



Nota Técnica

Acesso iliofemoral modificado para revisão de componente acetabular intrapélvico – nota técnica[☆]

José Ricardo Negreiros Vicente*, Helder de Souza Miyahara, Leandro Ejnisman, Bruno de Biase Souza, Henrique Melo Gurgel e Alberto Tesconi Croci

Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HC-FM-USP), São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 2 de março de 2017

Aceito em 1 de junho de 2017

On-line em xxx

Palavras-chave:

Artroplastia de quadril

Articulação do quadril

Acetábulo

Keywords:

Hip arthroplasty

Hip joint

Acetabulum

R E S U M O

Entre os padrões de osteólise acetabular associados às solturas acetabulares, os autores destacam como de maior gravidade a dissociação pélvica e as perdas segmentares mediais nas quais a lâmina quadrilátera está gravemente acometida. Tais lesões são potencialmente letais em casos de lesão vascular de grande porte. O objetivo desta nota foi descrever um acesso iliofemoral modificado quando há migração intrapélvica maciça do componente acetabular em pacientes com proximidade total do feixe vascular ilíaco e ausência de plano demarcatório anatômico entre o conteúdo migrado e o feixe ilíaco. Esse acesso foi feito em 12 pacientes de 21 que apresentavam tais critérios.

© 2017 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

A modified iliofemoral approach to intrapelvic acetabular revision – technical note

A B S T R A C T

Among the patterns of acetabular osteolysis associated with acetabular loosening, the authors emphasize the severity of pelvic dissociation and medial segmental losses in which the quadrilateral lamina is severely affected. Such lesions are potentially lethal in cases of large vascular injury. This note aimed to describe a modified iliofemoral access in cases of massive intra-pelvic migration of the acetabular component in patients with total proximity of the iliac vascular bundle and absence of an anatomical demarcation plane between the migrated contents and the iliac bundle. This access was performed in 12 of 21 patients who had these criteria.

© 2017 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

[☆] Trabalho desenvolvido no Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (HC-FM-USP), São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: rnegreiros@gmail.com (J.R. Vicente).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2017.06.014>

0102-3616/© 2017 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A artroplastia total do quadril tem se mostrado nos últimos 50 anos como a melhor opção de tratamento cirúrgico nos pacientes com osteoartrose, com reprodução dos bons resultados em todos os centros de referência ortopédica.¹

Porém, com o passar dos anos, a osteólise periprotética decorrente do desgaste da interface do polietileno e das partículas de metal, com a produção de debris, passou a ser um dos maiores desafios ao especialista de quadril, ocasiona grandes procedimentos cirúrgicos de revisão, com aumento da morbidade do procedimento, longa curva de aprendizado ao cirurgião e grandes custos para as fontes pagadoras. Estima-se ainda um crescimento exponencial desses procedimentos, devido à ampla divulgação e difusão da técnica de artroplastia primária do quadril, além do envelhecimento e aumento da expectativa de vida que ocorre na maioria dos países.²

Entre os padrões de osteólise acetabular associados às solturas acetabulares, destacamos como de maior gravidade a dissociação pélvica e as perdas segmentares mediais, nas quais a lâmina quadrilátera está gravemente acometida (AAOS).³

Esses padrões de soltura com a presença maciça do componente acetabular em posição intrapélvica podem cursar com alto risco de lesão de estruturas anatômicas vitais. Entre elas, artérias e veias ilíacas internas e externas, ureter, bexiga, cólon sigmoide, reto, nervo femoral, nervo obturatório e duto deferente, segundo estudo anatômico em cadáver.⁴

Tais lesões podem ser causadas por compressão de componentes metálicos migrados, seja algum parafuso acetabular ou o próprio componente acetabular ou até mesmo por partículas de cimento aderidas às estruturas de risco.

Dentre as lesões intrapélvicas, a lesão do feixe ilíaco femoral (principalmente veia ilíaca externa) constitui a situação de maior risco de óbito intraoperatório.⁵

Apesar da relevância do assunto, ainda não há consenso na literatura sobre o fluxograma ideal de tratamento desses pacientes. Há autores que orientam acesso retroperitoneal em todos os pacientes de risco com isolamento do feixe ilíaco femoral e reconstrução em um ou dois tempos cirúrgicos.⁶

Quanto aos exames de imagem vascular, alguns autores dispensam essa necessidade e outros sugerem arteriografia ou angiotomografia. Não há também consenso quanto ao melhor acesso a ser usado na cirurgia de revisão, seja posterior, lateral direto ou anterior (iliofemoral ou ilioinguinal).⁷

Nosso objetivo é descrever um acesso iliofemoral modificado para revisão de migrações maciças intrapélvicas do componente acetabular em determinada situação de risco vascular.

Consideramos migração de risco a presença de uma migração angular acima de 90 graus em relação aos limites da linha iliopectínea na radiografia anteroposterior da pelve. Tal mensuração foi feita com goniômetro digital do software usado no nosso serviço (Enterprise Philips®) (fig. 1).

Foi feito o acesso descrito a seguir em 12 pacientes, de 21 com migração intrapélvica >90 graus, nos pacientes que apresentavam os seguintes critérios:

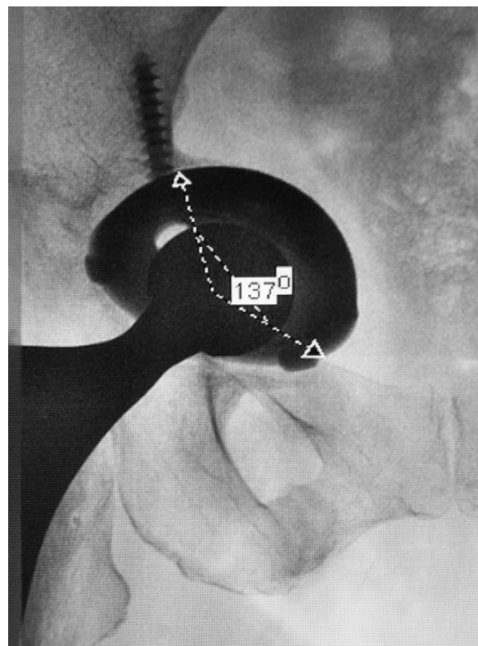


Figura 1 – Medida de migração angular intrapélvica.

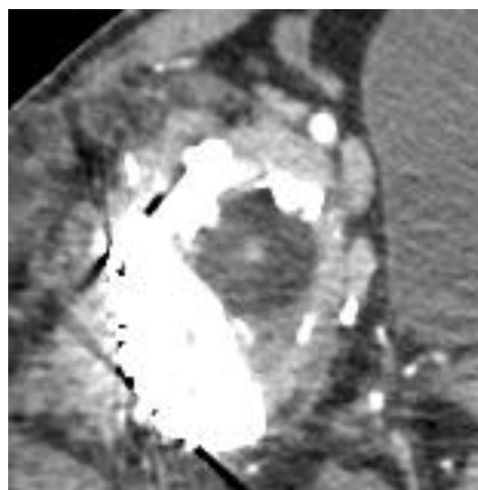


Figura 2 – Angiotomografia que demonstra contato direto da veia ilíaca externa com o componente acetabular.

- ausência de sintomas gastrointestinais ou genitourinários.
- presença acetabular maciça intrapélvica, segundo o critério radiográfico descrito acima.
- ausência de linha demarcatória esclerótica radiográfica que circundasse a porção intrapélvica do componente migrado.
- contato direto do componente migrado com o feixe vascular ilíaco externo ou uma distância menor do que 5 mm entre a artéria ilíaca externa ou a veia ilíaca externa visualizados nos cortes axiais da angiotomografia da pelve (fig. 2).

Técnica cirúrgica

A equipe de anestesia deve proporcionar um protocolo de cirurgia segura nesse tipo de situação. Fazem parte desse

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10211645>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10211645>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)