



É definido como o deslocamento da articulação tíbio-femoral resultando na lesão de dois ou mais dos quatro principais ligamentos do joelho (ligamento cruzado anterior, ligamento cruzado posterior, ligamento colateral medial, ligamento colateral lateral). São lesões raras, porém, com potencial para graves sequelas ou mesmo a perda do membro acometido devido ao dano de estruturas neurológicas e vasculares. Geralmente são causados por traumas de alta energia (acidentes automobilísticos), mas traumas de menor energia como os que acontecem nos esportes, também podem provocar este tipo de lesão [1] [a]

I. ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é baseado na história clínica, identificando o mecanismo de trauma, exame físico ortopédico e exames complementares [1] [a];
- O paciente geralmente é trazido pelo resgate com intensa dor no membro acometido. No entanto, atenção redobrada, pois 50% dos casos os joelhos podem estar reduzidos quando chegam ao pronto atendimento, caracterizando uma luxação silenciosa. Quando possível, na avaliação clínica, se identificar a lesão de 2 ou mais dos 4 principais ligamentos, este joelho sofreu uma luxação [1,2] [a];
- A direção da luxação definirá maior ou menor gravidade das lesões. Atenção às condições de pele e ao status neurovascular. Avaliar a cor, temperatura, enchimento capilar distal ao joelho, assim como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso. O índice tornozelo-braquial (ITB) é mais um parâmetro para integridade vascular, sendo normal maior ou igual a 0,9.
- No exame neurológico, avaliar o nervo fibular comum, que é o mais acometido neste tipo de lesão [1,3]
- Estes pacientes, chegando na sala de emergência, devem ser avaliados como pacientes politraumatizados, e seguir todo protocolo intra-hospitalar do ATLS (ABCDE) [3] [a]
- As radiografias do joelho nas posições anteroposterior e perfil devem ser solicitadas no pronto socorro para confirmar a direção da luxação como também a presença ou não de fraturas [1] [b]

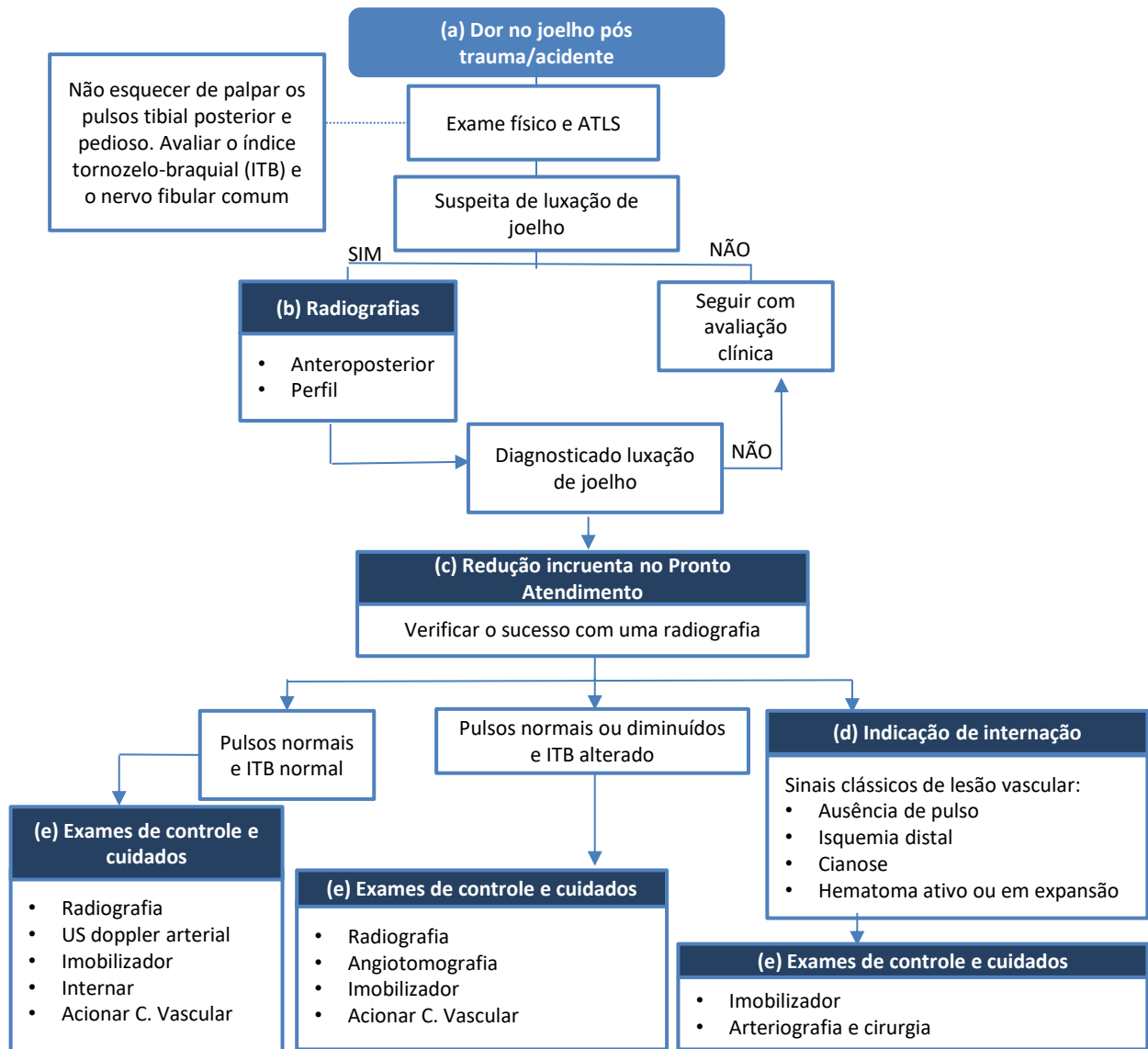
CID 10	Definição
S83.7	Traumatismo de estruturas múltiplas do joelho
S83.1	Luxação do joelho
M23.8	Outros transtornos internos do joelho
M24.3	Deslocamento e subluxação patológicas de articulação, não classificada em outra parte
M24.4	Deslocamento e subluxação de articulação recidivantes

2. ESCORE DE RISCO

- O aumento do risco deste tipo de lesão está associado a energia de trauma envolvida, da quantidade de lesões presentes e do tempo decorrido do trauma até o tratamento definitivo [1]
- Além das lesões e fraturas ortopédicas, estes pacientes são considerados politraumatizados, e, portanto, outras lesões podem estar presentes, e uma equipe multiprofissional será necessária [a]
- Como qualquer luxação musculoesquelética, é considerada uma urgência ortopédica, devido ao risco de complicações na pele, de lesões vasculares e neurológicas

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [6]:

- 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

São solicitados exames complementares conforme a gravidade e necessidade das lesões presentes, como também a presença ou não de comorbidades clínicas [1,2,3]

- Exames complementares ortopédicos: radiografias anteroposterior e Perfil [b]
- Na baixa suspeita de lesão vascular, com pulsos normais e ITB > 0,9 prossegue-se com o US doppler arterial. Nos casos de pulsos normais ou diminuídos e ITB < 0,9, prossegue-se com a angiotomografia. Nos casos onde houver clara lesão vascular ou onde o paciente já será submetido à cirurgia, procede-se a arteriografia, no centro cirúrgico
- Exames laboratoriais: Hemograma, coagulograma, Sódio, Potássio, Uréia, Creatinina e Eletrocardiograma
- Outros exames conforme necessidade

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

O local de internação e o tempo de permanência hospitalar vai depender do número e da gravidade das lesões, pode ser necessário internação na UTI, nos casos mais graves, com lesões não ortopédicas associadas, ou apartamento, para os casos mais simples.

Período mínimo de internação é de 3 dias, podendo ser prolongado de acordo com as lesões presentes e tratamentos indicados

5. TRATAMENTO

- Após adequada e minuciosa avaliação inicial, seguindo o protocolo do ATLS, e avaliação do status neurovascular, a luxação fechada deve ser reduzida, sob analgesia. Em seguida imobilizar o joelho, para evitar nova luxação, e reavaliar frequentemente as condições vasculares após a redução;
- Após a redução, este paciente é reavaliado, e novas radiografias do joelho devem ser realizadas para confirmar a correta posição do mesmo;
- O tratamento cirúrgico de emergência deve ser indicado nas seguintes situações: Luxações expostas do joelho; Luxações de joelho irreductíveis; Luxações de joelho associada a lesões vasculares (deve-se realizar a fasciotomia dos 4 compartimentos e colocar um fixador externo transarticular) [4,5];
- Medicações utilizadas durante o tratamento cirúrgico: cefazolina ou cefuroxima, dipirona, cetoprofeno, tramadol, morfina (se dor forte), omeprazol, ondasetrona (se náuseas ou vômitos)
- Outros medicamentos serão prescritos de acordo com a necessidade do paciente.

6. MANEJO SUBSEQUENTE

- O paciente deverá permanecer internado, imobilizado, por um período mínimo de 3 dias, nos casos de luxação simples da articulação do joelho, e prosseguir com a investigação, onde deverá ser solicitado uma ressonância para definir a conduta, se cirúrgico na fase aguda, ou tratamento cirúrgico posterior, após diminuição do quadro inflamatório agudo;
- Nos casos de tratamento cirúrgico de emergência, onde foi colocado fixador externo transarticular, sem lesão vascular, o paciente poderá receber alta após 3 dias, com seguimento ambulatorial e programação cirúrgica posterior [c,d];
- Quando o paciente foi submetido ao tratamento cirúrgico de emergência, com fixador externo e reparação vascular associado a fasciotomia, o período de internação se prolonga até 14 dias ou mais [c,d];
- O retorno ambulatorial é feito com 7 dias e na 3ª semana de pós-operatório para reavaliação e curativo quando necessário, e deverá realizar novas radiografias para controle da redução. Outros exames conforme necessidade;
- Tratamentos cirúrgicos posteriores para reconstruções ligamentares.

7. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

INTERNAÇÃO			
Cefazolina 2,0 g ou	EV	Indução anestésica	Internação
Cefuroxima 1,5 g	EV	Indução anestésica	Internação
Dipirona 1,0 g	EV	6h/6h	Internação
Tramadol 100 mg	EV	8h/8h	Internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	Internação
Ondasetrona 4 mg	EV	8h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)	Internação
Enoxaparina 40 mg	SC	1x ao dia	Internação
Morfina se dor forte			

II. INDICADORES

- Duração da internação;
- Readmissões relacionadas ao procedimento;
- Profilaxia de TEV;
- Custo;
- Satisfação com o procedimento (desfecho);
- Satisfação com a cirurgia e equipe.

III. GLOSSÁRIO

DM: Diabetes Mellitus

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

IAM: Infarto agudo do Miocárdio

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

EV: Endovenoso

SC: Subcutâneo

IV. HISTÓRICO DE REVISÕES

Atualização do template e Inclusão do CID S83.7

2026: Revisão periódca

V. Referências

[1] Management of the acute knee dislocation: the Pittsburg experience. Injury. 2008 Jul; 39(7): 710:8;

[2] AJR Am J Roentgenol. 2009 Jul; 193(1): W49-57;

[3] Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc 2010 Aug;18(8): 1005:12;

[4] Clin Orthop Relat Res. 2014 Sep;472(9):2621-9;

[5] Clin Orthop Relat Res. 2016 Jun; 474(6):1453-8;

[6] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA).

Código Documento: CPTW136.4	Elaborador: Mario Ferretti Frank B Marcondes Lauro A V Costa	Revisor: Fabio Pacheco Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 08/04/2021 Data de Revisão: 10/06/2026	Data de Aprovação: 10/06/2026
---------------------------------------	--	---	---	---	---