

EPIFISIOLISTESE FEMORAL PROXIMAL DE ALTO GRAU

HIGH-GRADE PROXIMAL FEMORAL EPIPHYSIOLYSIS

JOSÉ ROBERTO BENITES VENDRAME, TÚLIO ROMANO TRONCOSO CHAVES, LUIZ GUSTAVO NUNES SILVA, GABRIEL JOÃO FRANCISCO SOUZA, GABRIEL RODRIGUES SILVA

RESUMO

O objetivo desse trabalho é relatar um caso de epifisiolise femoral proximal de alto grau com evolução para tratamento cirúrgico e seu risco de osteoartrite precoce no adulto jovem.

DESCRIPTORES: EPIFISIOLISE FEMORAL PROXIMAL; OSTEOARTRITE; CIRURGIA.

ABSTRACT

The aim of this study is to report a case of high-grade proximal femoral epiphysiolysis that progressed to surgical treatment and its risk of early osteoarthritis in young adults.

KEYWORDS: PROXIMAL FEMORAL EPIPHYSIOLYSIS; OSTEOARTHRITIS; SURGERY.

INTRODUÇÃO

É um escorregamento da cartilagem epifisária proximal do fêmur. O conceito descreve como sendo o escorregamento da cabeça posteriormente. Existem controvérsias a respeito, porque a cabeça estaria presa pelo ligamento redondo e estável na fossa acetabular, sendo, portanto, o colo a se deslizar. A camada de células hipertróficas da placa de crescimento apresenta condrócitos maiores, mais hidratados e fragilizados, e, portanto, acaba cedendo a traumas ou forças de cisalhamento. O transtorno ocorre na adolescência na fase de crescimento rápido, quando a atividade nestas células é mais intensa. O diagnóstico precoce e tratamento imediato é a medida mais apropriada, sendo a primeira suspeita nos casos de dor envolvendo quadril ou face interna do joelho e/ou claudicação de adolescentes. No exame físico constata-se limitação da rotação interna, abdução e flexão do quadril⁽¹⁻¹⁹⁾.

O objetivo desse trabalho é relatar um caso de epifisiolise femoral proximal de alto grau com evolução para tratamento cirúrgico e seu risco de osteoartrite precoce no adulto jovem.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino na faixa etária do estirão de crescimento com 12 anos de idade, é atendida no ambulatório do SUS em cadeira de rodas, com dificuldade de ficar em pé,

incapacidade de marcha, deformidades nos membros inferiores e queixa de dor nos quadris havia cerca de seis meses. Já havia consultados com colegas previamente e tinha optado pela conduta conservadora. Ao exame físico apresentava fenotípico de obesidade, rotação externa dos membros inferiores, flexão dos quadris limitada, impossibilidade realização da rotação interna e dor aos menores movimentos dos quadris.

Nas radiografias apresentava epifisiolise de grau máximo bilateralmente. Não foi possível apresentar as radiografias da época, pois a família perdeu os exames. Indicada cirurgia. Devido à gravidade do caso, optou-se pela osteotomia intracapsular de cunha anterossuperior no colo do fêmur. O procedimento foi realizado em tempos distintos e realizada fixação com DHS nos dois lados.

Paciente em decúbito dorsal horizontal. Abordagem lateral à articulação do quadril. Glúteo médio é dividido na sua porção anterior e abordagem até a cápsula articular. Capsulotomia em "Z", osteotomia do colo femoral com cunha de base anterossuperior, sem invadir a cortical posterior. Realizado fechamento da osteotomia delicadamente com abdução e rotação interna do membro. Feita passagem de fio de Kirschner guia com auxílio de escopia com angulação de 130 graus e passagem da fresa para colocação do pino deslizante e terminada fixação com placa DHS. Observada a correção da acentuada rotação

INSTITUIÇÃO

Santa Casa de São José do Rio Preto e Liga do Trauma da FM – UFG.

externa em que o membro se encontrava e uma flexão aceitável do quadril ao término da fixação ⁽¹⁾.

Esperou-se quarenta dias para iniciar carga parcial. O implante do lado esquerdo foi removido anos após a cirurgia e deverá ser removido do lado direito também, mas não existe queixa relativa. Paciente encontra-se com 29 anos, assintomática com boa mobilidade dos quadris. Nas documentações radiográficas atuais (figuras 1 e 2) verificam-se sinais de impacto, tanto pincer, quanto cam, mas com espaço articular bom e encurtamento do colo femoral bilateralmente. Portanto, o procedimento proporcionou até o momento 17 anos de evolução satisfatória, devolvendo a qualidade de vida praticamente normal à paciente.

A técnica é segura e suficiente para proporcionar o salvamento do quadril. Precisa ser realizada cuidadosamente respeitando a condição de vascularização do colo femoral e o repouso pós-operatório evitando complicações de soltura e sobrecarga no quadril até o indício de consolidação.

DISCUSSÃO

Os padrões fenotípicos dos adolescentes acometidos são: obeso com atraso nas características sexuais secundárias; ou longilíneo, magro e alto. Não tem etiologia firmada entre as quais se suspeita: fatores traumáticos, mecânicos, nutricionais, autoimune e metabólicos. Devido às características fenotípicas, o fator hormonal tem mais respaldo. O sexo masculino é duas vezes mais acometido que o sexo feminino. O diagnóstico é firmado por radiografia em duas posições frente e perfil. Outros métodos como ultrassonografia, tomografia e ressonância também podem ser aplicados ⁽¹⁻¹⁸⁾.

Segundo Fahey e O'Brien ⁽⁵⁾ a patologia se classifica baseando-se nos sintomas:

1- Agudo: início de sintomas súbito e diagnóstico confirmado em menos de três semanas; 2- Crônico: sintomas progressivos e diagnóstico com mais de três semanas de evolução; 3- Crônico agudizado: combinação de ambos. História de dor e claudicação insidiosa, com reagudização ou trauma.

Outro modo de classificação se baseia no grau de comprometimento anatômico (grau de escorregamento) ⁽¹⁸⁾:

Grau 0: alargamento da placa epifisária, com aumento na altura e perda do serrilhado basal.

Grau I (leve): deslocamento de 1/3 da epífise em relação ao colo femoral.

Grau II (moderado): deslocamento de metade da largura do colo femoral.

Grau III (grave): deslocamento maior que a metade da largura do colo femoral.

O tratamento da epifisiolistese foi descrito por Paré em 1572 (Apud Favassa e cols, 1998) ⁽⁶⁾. Muitas condutas surgiram



Figura 1 – Radiografias da bacia em anteroposterior (A) e em perfil de Lowenstein (B), evidenciando osteoartrite na imagem radiológica.



Figura 2 – Escanometria dos membros inferiores em anteroposterior para avaliação dos eixos e discrepâncias nos membros, além de osteoartrite nos quadris.

e seus resultados conflitantes. Dunn, em 1964, preocupado com o tensionamento dos vasos retinaculares propôs a osteotomia com encunhamento subcapital, de maneira que o encurtamento produzido reduz a chance de osteonecrose⁽⁶⁾.

O tratamento visa a prevenção de maior deformação e preservar a funcionalidade do quadril, de modo a prevenir osteoartrose futura^(6, 17, 18). O tratamento conservador por meio de repouso e evitar descarga de peso, além de ineficiente, gera transtorno pessoal e social. A conduta expectante culmina no agravamento da patologia, que é a mesma da evolução natural^(17, 18). Tal medida resultará em alterações biomecânicas importantes, fato que motivou da publicação deste caso clínico. Na evidência da patologia leve ou moderada preconiza-se a fusão por meio de fios ou parafusos^(17, 18).

A redução da deformidade deve ser evitada pelo risco de osteonecrose da cabeça. A fixação na posição em que se encontra a cabeça é o melhor tratamento. O direcionamento dos implantes deve ser preciso e evitar introdução na cartilagem articular pelo risco associado de condrolise^(4, 15, 17, 18).

O posicionamento dos implantes deve preferencialmente ficar em 90 graus com a placa de crescimento e no centro do colo. Posicionamento na parte superior e lateral da cabeça leva a risco de comprometer a circulação da epífise e subsequente necrose avascular⁽¹⁸⁾. Nos casos graves, a fixação na posição em que se encontra é uma possibilidade, seguida de ressecções da gibosidade (queilectomia), como recomendada por Herndon e cols, 1963. Osteotomias são outras possibilidades, entretanto, não é unanimidade, tendo em vista as complicações possíveis⁽¹⁸⁾.

As técnicas de osteotomia podem ser intracapsulares, ou extracapsulares (abaixo) dos trocânteres. Nas osteotomias intracapsulares tiram-se cunhas ou fragmentos trapezoidais ao nível do colo femoral, causando encurtamento e reposicionamento alinhado do colo com a cabeça^(3, 6, 8, 14, 19). Altos índices de complicações relativos à técnica a tornaram desacreditada e quase inutilizada^(9, 16, 18). As complicações são inúmeras como em todo procedimento cirúrgicos, porém as mais temíveis nesses casos são a necrose avascular e condrolise^(9, 18). Osteotomia basocervical é indicada a casos de grave escorregamento (ângulo de Southwick acima de 30 grau), com perda da flexão e rotação interna do quadril⁽¹⁾.

REFERÊNCIAS

1. Angélico ACC. Função abdução do quadril após osteotomia basocervical e cervicoplastia no escorregamento epifisário proximal do fêmur. Mestrado, USP, Ribeirão Preto, 2017.
2. Datti IP, Massa BSF, Eijnisman L, Montenegro NB, Guarniero R, Kojima KE. Estudo comparativo dos ângulos radiográficos e tomográficos na epifisiolistese do fêmur proximal. Rev. Bras. Ortop, 2017; 52 (5): 528-34.
3. Dunn DM. The treatment of adolescent slipping of the upper femoral epiphysis. J. Bone Joint Surg. [Br], 1964; 46: 621-9.
4. Elias N, Almeida AL, Oliveira LP, Mesquita KC. Epifisiolistese proximal

- do fêmur: fixação in situ com um único parafuso. Rev. Bras. Ortop. 1993; 28 (11): 829-32.
5. Fahey JJ, O'Brien ET. Acute slipped capital femoral epiphysis: re- view of the literature and report of ten cases. J. Bone Joint Surg. [Am], v. 47, p. 1105-27, 1965.
6. Favassa R, Camisa Júnior A, Martins CAQ, Roos MV. Osteotomia do colo femoral para tratamento da epifisiólise proximal do fêmur. Rev. Bras. Ortop. 1998; 33 (4): 315-20.
7. Ferreira JCA. Considerações sobre o escorregamento epifisário proximal do fêmur. Rev. Bras. Ortop. 1996; 31 (10): 809-14.
8. Fish JB. Cuneiform osteotomy of the femoral neck in the treatment of slipped capital femoral epiphysis. J. Bone Joint Surg. [Am], 1984. 66: 1153-68.
9. Gage JR, Sundberg MD, Nolan DR, Sletten RG, Winter RB. Complications after cuneiform osteotomy for moderately or severely slipped capital femoral epiphysis. J Bone Joint Surg. [Am], 1978. 60: 157-65.
10. Ganz R, Gill TJ, Gautier E, Ganz K, Krugel N, Berlemann U. Surgical dislocation of the adult hip: A technique with full access to the femoral head and acetabulum without the risk of avascular necrosis. J. Bone Joint Surg. 2001. 83-B (8): 1119-24.
11. Kramer WG, Craig WA, Noel S. Compensating osteotomy at the base of the femoral neck for slipped capital femoral epiphysis. J. Bone Joint Surg. Am., 1976; 58-A (6): 796-800.
12. Montenegro NB, Fruges Junior V, Grinfeld R, Rodrigues MB, Pereira ES, Gorios C. Ressonância magnética no diagnóstico do pré-escorregamento da epífise femoral proximal contralateral em pacientes com epifisiólise unilateral. Rev. Bras. Ortop. 2011; 46 (4): 439-43.
13. Nagaya LH, Carvalho KAM, Akkari M, Braga SR, Figueiredo MJPSS, Santili C, Vaz M, Simões R, Meves R, Bernardo WM. Epifisiólise: Diagnóstico e Tratamento das Formas de Apresentação Pré-deslizamento e Leve. Assoc. Med. Bras; Soc. Bras. Ortop. Traum., 2013.
14. Parodi D, Besomi J, Tobar C, Valderrama J, Moya LE, Mella C, Lara J, López J. Cuneiform osteotomy of femoral neck as treatment for slipped capital femoral epiphysis sequelae. Rev. Esp. Cir. Ortop. Traumatol. 2011; 55 (2): 110-5.
15. Pegoraro M, Cipola WWV. Fixação com parafuso canulado em epifisiólise femoral proximal estável. Téc. Ortop. 2001; 1: 13-8.
16. Prado JCL, Santili C, Soni JF, Polesello G, Podgaeti A. Escorregamento epifisário proximal do fêmur em sua forma de apresentação progressiva agudizada. Rev. Bras. Ortop. 1996; 31: 17-27.
17. Santili C, Akkari A, Waisberg G, Braga SR, Kasahara A, Perez MC. Evolução do escorregamento epifisário proximal do fêmur após tratamento não cirúrgico. Rev. Bras. Ortop. 2010. 45 (5): 397-402.
18. Santili C. Epifisiólise. Rev. Bras. Ortop. 36 (3): 49-56.
19. Spinelli LF, Faccioni S, Kim JH, Calieron LG, Rojas JCM. Tratamento da epifisiólise proximal femoral grave com osteotomia subtrocantérica pelo método de Ilizarov. Rev. Bras. Ortop. 2010; 45 (1): 33-9.