

Artroplastia total de quadril em pacientes com deficiência congênita do fêmur contralateral

Relato de dois casos*

PAULO GILBERTO CIMBALISTA DE ALENCAR¹, OTÁVIO LAZZARIS ANACLETO²

ABSTRACT

Total hip arthroplasty in patients with congenital deficiency of the contralateral femur. Report of two cases

The authors describe two patients submitted to total hip arthroplasty due to hip dysplasia, with the contralateral limb amputated after proximal focal femoral deficiency. A cementless prosthesis was implanted in the first patient, and is working well after three years of follow-up. The second patient had a shallow acetabulum, and the femoral head was employed as a graft, and a cemented device was applied. She has a well functioning hip, after a period of six months of follow-up. The new hip gave these patients a better quality of life with pain relief, but medium and long term follow-up complications can be anticipated. The patients are young and the limb is the only one supporting the patient's weight. The authors did not find any similar description in the literature.

Unitermos – Artroplastia; malformação congênita

Key words – Arthroplasty; congenital deformity

INTRODUÇÃO

Amputações de membro inferior sofridas em decorrência de malformações congênitas do fêmur são raras e, quan-

do associadas com alterações morfológicas do quadril contralateral, representam um problema funcional de grandes proporções. Essa associação não é incomum e graus variados de displasia são detectados, trazendo problemas de natureza ortopédica que exigem solução.

Caso essas alterações não tenham sido diagnosticadas e tratadas adequadamente em uma fase precoce, a ocorrência de artrose secundária à displasia resultará em dores e limitações funcionais, em geral na segunda ou terceira década. O aparecimento de degeneração articular é particularmente precoce pelo fato de ser um membro único de suporte da carga do peso corporal, mesmo com a utilização de prótese do membro inferior contralateral amputado.

Apesar da faixa etária baixa, o problema funcional é significativo, por vezes impossibilitando a marcha e confinando o paciente à cadeira de rodas. Em estágios avançados de coxartrose pode requerer artroplastia total do quadril (ATQ) para sua resolução.

O objetivo deste trabalho é descrever dois casos em que foi realizada ATQ em pacientes com coxartrose secundária a alterações displásicas em pacientes com amputação do membro inferior contralateral decorrentes de deficiências congênitas do fêmur proximal.

RELATO DOS CASOS

Caso 1 – L.L.N., 23 anos de idade, casada, com queixa de dor no quadril esquerdo, dificuldade para deambular e restrição da mobilidade articular. A paciente era portadora de defeito focal proximal do fêmur direito tipo C de Aitken⁽¹⁾, havia sofrido amputação da perna direita aos três anos de idade e fazia uso de prótese desse membro. Havia sido submetida a diversos procedimentos cirúrgicos prévios no quadril visando reduzir a luxação e manter a articulação centrada, sendo a última uma osteotomia varizan-

* Trabalho realizado no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

1. Chefe do Grupo de Cirurgia de Quadril e Joelho do Hospital de Clínicas da UFPR; Mestre em Ortopedia.
2. Pós-graduando do Grupo de Cirurgia do Quadril e Joelho do Hospital de Clínicas da UFPR.

Endereço para correspondência: Rua Gen. Carneiro, 181, 6ª andar – 80060-900 – Curitiba, PR. Tel./fax: (41) 262-4569.

Recebido em 19/7/01. Aprovado para publicação em 7/2/02.
Copyright RBO2002

te intertrocanteriana do fêmur esquerdo aos 12 anos de idade.

O exame físico mostrava coto de amputação do membro inferior direito com partes moles exuberantes, mas bem adaptado à prótese. O membro inferior esquerdo mostrava cicatriz cirúrgica antiga na face lateral do quadril, em bom estado. Referia dor à palpação em pontos articulares do quadril esquerdo. A mobilidade articular apresentava flexo-extensão de 15° a 40°, com demais movimentos abolidos. A radiografia mostrava sinais de artrose avançada (figura 1).

A programação cirúrgica previa medialização do componente acetabular para sua cobertura completa. Na parte femoral decidimos utilizar haste não cimentada, com fixação proximal, devido às pequenas dimensões do canal medular. Também a presença da placa da osteotomia dificultaria cimentação apropriada devido aos furos após a retirada, já que o plano era realizar a operação em um só tempo.

Durante a operação foi realizado controle radiográfico intra-operatório para verificar a posição do componente acetabular e a relação da haste de prova e o canal medular. Foi feita desinserção parcial do trocanter maior, reduzida e mantida por cerclagem metálica (figura 2). Não houve intercorrências na operação. No pós-operatório a paciente foi mantida sem apoio por seis semanas, realizando exercícios para mobilização passiva e ativa do quadril. Nessa ocasião passou a fazer uso de duas muletas e carga parcial,

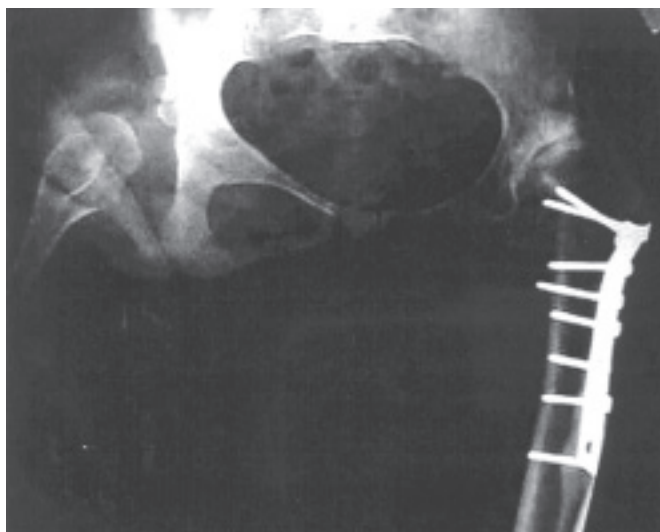


Fig. 1 – Aspecto radiográfico pré-operatório (caso 1)

Fig. 1 – Preoperative radiographic aspect (case 1)

voltando a utilizar a prótese do membro inferior contralateral. Atualmente, está com 33 meses de pós-operatório, não sente dores ou outros sintomas no quadril operado (figura 3). A mobilidade é de 0 a 110° de flexo-extensão, 30° de adução, 20° de abdução, 20° de rotação medial e 50° de rotação lateral.

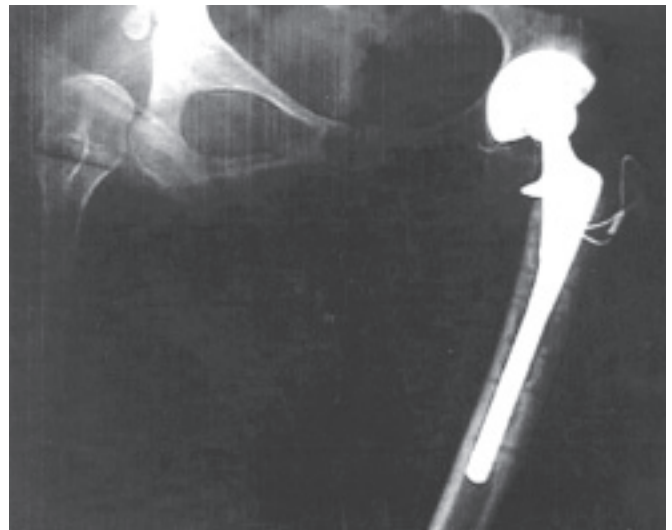


Fig. 2 – Aspecto radiográfico pós-operatório imediato (caso 1)

Fig. 2 – Immediate postoperative radiographic aspect (case 1)



Fig. 3 – Aspecto radiográfico com três anos de pós-operatório (caso 1)

Fig. 3 – Postoperative radiographic aspect after three years (case 1)

Caso 2 – M.M.P., 29 anos de idade, sexo feminino, casada, portadora de malformações congênicas diversas nos membros superior e inferior, com amputação do membro inferior esquerdo devido à deficiência focal do fêmur proximal tipo B de Aitken⁽¹⁾ e displasia acentuada do quadril direito. Fazia uso de uma prótese à esquerda e vinha apre-



Fig. 4 – Aspecto radiográfico pré-operatório (caso 2)

Fig. 4 – Preoperative radiographic aspect (case 2)

sentando dores e limitação da capacidade de marcha e de outras atividades cotidianas de modo progressivo nos últimos quatro anos. Ao exame físico notava-se marcha tipo Trendelenburg, com dor à palpação do quadril direito e restrição da mobilidade articular: flexo-extensão 20 a 60°, adução de 20 a 40° e os demais movimentos abolidos.

A radiografia do quadril mostrava subluxação com alterações displásicas graves e degeneração articular avançada (figura 4).

Pela insuficiência do teto acetabular, na operação foi programada a fixação de enxerto ósseo autólogo da cabeça femoral removida na face lateral do íliaco. Com isso foi possível colocar o quadril em sua posição anatômica, com restauração do arco de Shenton (figura 5). O componente acetabular e a haste femoral foram cimentados e foi utilizada cabeça da prótese de 22mm de diâmetro. Não houve intercorrências no pós-operatório e a paciente foi mantida sem apoio do membro inferior operado ao solo por seis semanas, realizando exercícios ativos e passivos para o quadril. Iniciou carga parcial a partir dessa ocasião com auxílio de duas muletas, que utilizou por mais dois meses. Atualmente, está com seis meses de tempo pós-operatório, sem dores, não apresenta sinal de Trendelenburg durante a marcha (figura 6). A mobilidade do quadril é de 0 a 100° de flexão, 30° de adução, 30° de abdução, 20° de rotação medial e 40° de rotação lateral.



Fig. 5 – Aspecto radiográfico com seis meses de pós-operatório (caso 2)

Fig. 5 – Postoperative radiographic aspect after six months (case 2)



Fig. 6 – Aspecto clínico da paciente, mostrando estabilidade do quadril operado na fase de oscilação do membro inferior contralateral, com prótese de membro inferior. A linha branca marca a relação entre as cristas ilíacas (caso 2).

Fig. 6 – Clinical aspect of the patient, showing operated hip stability in the stage of imbalance of the contralateral lower limb, with lower limb prosthesis. The white line shows the relationship between the iliac crests (case 2).

DISCUSSÃO

Não encontramos nenhuma referência bibliográfica sobre indicação de ATQ em situação semelhante. Há na literatura a descrição de ATQ realizada no lado afetado pela deficiência femoral proximal⁽²⁾, mas não no lado contralateral. Cabem, no que se refere às nossas pacientes, algumas considerações: a indicação de ATQ em pacientes jovens sempre é questionada, devido às complicações a longo prazo sobejamente relatadas, principalmente soltura asséptica dos componentes da prótese, além de osteólise e desgaste dos componentes. Nas situações aqui descritas, trata-se de membros inferiores que exercem função mecânica aumentada devido à ausência do correspondente contralateral. Nesse caso, há potencialização tanto da necessidade de alívio dos sintomas e melhora da capacidade funcional, para permitir melhor qualidade de vida, quanto da possibilidade de ocorrência das complicações já citadas, porque o esforço a que os implantes serão submetidos no período pós-operatório serão concentrados.

A seleção de pacientes para procedimentos de risco parece ser fundamental para o sucesso das operações. Ambas as pacientes aqui descritas tiveram educação formal completa, convivem bem com o fato de ter sofrido malformações congênitas, são casadas e exercem atividades regulares de trabalho. Foram instruídas quanto aos riscos das operações realizadas e têm atividade física limitada, o que deverá contribuir para a durabilidade dos implantes. Fazem acompanhamento pós-operatório regular e estão satisfeitas com o resultado do tratamento até o presente momento.

Em geral, nossa preferência para ATQ primária é pelo uso de próteses híbridas, pela consistência de resultados⁽³⁾.

Essas pacientes especiais mereceram considerações baseadas em fatores individuais para o uso de próteses cimentadas ou não. Na paciente do caso 1, optou-se por próteses não cimentadas pelo fato de o acetábulo ser capaz de conter um implante de dimensões adequadas (50mm), com espessura do polietileno de 8mm, combinado com o uso de cabeça de 22mm. Como havia a presença de material de osteossíntese e furos de parafusos no canal femoral, a cimentação adequada do componente femoral seria difícil de ser obtida. Optamos, portanto, por um componente não cimentado. No caso 2, as reduzidas dimensões da cavidade acetabular, mesmo com o uso de enxerto ósseo autólogo para aumentar a cobertura, exigiriam que um componente não cimentado tivesse a espessura do polietileno muito fina e, portanto, optamos por um componente acetabular Charnley de 40mm. A utilização do enxerto da cabeça femoral tem-nos proporcionado resultados satisfatórios a médio e longo prazo, além de proporcionar aumento do estoque ósseo para uma eventual revisão futura⁽⁴⁾.

REFERÊNCIAS

1. Aitken G.T.: "Proximal femoral focal deficiency – Definition, classification and management" in proximal femoral deficiency: a congenital anomaly. Washington DC, National Academy M Science Ed, 1734, 1969.
2. Kose N., Campbell R., Loredó R., Wammack L.A., Mabrey J.D.: Total hip arthroplasty in an adult with proximal femoral focal deficiency. J Arthroplasty 13: 356-360, 1998.
3. Alencar P.C.G., Sampaio W.F., Silva J.L.V., Rodrigues M.B.: Artroplastia total do quadril com o uso de próteses híbridas: resultados preliminares. Rev Bras Ortop 30: 455-459, 1995.
4. Alencar P.G.C., Klassen R., Dau L., Benato M.L.: Uso de enxerto autólogo de cabeça femoral em artroplastia total de quadril primária. Rev Bras Ortop 34: 499-504, 1999.