

**Revisão de
Artroplastia Total do Joelho**

Manual para Pacientes

Richard Prazeres Canella

Florianópolis – SC

Introdução

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.



A “revisão de artroplastia total do joelho” é uma cirurgia na qual um ou mais componentes da prótese são trocados por implantes novos, para corrigir algum problema com o implante atual. Esse procedimento pode ou não ser acompanhado de transplante de tecido ósseo para reconstrução articular.

Indicações mais comuns

1- Soltura Asséptica dos Componentes

Para uma prótese de joelho ser funcional ela deve estar bem presa ao osso. No entanto, com o passar do tempo os componentes podem ir se soltando do osso, o que pode causar dor e instabilidade.

Nem sempre é possível definir a causa da soltura da prótese de joelho, mas fatores como atividades de alto impacto, sobrepeso/obesidade e desgaste mecânico do componente de polietileno podem contribuir para esse processo.

A causa mais comum da soltura asséptica é a formação de micropartículas (debris) geradas pelo desgaste do componente de polietileno que se acumulam ao redor da articulação e desencadeiam uma resposta imune do próprio paciente que provoca um fenômeno chamado osteólise (reabsorção do osso ao redor da prótese) perdendo a fixação do implante ao osso.



Avanços na engenharia de materiais e bioengenharia estão diminuindo a incidência desse problema em comparação com algumas décadas atrás, de forma que a incidência desse fenômeno está diminuindo.

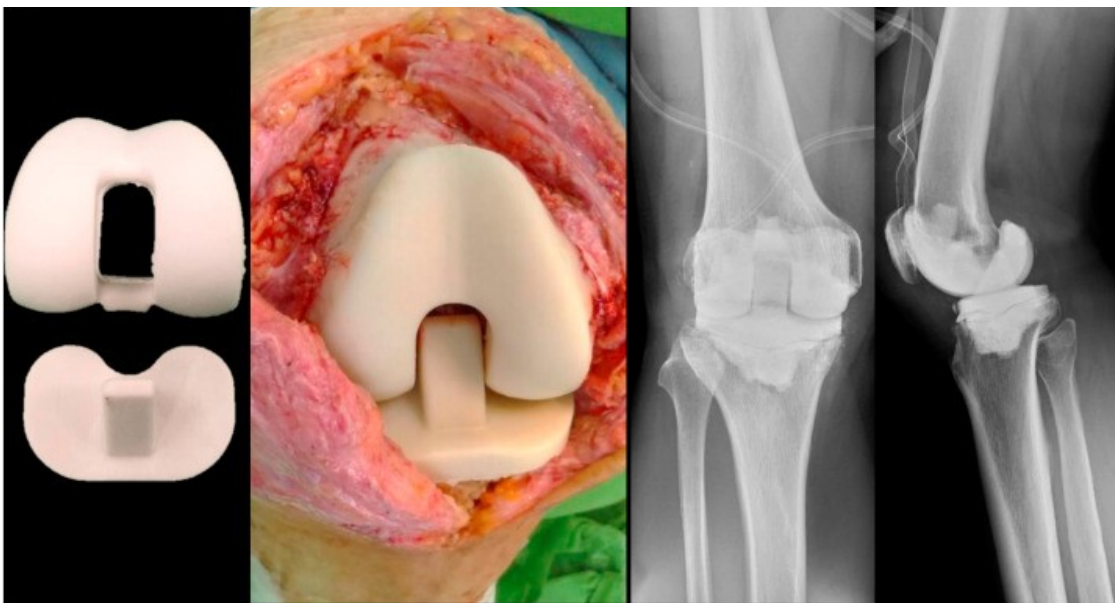
2- Soltura Séptica dos Componentes

A infecção na prótese de joelho pode causar o processo de soltura precoce dos implantes. Esse processo de contaminação por microrganismos (bactérias, fungos) pode ter sido causado durante a cirurgia (infecção hospitalar), por problemas na cicatrização da ferida (mais frequentes em fumantes, diabéticos e/ou obesos) ou de origem hematogênica (microrganismos chegam na prótese via sanguínea em pacientes com infecção dentária, urinária, pulmonar...).

O paciente geralmente apresenta dor intensa no joelho sendo pior ao deambular. Pode apresentar sintomas de infecção, tais como febre, vermelhidão e saída de secreção pela ferida operatória, mas muitas vezes o quadro é leve e pouco perceptível onde nem sempre o diagnóstico do processo infeccioso é tão claro.

A requisição de exames laboratoriais e de imagem devem seguir as recomendações do ortopedista e/ou do infectologista.

Se confirmada a infecção na prótese, o tratamento pode ser realizado com limpeza cirúrgica e troca do polietileno (em casos agudos) ou pode ser indicada “em 2 tempos” onde a primeira cirurgia é para retirada dos implantes e confecção de espaçador com antibióticos (imagem abaixo). Na segunda cirurgia, após o tratamento da infecção com antibióticos endovenosos e orais, é realizada a reconstrução articular ou mesmo artrodese.

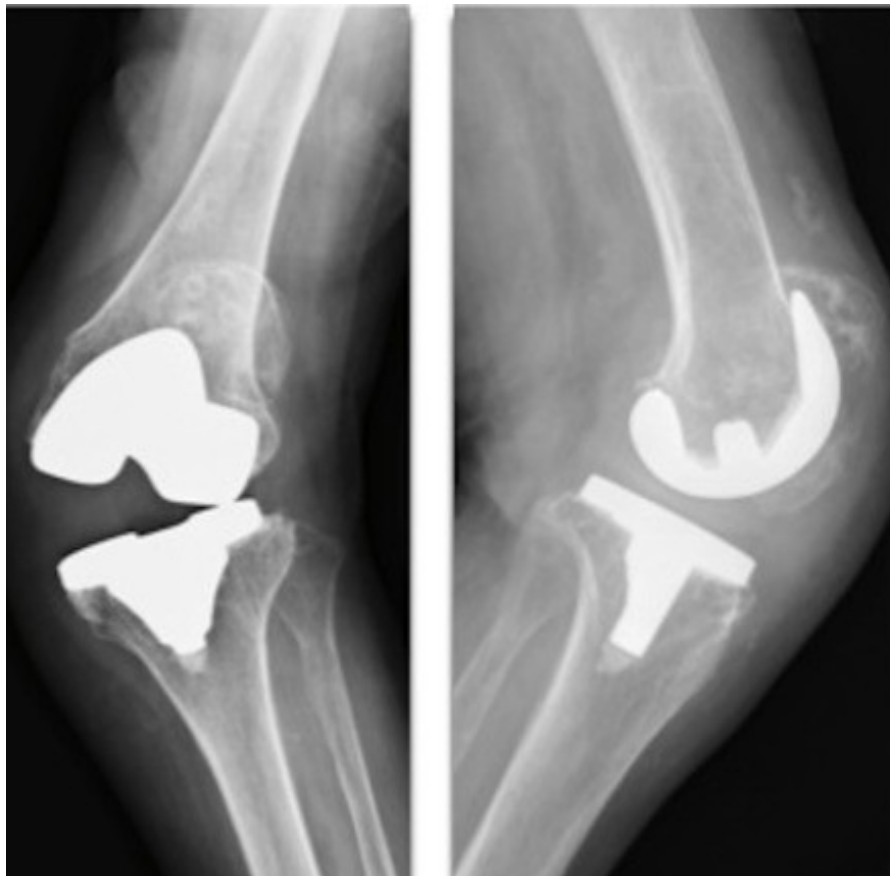


3- Instabilidade Articular

Se os ligamentos que ajudam a sustentar e dar estabilidade ao seu joelho sofrem alguma lesão ou ficam desbalanceados seu joelho pode ficar instável, dificultando atividades diárias simples.

A maioria das próteses de joelho é desenvolvida para funcionar em conjunto com os ligamentos do paciente, qualquer alteração nesses ligamentos pode prejudicar o correto funcionamento da prótese.

Algumas vezes, nos casos com pouca instabilidade, é possível resolver o problema com fisioterapia e uso de joelheiras. Mas nos casos de instabilidade grosseira ou falha do tratamento conservador inicial o tratamento cirúrgico pode ser necessário com a troca dos implantes por próteses constrictas (*CCK / Hinge*).



4- Rigidez

Eventualmente um joelho submetido a artroplastia total pode não alcançar um arco de movimento mínimo necessário a realização das atividades de vida diárias. Quando isso acontece pode ser necessário fazer uma manipulação do joelho sob sedação ou algum outro procedimento pra liberar a fibrose que pode se formar após a cirurgia. Outra alternativa é tentar remover a fibrose excessiva cirurgicamente, por meio de cirurgia aberta ou artroscópica.



Nos casos em que as alternativas terapêuticas anteriores (manipulação articular sob sedação e artrólise cirúrgica) são infrutíferas, pode ser necessário fazer uma artroplastia de revisão de joelho.

Revisão de Artroplastia Total do Joelho

A técnica cirúrgica a ser realizada está diretamente relacionada a indicação do procedimento e o grau de perda óssea periprotética.

Há desde procedimentos mais simples como a troca isolada do polietileno (indicação rara) até intervenções extremamente complexas com osteotomias tibiais, transplante de tecido ósseo, uso de próteses especiais com fixação diafisária no fêmur e na tibia, utilização de metal trabecular para preenchimento dos defeitos ósseos (osteólise).

Mesmo com todo o planejamento pré-operatório e a decisão da técnica/materiais a serem utilizados, os achados transoperatórios podem mudar a conduta cirúrgica. Então, são deixados à disposição no hospital todas as opções de implantes para a adequada realização do procedimento. São alguns exemplos de componentes femorais e tibiais de revisão:



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

O tempo de internação varia de 5 a 7 dias, dependendo da recuperação pós-operatória de cada paciente e do resultado dos exames laboratoriais. 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 revisão de 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.