



Os meniscos são estruturas fibrocartilaginosas, constituídos por uma rede entrelaçada de fibras colágenas interpostas com células. Além das fibras colágenas está presente também proteoglicanos, glicoproteína e água compondo sua matriz extracelular, no entanto a orientação das fibras colágenas são os maiores responsáveis pelas características funcionais do menisco. O menisco medial é semicircular, com aproximadamente 3,5 cm de comprimento, sendo sua estrutura posterior mais larga que a anterior. O lateral tem um formato mais circular, e cobre uma porcentagem maior da superfície articular do platô tibial que o menisco medial. As principais funções dos meniscos são: melhorar a congruência articular entre o fêmur e a tíbia; absorção de choque; estabilidade articular; lubrificação; propriocepção [1,2,3].

I. ASSISTENCIAL

CID 10	Definição	CID 10	Definição	CID 10	Definição
M23	Transtornos internos dos joelhos	M23.3	Outros transtornos do menisco	S83.2	Ruptura do menisco, atual
M23.0	Menisco cístico	M23.4	Corpo flutuante no joelho	S83.7	Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho
M23.1	Menisco discóide (congenito)	M23.8	Outros transtornos internos do joelho		
M23.2	Transtorno do menisco devido à ruptura ou lesão antiga	M23.9	Transtorno interno não especificado do joelho		

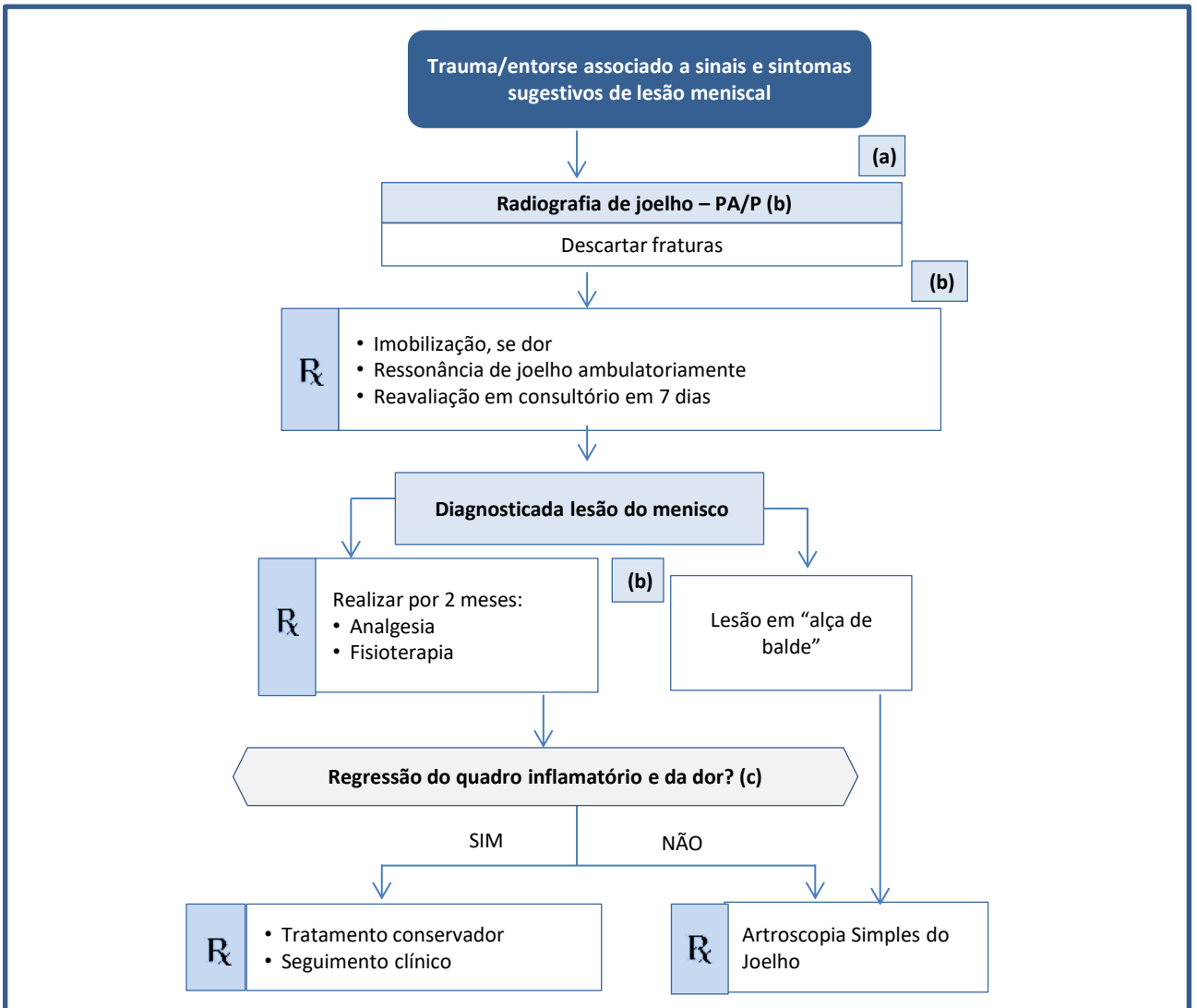
1. DIAGNÓSTICO (a)

História clínica:

O trauma torcional geralmente é descrito pelo paciente, que apresenta uma dor na interlinha medial ou lateral, de início súbito, geralmente com a presença de derrame articular não volumoso. A dor se intensifica com a descarga de peso no membro afetado, e a limitação do movimento **com bloqueio articular** pode estar presente **principalmente** no caso de lesões meniscais em “alça de balde”. As lesões que cursam com a extrusão meniscal, como por exemplo na lesão de raiz posterior do menisco **estão associadas a quadros** mais crônicos, em que a lesão ocorre em um menisco já degenerado, o paciente pode não relatar trauma ou mesmo o trauma não ter existido.

Exame físico:

Nos primeiros dias após o trauma, o exame geralmente é inconclusivo, devido a dor. Passada a fase inicial, que dura em média 7 dias, o paciente relata dor na interlinha, e os testes especiais como, por exemplo, testes de Apley, McMurray, Steinmann, e Thessaly tornam-se positivos [1,2].



O Einstein recomenda:

- Avaliar criteriosamente a indicação de Artroscopia em pacientes com artrose do joelho;
- Pacientes com idade > 60 anos não há necessidade de exames laboratoriais e de imagem no pós operatório.

2. SCORE DE RISCO

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [5]:

- ASA 1: Hígida(o);
- ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc.);
- ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc.);
- ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral);
- ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevida sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa);
- ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação.

3. EXAMES ADICIONAIS

Na fase aguda, as radiografias (AP/P) devem ser solicitadas para descartar a presença de fraturas, e a visualização da lesão meniscal, como também, a presença ou não de lesões associadas são confirmadas com a ressonância[1][b]

Atenção especial deve ser dada a pacientes com deformidades angulares dos membros inferiores (varô ou valgo). Nestes casos é fundamental a realização de radiografia panorâmica dos membros inferiores.

4. ALOCAÇÃO DO PACIENTE

É recomendado 1 dia de internação ou realização do procedimento por meio de fluxo ambulatorial.

5. TRATAMENTO

Tratamento inicial (b)

Inicialmente é clínico e tem o intuito de combater a inflamação aguda, por meio de medicações (ver abaixo), gelo local, muletas ou andador, conforme a necessidade, e fisioterapia. Deve durar 3 semanas em média [1,3]. Quando indicado o tratamento cirúrgico, deverá ser realizado após melhora do quadro inflamatório agudo, como: regressão da dor e do derrame articular, melhora da amplitude de movimento e marcha próxima do normal [5,6] No caso de uma lesão específica, chamada “alça de balde”, em que o joelho se encontra bloqueado devido a lesão, e não redutível após manobras especiais, o tratamento cirúrgico é considerado de urgência.

Indicação de tratamento cirúrgico (c)

Cirurgia é recomendada para pacientes, ativos ou não fisicamente, **com sintomas mecânicos (bloqueios ou falseios)** e queixas de dor persistente no compartimento do menisco lesionado do joelho acometido. Ela se baseia em critérios clínicos e exames complementares [1,4].

6. MANEJO SUBSEQUENTE DO PACIENTE CIRÚRGICO

Crítérios e momento da alta

O paciente receberá alta no POI, após apresentar diurese espontânea e quadro algico controlado (fluxo ambulatorial);

Orientações de alta

Realizar compressas de gelo 20 minutos mínimo 4x ao dia, eventualmente manter o membro operado elevado, evitar longos períodos em pé e longas caminhadas, utilizar um par de muletas por 7 dias (se realizado a meniscectomia parcial), manter o curativo limpo e seco com soro fisiológico e ocluindo após;

Nos casos em que foi realizado reparos meniscais, o uso de muletas deve se prolongar por 2 a 4 semanas de acordo com a estabilidade obtida no ato cirúrgico. Nestes casos o arco de movimento deve se limitar a 0-90 graus nas primeiras quatro semanas.

Retirar os pontos com 14 dias.

O retorno ao trabalho dependerá de sua atividade laboral. Procurar o cirurgião se ocorrer vermelhidão, febre, aumento da dor em relação ao dia da alta, dor na panturrilha de forte intensidade.

Retornos ambulatoriais

- No 7º PO para curativo e avaliação clínica
- No 14º PO para retirada dos pontos
- Com 2 e 4 meses

7. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

INTERNAÇÃO			
Cefazolina 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	
Cefuroxima 1,5 g	EV	Indução anestésica	
Dipirona 1,0 g (se alergia, paracetamol)	EV	6h/6h	Internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	Internação
Tramadol 100 mg	EV	8h/8h (se dor de moderada intensidade)	Internação
Ondasentrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Duração da internação
- Visitas ao PS relacionadas ao procedimento
- Readmissões relacionadas ao procedimento
- Profilaxia adequada para TEV
- Custo
- Fluxo Ambulatorial
- Satisfação do paciente com cirurgião e equipe
- Satisfação com o procedimento (desfecho)

8. GLOSSÁRIO

DM: Diabetes Mellitus
HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica
DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
IAM: Infarto Agudo no Miocárdio
POI: Pós Operatório Imediato
PS: Pronto Socorro
TEV: Tromboembolismo Venoso
EV: Endovenoso

III. HISTÓRICO DE REVISÕES

Atualização do template- Inclusão da indicação em pacientes com artrose do joelho; Atualização sobre quantidade de dias em orientação a alta
01/04/2026 – Unificação HOEB Revisão: Dr. Gustavo Dórea e Dr. Carlos Henrique

IV. Referências Bibliográficas

- [1] ESSKA Meniscus Consensus Project www.esska.org/resource/resmgr/.../meniscus-consensus-project;
- [2] Beaufils P, Becker R, Verdonk R, Aagaard H, Karlsson J. Focusing on results after meniscus surgery. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2015;23(1):3-7;
- [3] Bollen S R. Is arthroscopy of the knee completely useless? *Bone Joint J* 2015, 97 B, 1591-2;
- [4] Chess L, Gagnier J. Risk of Bias of controlled trials published in orthopaedic journals. *BMC Med Res Methodol* 2013 13:76–85 ;
- [5] Clavien PA, Puhan MA. Biased reporting in surgery. *Br J Surg* 2014; 101 (6):591-2;
- [6] Lubowitz JH, Provencher MT, Rossi MJ. Could the New England Journal of Medicine be biased against arthroscopic knee surgery? *Arthroscopy* 2014 30(6):654–5; [7] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA).
- [7] LOGERSTEDT, D. S. et al. Knee pain and mobility impairments: meniscal and articular cartilage lesions revision 2018: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, v. 48, n. 2, p. A1–A50, 2018. DOI: 10.2519/jospt.2018.0301.
- [8] ALLAIRE, R. et al. Biomechanical consequences of a tear of the posterior root of the medial meniscus: similar to total meniscectomy. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, v. 90, n. 9, p. 1922–1931, 2008. DOI: 10.2106/JBJS.G.00748.
- [9] PUJOL, N. et al. The formal EU-US meniscus rehabilitation 2024 consensus: an ESSKA-AOSSM-AASPT initiative. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 2025.

Código Documento: CPTW114.4	Elaborador: Mario Ferretti Frank B Marcondes Lauro A V Costa	Revisor: Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data de atualização: 01/04/2026	Data de Aprovação: 01/04/2026
---------------------------------------	---	--	---	---	---