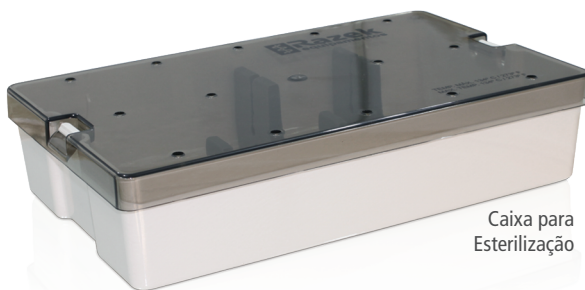


Kit de Instrumentais para Sutura de Menisco

Composto de instrumentos diversos que auxiliam na realização da sutura, evitando a retirada do menisco. Cada item foi desenvolvido para uma finalidade específica.

Registro ANVISA: 80356130103 | Imagens meramente ilustrativas

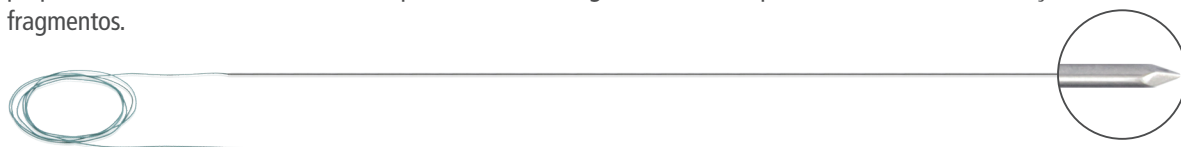


Caixa para Esterilização



Fio de Sutura Poliéster Trançado Estéril com Agulha Plast Suture

O fio de sutura poliéster permite uma passagem mais fácil através dos tecidos causando menor lesão. Sua cor verde proporciona boa visibilidade durante o procedimento cirúrgico. Além disso, por se tratar de um fio trançado, não solta fragmentos.



CBA

Características

- Kit de instrumentais permanentes para a realização do reparo meniscal utilizando a técnica Inside-Out.
- Possui diferentes angulações de cânulas de dupla passagem e empurrador de agulha.
- Fio de Sutura em poliéster trançado com agulhas extralongas de boa flexibilidade (uso único).
- Opção de utilização em conjunto com o Suture Needle EXL (+ fio de poliéster #2-0).

Benefícios

- Acesso a diversos tipos de lesões do menisco superior e inferior.
- Aproximação geral de tecidos suaves (lesão meniscal), contribuindo para o processo de cicatrização.

Aplicações

- Fornece uma solução completa para a técnica Inside-Out de reparo meniscal.
- Possibilita a realização de diferentes padrões de sutura (vertical, horizontal e oblíqua).

LESÃO MENISCAL

Os meniscos são estruturas fibrocartilaginosas semicirculares localizadas entre os côndilos femorais e o platô tibial. Sua borda periférica, espessa e convexa encontra-se intimamente aderida à cápsula articular, em contraste com sua porção central, mais fina e livre, que proporciona ao menisco um aspecto triangular no corte frontal.

As diversas funções dos meniscos incluem a transmissão de força, a absorção de choque, a estabilização articular, a nutrição da cartilagem e a lubrificação articular. Eles transmitem aproximadamente 50% das forças de sustentação do peso na extensão e 85% na flexão. Sua função na absorção do choque no ciclo da marcha ocorre por meio da via de deformação viscoelástica.

O formato dos meniscos contribui para a distribuição do líquido sinovial por toda a articulação, para a lubrificação articular e nutrição da cartilagem.

As lesões do menisco podem ocorrer quando o joelho em posição flexionada ou parcialmente flexionada é submetido a uma força rotacional de grande magnitude, fazendo com que o menisco seja comprimido entre o fêmur e a tíbia, levando à lesão. As rupturas são mais frequentes em pacientes jovens e relacionadas a episódios traumáticos; porém, em pacientes com idade mais avançada, as lesões podem ocorrer em pequenos movimentos torcionais durante a realização de atividades diárias.

As lesões de menisco são classificadas de acordo com a localização, relacionando-se à vascularização meniscal, e quanto ao padrão da lesão. Assim, de acordo com a vascularização, três regiões são descritas: vermelha-vermelha, vermelha-branca e branca-branca. Quanto ao padrão de lesão, são classificadas como verticais, horizontais e complexas.

SUTURA DO MENISCO

Por meio de instrumentos especiais a lesão meniscal pode ser suturada, caso apresente condições de cicatrização e viabilidade tecidual. Normalmente a sutura só é recomendada para os casos em que a lesão meniscal foi ocasionada por um entorse do joelho e em pacientes jovens. Não está indicada nas lesões degenerativas.

Técnica Cirúrgica - Sutura de Menisco Reparo Meniscal INSIDE OUT

Descrita por Dr. Alexandre Terruggi, consultor Razek.

As diretrizes a seguir foram feitas com base nas técnicas Cirúrgicas utilizadas pelo Cirurgião Consultor da Razek. Porém, cada cirurgião precisa avaliar a adequação dos procedimentos baseados na sua formação médica e experiência profissional. Procedimentos e técnicas cirúrgicas apropriadas são da responsabilidade do profissional médico.

Antes de utilizar o sistema, o cirurgião deve consultar o Manual do Usuário, onde encontrará todas as instruções indispensáveis para realização do procedimento (avisos, precauções, indicações, contraindicações e efeitos adversos).

Com o paciente posicionado em decúbito dorsal para realização da videoartroscopia do joelho, proceda a identificação das lesões meniscais presentes, o tipo e a extensão, para avaliar se enquadra nos casos passíveis de estabilização com a sutura e também a vascularização das bordas. É realizada primeiro uma revitalização das bordas com shaver 3.5 ou raspas, posicionada as cânulas específicas, com a angulação adequada para a região lesada, inicia-se o procedimento de sutura. A sutura pode ser vertical, oblíqua ou horizontal, sendo que a vertical sempre dá maior estabilidade em função das fibras meniscais serem longitudinais. Para uma segura localização da saída das agulhas, o prudente é usar a transiluminação da ótica, identificando a região da saída e estruturas presentes, sempre posterior aos ligamentos colaterais, faz-se uma incisão vertical de 2-4 cm com dissecação até capsula articular. Para obter a reparação de lesões posteriores, pode ser mais seguro fazer uma incisão maior para a dissecação, boa visualização da cápsula e proteção das estruturas vasculares e nervosas. Com a observação da redução da lesão, introduz-se a cânula pelo portal artroscópico, e caso necessário por portal acessório, com a cânula posicionada firme na borda livre do menisco passa-se através delas uma sutura composta de um fio não absorvível e duas agulhas longas e flexíveis presas uma em cada extremidade do fio, ao empurrar o primeiro fio pela cânula, volte 2 mm para certificar a entrada do fio no menisco, e repita com o segundo fio, observe a saída dos fios na incisão externa e proteja com afastador curvo ou cureta. A posição ideal para melhor visualização do menisco medial faz-se um estresse em valgo e flexão de 60-70 graus, para o lateral estresse em varo e flexão 70-90 graus e finaliza a sutura com realização do nó extracapsular, com leve tração dos fios. Deve-se cuidar para não causar lesões dos nervos e vasos que passam na região. As estruturas mais comumente em risco são o nervo safeno medialmente e o nervo fibular comum lateralmente. O nó deve estar localizado diretamente sobre a cápsula, para evitar suturar com o nervo. A cirurgia tem duração em média 30 minutos e o paciente recebe alta hospitalar no dia seguinte. Para evitar esforço em flexão, utilizará imobilizador por 4 semanas e muletas por 6 semanas. A reabilitação pode ser imediata e dura 6 meses para amadurecimento da cicatrização e recuperação de força muscular, após este período o paciente retornará as atividades esportivas habituais.



Dr. Alexandre Terruggi Junior
CRM 61331-SP TEOT 5005

Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho

Referências

FONTENELLE. C. R.C, ABREU. A.V, ALBUQUERQUE. R.P, Lesão Meniscal, Associação Medica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, Projeto Diretrizes, Set. 2008.