

# **Artroplastia Total do Quadril**

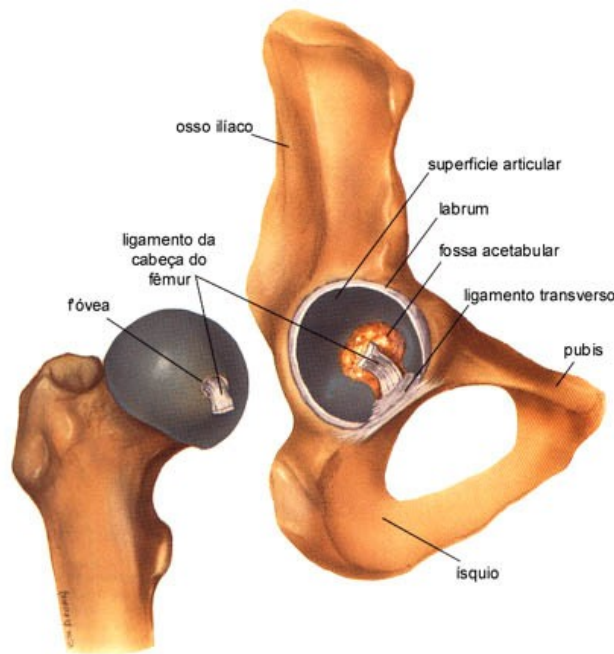
## **Manual para Pacientes**

**Richard Prazeres Canella**

**Florianópolis – SC**

## Introdução

O quadril, para o médico, é a junção do fêmur (osso da coxa) com a bacia. As pessoas leigas referem-se à região da nádega como sendo o quadril, mas não é uma denominação adequada. A articulação do quadril é uma junta entre uma esfera (cabeça do fêmur) e uma cavidade (acetábulo), sendo estes cobertos por uma cartilagem com espessura de aproximadamente três milímetros.



As principais funções do quadril são suportar o peso corpóreo e oferecer movimento para a locomoção.

Diferentemente de outras articulações, como o ombro e o joelho, o quadril é dependente, quase que exclusivamente, do seu arcabouço ósteo-cartilaginoso. Portanto, pequenos desalinhamentos ou mínimas alterações da congruência articular levarão ao desgaste da cartilagem articular.

A mais comum doença do quadril é a ARTROSE que é o resultado do desgaste da cartilagem articular. Há outros termos que podem ser usados para designar essa doença, como osteoartrose, doença degenerativa articular, artrite degenerativa, coxartrose. A artrose pode ser de dois tipos: primária, quando o processo ocorre sem causa aparente, e secundária, quando o processo ocorre por uma causa conhecida ou preexistente, como: osteonecrose da cabeça femoral, seqüela de fratura, Doença de Legg-Calvé-Perthes,

displasia do desenvolvimento do quadril, artrite reumatóide, artrite séptica, espondilite anquilosante, Doença de Paget ou Impacto Fêmoro-Acetabular (IFA).



A dor provocada pelos problemas de quadril é sentida geralmente na virilha, irradiando pela coxa até o joelho, não sendo raro o paciente procurar o médico acreditando que o problema está no joelho e não no quadril.

Para o diagnóstico, além da história clínica de dor progressiva, o paciente apresenta-se também com limitação de movimentação do quadril, até rigidez articular, crepitação (estalido), claudicação (dificuldade para caminhar), dificuldade progressiva para vestir meias ou amarrar sapatos e até dificuldade para se levantar de cadeiras com assentos muito baixos. 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 quadril pode ser dividido em conservador e cirúrgico.

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

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

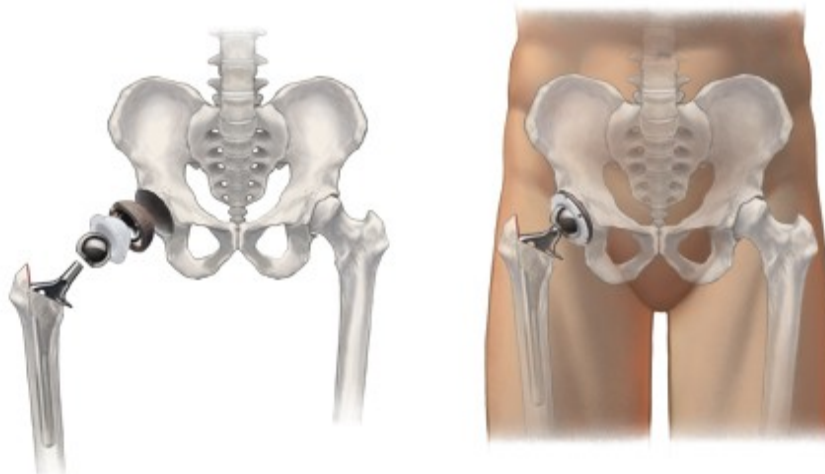
## Artroplastia Total do Quadril

Na década de 60, o cirurgião-ortopedista Sir John Charnley trabalhando ao lado de engenheiros na Inglaterra desenvolveu a moderna artroplastia total de quadril. Tal operação consistia em remover a cabeça de fêmur, sendo esta substituída por uma esfera metálica na ponta de uma haste (componente femoral) que se encaixava dentro do fêmur, que tem um canal oco. A parte da bacia, no acetábulo, era posicionada uma peça de plástico (componente acetabular), onde se articulava a cabeça metálica. Ambos os componentes eram fixados ao osso com cimento de metilmetacrilato.

O sucesso desse procedimento desencadeou uma série de pesquisas científicas que levaram ao desenvolvimento de melhores técnicas cirúrgicas, evolução na qualidade do material dos implantes, diminuindo tempo de cirurgia, riscos anestésicos e aumentando a durabilidade das próteses.

Há vários tipos e desenhos das próteses, mas basicamente se dividem em cimentadas, não-cimentadas e híbridas, indicadas observando-se a densidade mineral do osso e preferência técnica do cirurgião.

Uma prótese cimentada é aquela onde tanto o componente femoral quanto o acetabular são fixados ao osso por cimento de polimetilmetacrilato; uma prótese não-cimentada a fixação é por crescimento ósseo para o interior de porosidades nos componentes metálicos (osteointegração); uma prótese híbrida o componente femoral é cimentado e o acetabular não-cimentado.



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 a distância nos dias seguintes. São orientadas algumas posições que devem ser evitadas como sentar em cadeiras baixas, agachar-se, cruzar as pernas e girar a perna para dentro, por período de seis semanas (tempo de cicatrização da cirurgia).

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.

A artroplastia total do quadril é um exemplo de um dos maiores sucessos da ortopedia no século XX. 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: deve ser prevenido com medicações anti-coagulantes e meias elásticas após a cirurgia, exercícios fisioterápicos ainda durante a internação hospitalar e seguidos em casa e na clínica de fisioterapia;

2- Luxação: é mais comum nas seis primeiras semanas (a prótese sai do lugar) onde o tecido cortado na cirurgia ainda está cicatrizando e algumas posições devem ser evitadas como sentar em cadeiras baixas, agachar-se, cruzar as pernas e girar a perna para dentro;

3- Discrepância de Membros Inferiores: é a complicação mais comum, minimizada com planejamento criterioso pré-operatório e tratada normalmente com uso de palmilha na perna menor;

4- Lesão nervosa: ocorre uma dificuldade de movimentação do pé para cima e diminuição da sensibilidade da perna e pé ipsilaterais, mas na maioria dos casos há recuperação espontânea (neuropraxia);

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

6- 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 europeias, 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](mailto:sucanella@yahoo.com.br)

Sra. Fernanda Melo: 98476-1155 | [fernanda@clinicacore.com.br](mailto:fernanda@clinicacore.com.br)

Sra. Maria Luiza Schmitz: 99664-2876 | [maria@clinicacore.com.br](mailto:maria@clinicacore.com.br)

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