

Artroplastia Total do Joelho

Manual para Pacientes

Richard Prazeres Canella

Florianópolis – SC

Introdução

O joelho é a junção do fêmur (osso da coxa) com a tíbia (osso da perna). Também faz parte dessa articulação a patela (rótula), que se move de encontro ao fêmur quando o joelho se estica ou se dobra. Em uma situação normal as extremidades do fêmur e da tíbia, assim como a patela, são recobertos por uma camada de cartilagem, com espessura de aproximadamente três milímetros.

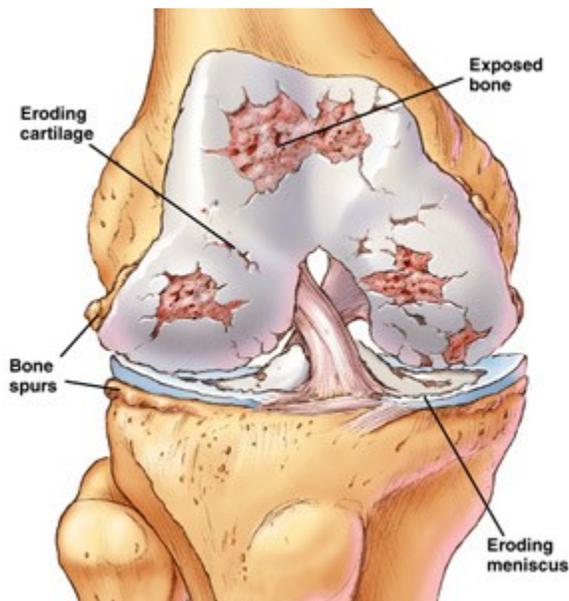


Uma radiografia do joelho normalmente mostra um espaço entre os ossos porque a cartilagem é radiotransparente (escura no raio-x).

Existe uma série de condições que causam doença na articulação do joelho. Em quase todos os casos a cartilagem articular está afetada, ou mesmo ausente. Nesta situação o osso do fêmur começa a raspar no osso da tíbia, produzindo dor. Na radiografia se nota que o fêmur está encostado na tíbia e há também a formação de osteófitos, conhecidos como “bicos de papagaio”, que ocorrem por uma reação óssea à instabilidade causada pelo desgaste articular.

A doença mais comum que afeta o joelho é a ARTROSE que é o resultado do desgaste da cartilagem do joelho. Há outros termos que podem ser usados para designar essa doença, como osteoartrose, doença degenerativa articular, artrite degenerativa, gonartrose. A artrose pode ocorrer sem causa aparente, ou por uma causa conhecida ou preexistente como: artrite reumatóide, artrite psoriática, sequelas de fraturas do fêmur ou da

tíbia, osteonecrose do côndilo femoral. A dor provocada pelo desgaste da cartilagem do joelho não tem uma característica específica, podendo ser mais intensa na frente do joelho.



Para o diagnóstico, além da história clínica de dor progressiva, o paciente apresenta-se também com limitação de movimentação do joelho, falta de “segurança” para caminhar, rigidez articular, crepitação (estalido), claudicação (dificuldade para caminhar), evoluindo com deformidade progressiva da articulação. Para se comprovar a hipótese de artrose o exame complementar mais utilizado é a radiografia, onde se observam os sinais característicos: diminuição do espaço articular, esclerose subcondral, presença de osteófitos e geodos.

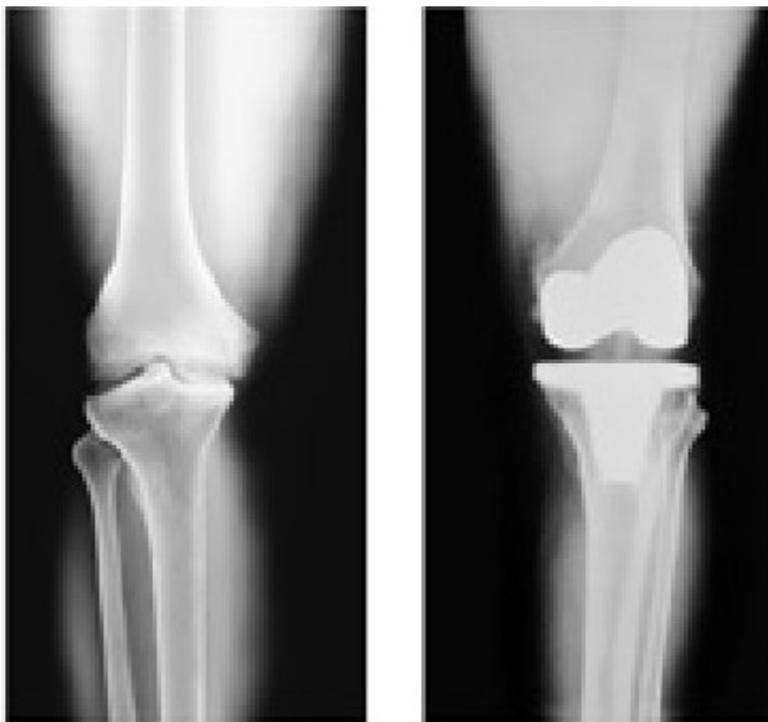
O tratamento da artrose do joelho pode ser dividido em conservador ou cirúrgico.

No tratamento conservador estão incluídos medicações, fisioterapia, medidas para diminuir a carga no joelho como uso de bengalas, perda de peso. Para evitar problemas circulatórios e cardíacos causados pela diminuição de atividades são recomendados exercícios aeróbicos de baixo impacto como natação e hidroginástica.

O tratamento cirúrgico deve ser indicado naqueles casos onde não se observa alívio dos sintomas com medidas conservadoras. Os tipos de procedimentos cirúrgicos podem ser divididos em osteotomias (femorais ou tibiais), artrodeses ou artroplastias. Será indicada qual a melhor cirurgia para cada caso em decisão conjunta do ortopedista e do paciente.

Artroplastia Total do Joelho

Na década de 60, o cirurgião-ortopedista Sir John Charnley, trabalhando ao lado de engenheiros na Inglaterra, desenvolveu a moderna artroplastia total do quadril. Tal operação obteve excelentes resultados e outros cirurgiões passaram a realizar a artroplastia também no joelho. O sucesso desse procedimento desencadeou uma série de pesquisas científicas que levaram ao desenvolvimento de melhores técnicas cirúrgicas e evolução na qualidade dos materiais dos implantes, diminuindo tempo de cirurgia, riscos anestésicos e aumentando a durabilidade das próteses.



A artroplastia do joelho é uma operação em que é feita a cobertura apenas das superfícies ósseas danificadas do fêmur, tíbia e patela, sendo que a cartilagem degenerada é substituída por peças de metal e plástico. As peças são fixadas ao osso através de um cimento plástico especial chamado polimetilmetacrilato.

Após a colocação da prótese, o metal que cobre o fêmur fica em contato com o plástico que cobre a tíbia, não havendo mais contato “osso com osso”, aliviando a dor. O plástico que é utilizado nas próteses é chamado polietileno de densidade ultra-alta e apresenta um desgaste muito pequeno ao longo do tempo em contato com o metal polido.

Antes de se realizar a cirurgia, o paciente deve ser submetido a exames (laboratório, eletrocardiograma, radiografias) sendo requisitados pelo médico ortopedista ou pelo clínico que o acompanha e serão avaliados pelo anestesista.

O tempo de internação varia de 3 a 5 dias, dependendo da recuperação pós-operatória de cada paciente. No primeiro dia após a cirurgia, são orientados exercícios no leito hospitalar, com acompanhamento de um fisioterapeuta, no segundo ou terceiro dia, geralmente, o paciente é estimulado a sair do leito e iniciar pequenas caminhadas com uso de muletas ou um andador, aumentando progressivamente nos próximos dias. São orientadas algumas posições que devem ser evitadas como sentar em cadeiras baixas, agachar-se ou andar sem muletas por período de seis a oito semanas (tempo de cicatrização).

O paciente recebe alta hospitalar e retorna no consultório após 10 dias para curativo e avaliação da ferida operatória. Segue com reavaliação em 3 semanas para novas orientações e retirada dos pontos. O uso das muletas é geralmente indicado por 6 a 8 semanas desde a cirurgia. Novas avaliações são realizadas com 2 meses, 4 meses, 8 meses, 1 ano e depois a cada ano.

Na artroplastia total do joelho as possibilidades são que 95% das vezes não ocorram problemas graves. Porém, como em qualquer outro procedimento cirúrgico, existem complicações precoces e tardias. As mais comuns são:

1- Tromboembolismo pulmonar: que deve ser prevenido com medicações após a cirurgia, uso de meias elásticas e exercícios fisioterápicos ainda durante a internação hospitalar e seguidos em casa e na clínica de fisioterapia;

2- Lesão nervosa: ocorre uma dificuldade de movimentação do pé para cima ou perda/diminuição de sensibilidade na perna e pé ipsilateral, mas na maioria dos casos há recuperação espontânea (neuropraxia);

3 – Deiscência de sutura: a pele que recobre o joelho na ferida operatória pode não cicatrizar, é uma complicação rara e todas as medidas (pré, trans e pós-operatórias) são tomadas para evitar que isso aconteça;

4- Infecção: é prevenida principalmente com antibiótico endovenoso, sendo injetado pelo médico anestesista momentos antes de começar a cirurgia e seguido durante a internação hospitalar;

5- Afrouxamento Asséptico: a prótese solta do osso, sem infecção, devendo ser trocada. É uma complicação tardia (ocorre alguns anos após a cirurgia), e é determinada pelo emprego correto das técnicas cirúrgicas e também pela qualidade do material da prótese.

Indico na maioria dos casos implantes de fabricação estrangeira, principalmente de fábricas americanas e européias, por acreditar em melhor controle de fabricação dos materiais, além de melhor instrumental para adaptação dos componentes com o objetivo de aumentar o tempo de duração da prótese. A perfeita relação entre *templates* / fresas / testes / prótese possibilita ao ortopedista, durante a cirurgia, realizar de forma eficaz o que foi programado no período pré-operatório.

É uma satisfação apresentar-lhe este manual e espero que ele possa ajudá-lo a entender o seu problema e o tratamento indicado. Estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida que lhe tenha restado.

Curriculum Vitae

(resumido e em ordem cronológica)

- 1- Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC.
- 2- Especialização em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital Universitário (HU) e Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), Florianópolis, SC.
- 3- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), São Paulo, SP.
- 4- Pós-graduação em Cirurgia de Quadril e Joelho, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), Curitiba, PR.
- 5- Membro da Sociedade Brasileira do Quadril (SBQ), São Paulo, SP.
- 6- Preceptor da Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Florianópolis, SC.
- 7- Estágio em Cirurgia de Revisão de Artroplastia Total do Quadril e Joelho e Artroplastia Minimamente Invasiva, *Mount Sinai Hospital*, Toronto, Canadá.
- 8- Treinamento em Artroscopia do Quadril na Academia Americana de Ortopedistas (*American Academy of Orthopaedic Surgeons - AAOS*), Chicago, Illinois, EUA.
- 9- Membro Internacional da Academia Americana de Ortopedistas (*American Academy of Orthopaedic Surgeons - AAOS*), Chicago, Illinois, EUA.
- 10- Estágio em Cirurgia Reconstructiva do Quadril e Joelho, *Royal Devon & Exeter Hospital, Princess Elizabeth Orthopaedic Centre*, Exeter, Inglaterra.
- 11- Membro da *International Society for Hip Arthroscopy (ISHA – The Hip Preservation Society)*, Suíça.

- 12- Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Imperial Hospital de Caridade, Florianópolis, SC.

Contatos

TELEFONES:

- 1- CORE: (048) 3229-4000 / 98476-1155 / 98403-8904
- 2- HOSPITAL DE CARIDADE: (048) 3221-7500
- 3- HOSPITAL BAIA SUL: (048) 3229-7777

SITE:

<https://www.richardcanella.com/>

EQUIPE MÉDICA:

Dra. Simone Zambeli Alberti (Ortopedista): 3364-0800

Dr. Gerson Gandhi Ganev (Ortopedista): 3224-7466

Dr. Gustavo Maia Moreira (Clínico / Intensivista): 3024-2424

SECRETÁRIOS:

Sra. Sueli Maria Canella: 99962-7444 | sucanella@yahoo.com.br

Sra. Fernanda Melo: 98476-1155 | fernanda@clinicacore.com.br

Sra. Maria Luiza Schmitz: 99664-2876 | maria@clinicacore.com.br

Sr. Marco Aurélio Fontella Jr: 98804-5664 | marcofontella@clinicacore.com.br

Obs: Os contatos com os secretários poderão ser feitos pessoalmente (consultório 5) durante os atendimentos na clínica CORE, por e-mail ou por WhatsApp.