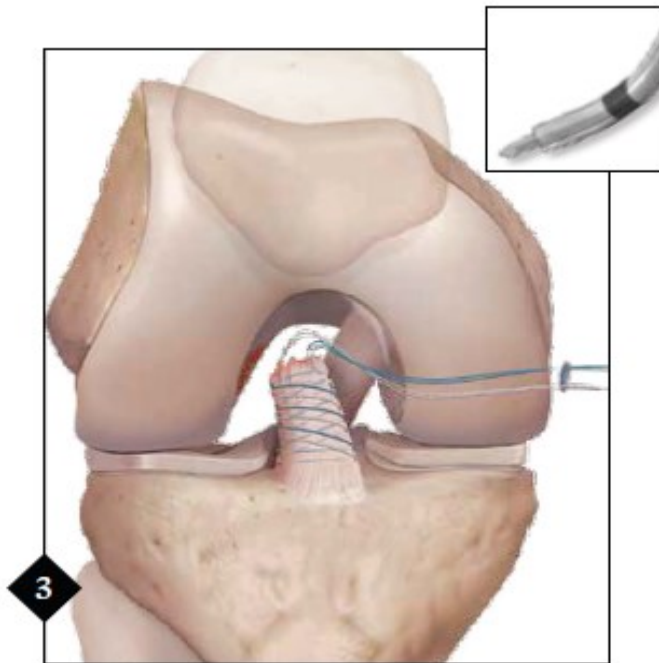
Já que a técnica se trata de um reparo através de sutura, cânulas para a lesão do manguito rotador podem ser úteis para que a sutura seja manejada. A cânula inserida no portal medial tem posicionamento perfeito para esta aplicação.



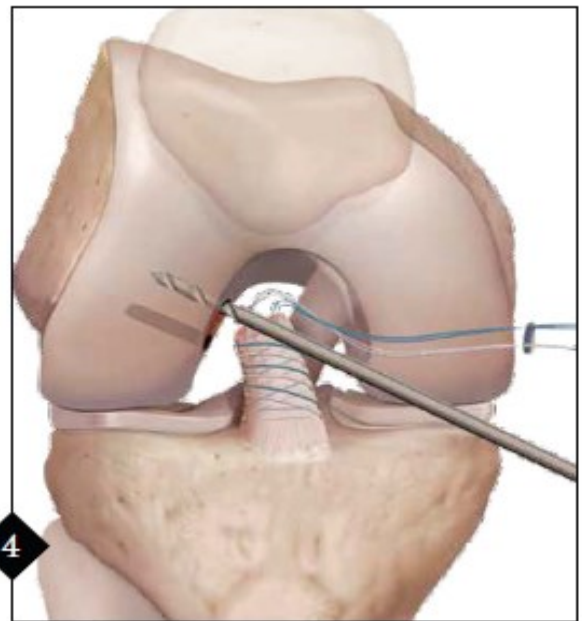
A passagem de sutura pelo tecido do LCA começa na parte intacta do ligamento indo progressivamente até a parte lesionada. Comece passando o FiberWire #2 usando uma Agulha Scorpion. Após primeira passagem do FiberWire #2, alterne as próximas em saídas opostas criando uma rede de pontos padronizados. Em um LCA de espessura normal, um total de 2 a 3 passagens devem ser feitas com cada tipo de FiberWire. O reparo final deve ser feito na parte superior do ligamento para assegurar que o tecido fique bem assentado no local do reparo.



A mesma técnica deve ser feita utilizando o TigerWire #2. Quanto mais passagens forem feitas, maior o risco de entrelaçar as suturas. Quando a Scorpion for posicionada para a passagem da sutura, o cirurgião deve reparar se há aumento da resistência para passá-la de acordo com o ponto dado anteriormente. Se isso ocorrer, a Scorpion deve ser redirecionada e a sutura deve ser feita. Novamente, o reparo final deve ser feito na parte superior do ligamento para assegurar que o tecido fique bem assentado no local do reparo.

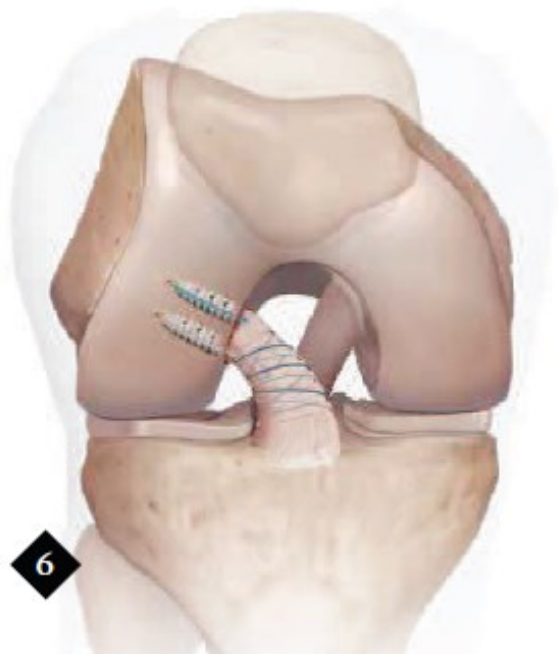
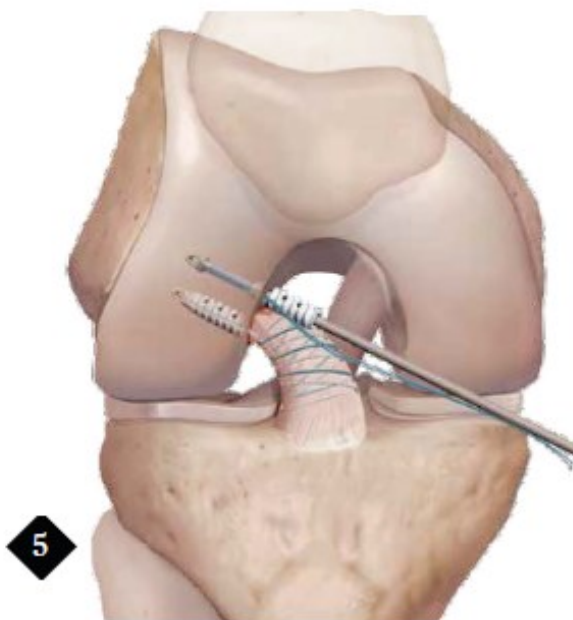


Fixação SwiveLock Femoral



Uma vez que as suturas forem passadas e o controle do coto for conseguido, as suturas devem sair por um portal acessório oposto ao local onde será feita a reinserção do ligamento. Isso permite que o tecido do ligamento e suturas fiquem longe da parte lesionada, enquanto o local é preparado com Shaver e a broca para a reinserção.

Crie um portal acessório infero-medial que permita a colocação das Âncoras diretamente no *footprint* femoral. Através deste portal, com o joelho estendido, furos com broca de 4.5X20mm devem ser feitos para a colocação das Âncoras. O padrão da Âncora deve ser alterado de acordo com o tamanho do enxerto. Esta decisão será tomada durante o ato cirúrgico.



Monte as suturas na Swivelock 4.75mm, introduzindo-as pelo portal medial, e, em seguida, insira a Âncora no footprint do LCA, tensionando as suturas. Avance o guia até que a Âncora entre em contato com o osso. Avance o parafuso segurando a borboleta enquanto o cabo é girado no sentido anti-horário.

Quando a Swivelock estiver completamente implantada as suturas ficarão fixas pela pressão. Retire o fio acessório da Âncora e a seguir retire o cabo. Corte as suturas utilizando o cortador de suturas bem rente à cortical.