

ARTROPLASTIA BILATERAL EM DISPLASIA CONGÊNITA DO QUADRIL NO ADULTO JOVEM PARA ALÍVIO DA DOR – RELATO DE CASO

BILATERAL ARTHROPLASTY IN CONGENITAL HIP DYSPLASIA IN YOUNG ADULT FOR PAIN RELIEF: CASE REPORT

SONDRA BIANCA PACHECO, MARIANA SOUTO FRANÇA FELGA, MARIANA QUINTINO RABELO, LINDOMAR GUIMARÃES DE OLIVEIRA E FREDERICO BARRA DE MORAES

RESUMO

A artroplastia total de quadril é realizada em casos de osteoartrite avançada que pode ser primária ou secundária, com sintomas e sinais importantes. A displasia congênita do quadril com subluxação superior ou inferior é uma das causas de osteoartrite secundária que levam a dor importante de forma precoce. O objetivo é relatar um caso de displasia congênita de quadril que evoluiu com osteoartrite severa e foi tratada com artroplastia bilateral não cimentada com componentes de cerâmica. A escolha da técnica utilizada levou em conta a idade da paciente, as condições do acetábulo, com boa evolução, alívio da dor e sem intercorrências.

DESCRITORES: DISPLASIA CONGÊNITA DO QUADRIL; OSTEOARTRITE; ARTROPLASTIA NÃO CIMENTADA.

ABSTRACT

Total hip arthroplasty is performed in cases of advanced osteoarthritis which can be primary or secondary, with important signs and symptoms. Congenital hip dysplasia with upper or lower subluxation is one of the causes of secondary osteoarthritis leading to rapid significant pain. The objective is to report a case of congenital hip dysplasia that evolved with severe osteoarthritis and was treated with bilateral non cemented arthroplasty with ceramic components. The choice of technique used took into account the age of the patient, the conditions of the acetabulum, with good evolution, relief of pain and without intercurrents.

KEYWORDS: CONGENITAL HIP DYSPLASIA; OSTEOARTHRITIS; UNCEMENTED ARTHROPLASTY.

INTRODUÇÃO

Osteoartrite é a maior causa de debilidade física na população de idosos e sua incidência e prevalência continua em crescimento rápido. A osteoartrite de quadril é causada por uma incongruência na articulação por várias razões como congênita ou uma evolução de má formações, pode ser idiopática ou secundária.

A displasia avançada de quadril é uma das causas de osteoartrite secundária, e que acomete uma grande população de pacientes jovens e ativos. Os sintomas são geralmente tratados com osteotomia pélvica e ou femural, porém em casos avançados é necessária uma artroplastia, que pode ser feita com prótese cimentada e não cimentada (1-6).

A falha do componente acetabular está diretamente relacionada com a piora do desenvolvimento da displasia, em

casos onde há uma subluxação alta esse comprometimento do acetábulo é maior o que impede que seja usada uma prótese cimentada, portanto nesse caso tem se usado próteses não cimentadas ou sob pressão com resultados satisfatórios, porém ainda estão sendo feitos estudos para acompanhar a evolução desses casos a longo prazo.

O objetivo é relatar um caso de displasia congênita de quadril que evoluiu com osteoartrite severa e foi tratada com artroplastia bilateral não cimentada com componentes de cerâmica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, caucasiana, 42 anos, nascida de parto cesárea, a termo, desenvolvimento motor e da fala

normais. Aos 7 anos de idade foi observada claudicação em membros inferiores, sem outros sintomas associados, com diagnóstico de displasia do acetábulo e subluxação congênita do quadril bilateral. Aos 16 anos começou a sentir dores no quadril do lado esquerdo (EVA = 4), após iniciar caminhadas, piora da displasia, com início de osteoartrite. Foram indicadas palmilhas para correção da discrepância dos membros inferiores, além de fisioterapia.

A paciente optou também por fazer acupuntura com eletroestimulação nas crises de dor, além de hidroginástica, sem necessidade do uso de anti-inflamatórios para dor, e evitava exercícios de impacto. A partir dos 26 anos começou a sentir dor no quadril direito (EVA = 7), mais intensa do que a do lado esquerdo. Amplitude de movimentos dos quadris estava diminuída, principalmente nas rotações. Iniciou Reeducação Postural Global por 4 anos, onde foi corrigida escoliose da coluna tóraco-lombar devido à báscula de bacia, reduzindo de 14° para 7°. Aos 29 anos iniciou a prática de Pilates, o que a ajudou a fortalecer a musculatura e não perder ainda mais os movimentos já limitados.

Aos 33 anos passou a caminhar muito no trabalho e assim evoluiu com piora da claudicação, dificuldades para deambular longas distâncias, dor bilateral nos quadris mais intensa (EVA = 10), que a impedia de pisar no chão. Aos 35 anos foi reavaliada pelo ortopedista, que verificou ao exame físico limitação importante à rotação externa do quadril à direita, abdução reduzida do quadril bilateral, pior à esquerda, e limitação importante também à rotação interna do quadril à esquerda, mas com flexão do quadril normal. Verificou ao raio-x grave displasia do acetábulo, piora importante do quadro de osteoartrite e subluxação da cabeça do fêmur bilateral, pior à esquerda (figura 1).



Figura 1 – Radiografia da pelve em ântero-posterior evidenciando grave displasia acetabular, osteoartrite, e subluxação da cabeça femoral bilateral, pior à esquerda.

Na ocasião foi indicada artroplastia total de quadril, bilateral, de cerâmica, com reconstrução do acetábulo por metal trabecular (tântalo), parafusado, não cimentado, haste femoral de titânio, fixado sob pressão. Indicação desse tipo de prótese foi devido à

gravidade da displasia acetabular, paciente jovem, maior tempo de vida útil da prótese, além de permitir a deambulação precoce com auxílio de andador. Foi decidido operar primeiro o lado esquerdo, em 2009, tendo em vista ser o de maior comprometimento pela osteoartrite, subluxação, e maior restrição de movimentos, pois levaria a maior dificuldade de se recuperar no pós-operatório, até que o lado oposto fosse operado no ano seguinte. Na cirurgia do quadril direito, durante a fixação do metal no fêmur, houve discreta fratura da cortical medial do pequeno trocânter, onde se decidiu amarrar o local com fio de aço (figura 2).



Figura 2 – Radiografia da pelve em ântero-posterior evidenciando reconstrução bilateral por artroplastia total do quadril, não cimentada, de cerâmica.

A paciente evoluiu bem, houve boa adaptação à prótese, sem nenhuma intercorrência nos anos seguintes às cirurgias. Realizou sessões diárias de fisioterapia e hidroterapia nos pós-operatório durante 2 anos, recuperando bem a deambulação. Ficou com sequela leve, limitação à rotação externa do quadril direito e interna do esquerdo, e desenvolveu uma tendinite do iliopsoas à direita devido o atrito do tendão desse músculo na prótese. Atualmente, aos 42 anos, a paciente pratica Pilates e elíptico como atividade física, trabalha normalmente e caminha sem dificuldades. Foi realizada densitometria óssea que evidenciou massa óssea normal (figura 3), apesar do resultado da avaliação do antebraço (figura 4), pois a captura da imagem dessa região estava mal definida, com “Region Of Interest” (ROI) fora da posição, o que levou a ser desconsiderada essa análise.

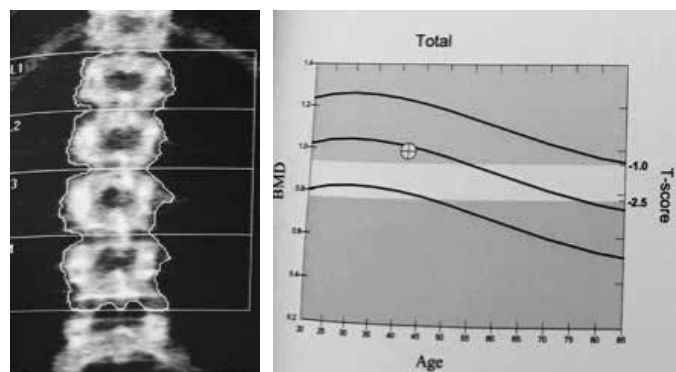


Figura 3 – Densitometria óssea da coluna lombar evidenciando massa óssea normal.

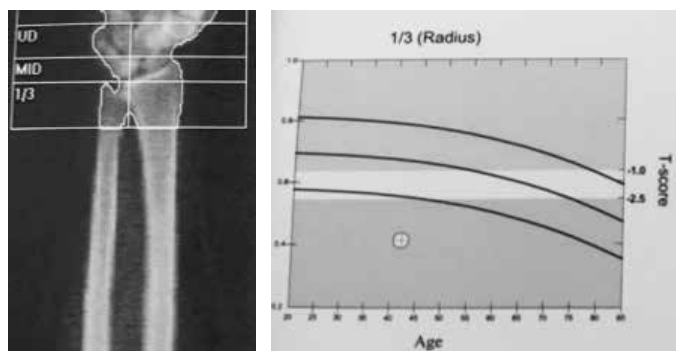


Figura 4 – Densitometria óssea do antebraço evidenciando erro de posicionamento do ROI.

DISCUSSÃO

A osteoartrite secundária a displasia severa com luxação de quadril é uma condição bastante incapacitante. A proposta da artroplastia total de quadril é restaurar a função da articulação o mais próximo possível do normal. Vários estudos recomendam em casos de luxação congênita do quadril, o uso de próteses não cimentadas no componente acetabular, sendo descritas várias técnicas. Nos casos em que há uma deficiência da parede anterior e ou superior do acetábulo, com pouca estrutura óssea, pode ser feito um auto enxerto usando a cabeça do fêmur, fixando-a superiormente com parafuso, para aumentar o acetábulo, essa técnica tem demonstrado bons resultados ⁽¹⁻⁶⁾.

Quando não é feito o auto enxerto, é usado então um material de polietileno, que deve cobrir o osso em volta do componente acetabular em pelo menos 70%. Quando esse componente não tem uma pressão suficiente, são usados parafusos para fixar no ílio. Outro fator importante no sucesso dessa cirurgia é a medialização da cabeça do fêmur no componente acetabular, o que favorece uma maior preservação da prótese e um menor risco de luxação a longo prazo ⁽¹⁻³⁾.

Existem técnicas de medialização para reconstruir acetábulo raso, uma delas é a técnica definida por Dunn Hess, conhecida como “protrusio socket”. Hartofilakidis et al ⁽⁴⁾ fez outra técnica de medialização, a cotiloplastia, escareando a parede medial sem usar fios de aço. Recentemente Dorr et al ⁽²⁾ melhorou essa técnica de medialização com revestimento poroso aparafusado sem usar enxerto. Nesse caso clínico relatado, o acetábulo era bastante deficiente com ausência de estrutura óssea para cobrir o componente acetabular da prótese, e o cirurgião optou por usar um material trabecular no acetábulo, poroso e parafusado numa posição medializada. Caso haja a necessidade de uma revisão cirúrgica, a retirada desse tipo de prótese é mais fácil reduzindo o risco de perda óssea, já que se trata de um osso displásico ⁽⁴⁻⁶⁾.

Estudos recentes comprovaram a eficácia da artroplastia total de quadril não cimentada, nos casos de osteoartrite secundária a displasia congênita com luxação superior ou inferior do quadril,

demonstrando uma melhora na função da articulação e na qualidade de vida do paciente, comparado às técnicas de artrodese ou artroplastia excisional. Esse tipo de técnica, promove uma deambulação já no terceiro dia de pós-operatório, com isso a reabilitação da função dos movimentos pode ser feita de forma mais precoce, com uso da fisioterapia ou hidroterapia.

Na paciente deste caso clínico o quadro de displasia congênita com subluxação alta do fêmur evoluiu com claudicação, osteoartrite severa e dor. Foi proposto o tratamento cirúrgico, artroplastia bilateral com uso de prótese não cimentada, foi parafusada devido a falha do acetábulo, para que houvesse uma melhor fixação da prótese. A escolha do tipo de prótese levou em conta a idade da paciente, a degeneração óssea e a facilidade para reabilitação. A prótese é composta de metal trabeculado (tântalo) no componente acetabular, cabeça do fêmur de cerâmica e o corpo do fêmur de titânio. Houve boa fixação e do lado direito foi usado um aço cirúrgico na cortical devido a pequena fratura durante a introdução da prótese. A cirurgia no quadril esquerdo foi feita há 8 anos e no direito há 7 anos.

Devemos lembrar que o diagnóstico precoce da displasia do quadril deve ser feito no neonato com as manobras de Barlow e Ortolani, ou na primeira infância com as manobras de Hart e de Nelaton-Galeazzi. Assim podemos realizar o tratamento com suspensório de Pavlik nos primeiros seis meses, tenotomia de adutores, tração e calção gessado no primeiro ano, osteotomia de Salter no segundo ano, osteotomia de Klisic (Salter mais Ombredanne) até o quinto ano de vida, e osteotomia de Colonna até o início da adolescência ^(7,8).

REFERÊNCIAS

1. Bektaser B, Solak S, Ogouz T, Acguder A, Akkurt MO. Total hip arthroplasty in patients with osteoarthritis secondary to developmental dysplasia of the hip: results after a mean of eight-year follow-up. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*. 2007; 41 (2): 108-12.
2. Dorr LD, Tamwakkol S, Moorthy M, Long W, Wan Z. Medial protrusio technique for placement of a porous-coated, hemispherical acetabular component without cement in a total hip arthroplasty in patients who have acetabular dysplasia. *J Bone Joint Surg*. 1999; 81: 83-92.
3. Ermiş MN, Dilaveroglu B, Erçelik Ö, Tuhanioğlu Ü, Karakas ES, Durakbasa MO. Intermediate-term results after uncemented total hip arthroplasty for the treatment of developmental dysplasia of the hip. *Eklemler Hastalıkları ve Cerrahisi, Joint Diseases and Related Surgery*. 2010; 21 (1): 15-22.
4. Hartofilakidis G, Stamos K, Karachalios T. Treatment of high dislocation of the hip in adults with total hip arthroplasty. Operative technique and long-term clinical results. *J. Bone Joint Surg [Am]* 1998; 80: 510-7.
5. Munigangaiah S, O'Dwyer S, Masterson E. Uncemented total hip arthroplasty in osteoarthritis of hip secondary to low and high dislocated hips: A mid-term follow-up study. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine*. 2016, v. 7, n. 2, 136-42.
6. Schwend RM, Pratt WB, Fultz J. Untreated acetabular dysplasia of the hip in the Navajo. A 34 year case series followup. *Clin Orthop*. 1999; 364: 108-16.
7. Rocha VL, Marques GL, Silva LJ, Bernardes TA, Moraes FB. Avaliação clínica e radiológica em médio prazo dos pacientes portadores de displasia do desenvolvimento do quadril submetidos à redução aberta, capsuloplastia e osteotomia de Salter. *Rev Bras Ortop*. 2014; 49 (1): 51-5.
8. Rocha VL, Thomé ALC, Castro DLS, Oliveira LZ, Moraes FB. Avaliação clínica e radiológica em médio prazo dos pacientes portadores de displasia do desenvolvimento do quadril submetidos a procedimento de Salter e Ombredanne. *Rev Bras Ortop*. 2011; 46 (1): 650-5.