RBO REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA
www.rbo.org.br

Nota Técnica

Artroplastia total em quadris displásicos luxados com reconstrução acetabular e encurtamento femoral☆

Paulo Silva[a], *Leandro Alves de Oliveira*[a], *Danilo Lopes Coelho*[a], *Rogério Andrade do Amaral*[a], *Percival Rosa Rebello*[a] e *Frederico Barra de Moraes*[b,*]

[a] *Hospital Geral de Goiânia, Goiânia, GO, Brasil*
[b] *Clínica de Ortopedia e Traumatologia, Goiânia, GO, Brasil*

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:
Recebido em 3 de abril de 2013
Aceito em 13 de maio de 2013

Palavras-chave:
Artroplastia de quadril
Doenças do desenvolvimento ósseo
Osteotomia
Transplante autólogo

R E S U M O

Descrever contribuições à técnica da cirurgia de artroplastia total em displasias do desenvolvimento do quadril grave, por meio da reconstrução acetabular com o uso de enxerto autólogo e encurtamento femoral feito com osteotomia subtrocantérica em V invertido. Paciente submetido a artroplastia total do quadril esquerdo em janeiro de 2003. Foi usada a classificação de Eftekhar e o paciente era do tipo D, luxação inveterada. Incorporação do enxerto no teto acetabular e osteotomia femoral. Acrescentamos a fixação do enxerto da cabeça femoral no acetábulo com placa do tipo Allis, que contribui para maior resistência do sistema, e a cerclagem com fio de aço no enxerto ósseo junto à osteotomia subtrocantérica, que diminui o risco de pseudoartrose. Essa técnica demonstrou eficácia e permitiu a resolução imediata do caso com melhoria da dor e da amplitude de movimento do quadril. Permitiu também a reconstrução do déficit ósseo acetabular, a recomposição do comprimento do membro (sem risco aumentado de lesão neurovascular) e a recuperação da biomecânica do quadril com a reparação do centro de rotação normal.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

Total arthoplastie in displaced dysplastic hips with acetabular reconstruction and femoral shortening – techinical note

Keywords:
Arthroplasty, replacement, hip
Bone diseases, developmental
Osteotomy
Transplantation, autologous

A B S T R A C T

To describe a new procedure of total hip replacement in patient with severe developmental dysplasia of the left hip, using technique of acetabular reconstruction with autogenous bone grafts and subtrochanteric shortening femoral osteotomy. Total hip replacement done in January of 2003. The Eftekhar's classification was used and included type D, neglected dislocations. Bone graft incorporated in acetabular shelf and femoral osteotomy. Our contribution is the use of an Allis plate to better fix acetabular grafts, avoiding loosening, and cerclage around bone graft in femoral osteotomy site, which diminish pseudoarthrosis risk. This technique shows efficiency, allowing immediately resolution for this case with pain and range of motion of hip improvement. It also allows the acetabular dysplasia reconstruction,

☆ Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia do Quadril, Hospital Geral de Goiânia, Clínica de Ortopedia e Traumatologia de Goiânia, GO, Brasil.

* *Autor para correspondência.*
E-mail: frederico_barra@yahoo.com.br (F.B. Moraes).

0102-3616 © 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND
http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.05.005

equalization of the limb length (without elevated risk of neurovascular lesion) and repairs the normal hip biomechanics due to the correction of the hip's center of rotation.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND

Introdução

Desde o surgimento das técnicas modernas de reconstrução protética do quadril com o uso dos princípios de Charnleyet al.,[1] uma doença segue desafiadora dos ortopedistas cirurgiões de quadril: a displasia do desenvolvimento do quadril (DDQ). Na DDQ a anatomia encontra-se alterada. O acetábulo displásico está verticalizado, raso e com migração proximal, apresenta uma má qualidade óssea e déficit de cobertura súpero-lateral. O fêmur proximal é estreito, com cabeça femoral pequena, e o colo curto e o trocânter estão posteriorizados. As partes moles também estão alteradas, com horizontalização da musculatura abdutora, cápsula articular espessada e redundante, hipertrofia do músculo íliopsoas e encurtamento do nervo ciático.[2]

Por causa dessas alterações, Charnley et al. e Feagin et al. desaconselhavam a feitura de artroplastia total do quadril (ATQ) em pacientes portadores de DDQ.[3] Posteriormente, outros autores publicaram trabalhos com o uso de enxerto ósseo que visava à reconstrução acetabular e provocava um aumento na cobertura do componente protético. Hastinget al. e Parkeret al.,[4] em 1975, foram os primeiros a usar enxerto autólogo da cabeça femoral, com bons resultados. Harris, em 1977, demonstrou a incorporação dos enxertos córtico-esponjosos[5] e Azuma et al.[6] 1994 avaliaram a incorporação do enxerto por estudo radiográfico. Esses trabalhos encorajaram a reconstrução acetabular e reconheceram a incorporação do enxerto no leito acetabular com aumento do estoque ósseo, que resulta em maior sobrevida da artroplastia do quadril.

Além das dificuldades impostas pela displasia acetabular, outros obstáculos importantes são as alterações do fêmur proximal e a dismetria dos membros inferiores. Nesses pacientes a ectopia da cabeça femoral localizada mais proximal leva à formação do falso acetábulo e a alterações de partes moles já citadas. Nos pacientes com acometimento bilateral, as duas cirurgias devem ser feitas com pequeno intervalo, para que não haja prejuízo na readaptação do paciente à marcha.[2] Naqueles que o acometimento é unilateral, deve-se tentar o restabelecimento do comprimento do membro. O encurtamento femoral deve ser feito para evitar alongamento exacerbado do membro e para proteger o nervo ciático.

O objetivo deste estudo é descrever os passos cirúrgicos de uma artroplastia total do quadril em paciente com DDQ com quadril luxado, por meio da reconstrução acetabular com enxerto ósseo da cabeça femoral e fixação com placa para maior resistência e do encurtamento femoral com osteotomia em V invertido, que acrescenta cerclagem de enxerto ósseo na osteotomia para evitar a pseudoartrose.

Nota técnica

Paciente feminino, 44 anos, operada por meio de ATQ em janeiro de 2003, com quadro de DDQ e luxação inveterada no quadril esquerdo. Operada pelo grupo de cirurgiões de quadril no Hospital Geral de Goiânia (GO). A classificação de DDQ usada foi a de Eftekhar,[7] tipo D (luxação inveterada), na qual, além da necessidade de reconstrução acetabular, foi feita osteotomia de encurtamento femoral.

Figura 1 – Radiografia da bacia em incidência anteroposterior no planejamento pré-operatório que evidencia a displasia do desenvolvimento do quadril esquerdo com luxação inveterada.

No planejamento pré-operatório foram solicitadas radiografias em ântero-posterior da pelve, incluindo terço proximal do fêmur, perfil dos quadris e escanometria de membros inferiores. Feita avaliação com uso de templates. O objetivo era a biomecânica normal do quadril a ser operado (fig. 1).

Paciente submetida a raquianestesia e posicionada em decúbito lateral. Acesso póstero-lateral amplo e capsulectomia posterior (via Kocher-Langenbeck). Feita a osteotomia do colo femoral, a cabeça femoral é guardada para ser usada como enxerto no acetábulo. Localizado o acetábulo verdadeiro (para restabelecer a biomecânica do quadril e dar maior durabilidade ao implante, com a atenção de não colocá-lo no falso acetábulo), ele é preparado para receber o enxerto da peça da cabeça femoral, que é posicionado com o aumento da cobertura súpero-lateral do acetábulo e a correção da displasia. Para que haja uma boa integração, o leito receptor é cruentizado e o enxerto é fixado com uma placa de Allis e parafusos de pequenos fragmentos, o que proporciona uma estabilidade rígida ao sistema. Feita a fresagem do leito acetabular e posicionado o componente protético sob uma cobertura, agora, adequada (fig. 2).

O passo seguinte é a preparação do canal femoral. Atenção deve ser dada à anteversão femoral e à angulação anterior do fêmur. Após se fazer a fresagem do canal femoral, é feita a osteotomia subtrocantérica em V invertido do fêmur, com encurtamento dele. A osteotomia em V facilita a redução,

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2708193

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2708193

Daneshyari.com