

Artroscopia do quadril: indicações e técnica

LAFAYETTE AZEVEDO LAGE¹, ROBERTO CAVALIERI COSTA²

RESUMO

A artroscopia do quadril é procedimento pouco invasivo, permitindo alta hospitalar precocemente e curto período de reabilitação. Os autores recomendam o uso da artroscopia do quadril no diagnóstico do quadril doloroso quando investigações não invasivas forem inconclusivas; para diagnóstico e tratamento da artrite séptica e lesões do lábio acetabular; para remoção de corpos livres intra-articulares; e desbridamento da osteoartrose leve ou moderada de pacientes relativamente jovens.

Unitermos – Artroscopia do quadril; lesão do lábio acetabular (*labrum*); distrator de quadril

SUMMARY

Hip arthroscopy: indications and technique

Hip arthroscopy is a minimally invasive procedure, which allows early discharge from hospital and short rehabilitation time. The authors recommend the use of hip arthroscopy in the diagnosis of hip pain in which non-invasive investigations have failed, for the diagnosis and treatment of septic arthritis and torn acetabular labrum, and for the removal of loose bodies and the debridement of mild to moderate osteoarthritis in young patients.

Key words – *Hip arthroscopy; torn acetabular labrum; hip distractor*

INTRODUÇÃO

O tratamento de patologias de joelho, tornozelo, ombro, cotovelo e punho por via artroscópica pode já ser familiar para muitos. Entretanto, o uso do artroscópio para examinar e tratar certas doenças do quadril é um novo conceito para muitos profissionais da área de saúde.

Embora considerada uma idéia moderna, a artroscopia do quadril foi realizada pela primeira vez em 1931 por Burman⁽¹⁾

em cadáveres. A artroscopia do quadril permaneceu no esquecimento até os anos 80, talvez pelas dificuldades técnicas encontradas. Gross⁽⁴⁾, em 1977, relata alívio dos sintomas em pacientes portadores de necrose asséptica da cabeça do fêmur após irrigação por via artroscópica. Shifrin & Reis⁽⁷⁾, em 1978, publicaram trabalho relatando o uso do artroscópio para empurrar um fragmento de cimento acrílico que se encontrava interposto entre o componente acetabular e o componente femoral, com sucesso, tornando a prótese total do quadril do paciente estável novamente sem a necessidade de uma artrotomia de maior porte. Em 1980, Holgersson & col.⁽⁶⁾ examinaram quadris de pacientes jovens com artrite reumatóide juvenil, declarando que obtiveram muito mais informações sobre o aspecto das cartilagens do acetábulo e da cabeça do fêmur pela artroscopia do que por via aberta, preconizando a utilização do artroscópio no quadril precocemente para o estadiamento das afecções inflamatórias. Dessa forma, a artroscopia é método excelente para realizar uma biópsia dirigida, auxiliando no planejamento terapêutico, fornecendo também imagens coloridas e tridimensionais da articulação coxofemoral. A artroscopia do quadril pode minimizar a dor, pela diminuição da hiperpressão intra-articular existente nos processos inflamatórios de origem reumatológica e infecciosa.

Inúmeras publicações sobre o assunto surgiram após 1980; porém, na maioria, relatam experiências pequenas. Os países com maior experiência são Inglaterra, Japão, Estados Unidos, França e Alemanha.

Em 1993, o autor realizou estágio, em Cambridge, com o professor Richard Villar, a maior autoridade mundial no assunto, contando com mais de 500 pacientes operados.

MATERIAL E MÉTODO

Trinta e três pacientes com idade variando entre cinco e 77 anos foram operados pelo autor. Recomendamos o uso da anestesia geral, devido à desconfortável posição do paciente durante a cirurgia, embora as anestésias raquidiana e peridural também possam ser utilizadas. São necessários equipamentos óptico e cirúrgico especiais para quadril, os quais diferem

1. Mestre em Ortopedia pela FMUSP.

2. Chefe do Grupo de Quadril Adulto do IOT-HCFMUSP.

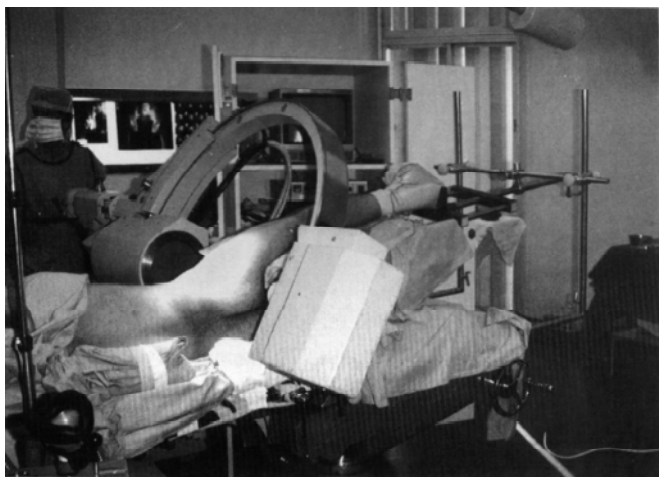


Fig. 1 – Paciente posicionado para artroscopia do quadril direito com membro inferior direito fixado ao distrator de quadril

daquele utilizado na artroscopia de outras articulações, além de distrator especial para quadril, que, através da combinação de forças transversais e longitudinais aplicadas no membro inferior a ser operado, fornece excelente distração do quadril de até 4cm, uma vez que a força resultante segue exatamente o sentido do colo do fêmur.

Técnica cirúrgica

1) Fazemos a tricotomia do quadril a ser operado e lavamos o mesmo com solução aquosa de polivinilpirrolidona com 1% de iodo ativo, em solução a 10%, e lauril éter sulfato de sódio a 25%.

2) Posicionamos o paciente em decúbito lateral em mesa cirúrgica comum, com o membro inferior a ser operado preso ao distrator de quadril a 30 graus de abdução (figura 1).

3) Posicionamos o intensificador de imagens. O cirurgião e toda a equipe presente na sala de cirurgia devem estar apropriadamente paramentados com aventais de chumbo. O cirurgião deverá também proteger sua tiróide com colar chumbado.

4) Colocamos os campos operatórios, deixando um espaço retangular na região onde serão feitos os portais. Sobre esse espaço, é colocado um campo adesivo plástico impermeável.

5) Introduzimos agulha calibre 22 aproximadamente acima da porção médio-superior do grande trocater.

6) Sob visualização do intensificador de imagens, a agulha atinge a articulação. Estando a agulha dentro da articulação, coletamos líquido sinovial para análise.

7) Desconectamos a seringa, deixando a agulha imóvel, e visualizamos pelo intensificador de imagens se ocorre entrada de ar, uma vez que o quadril tem pressão negativa em relação à

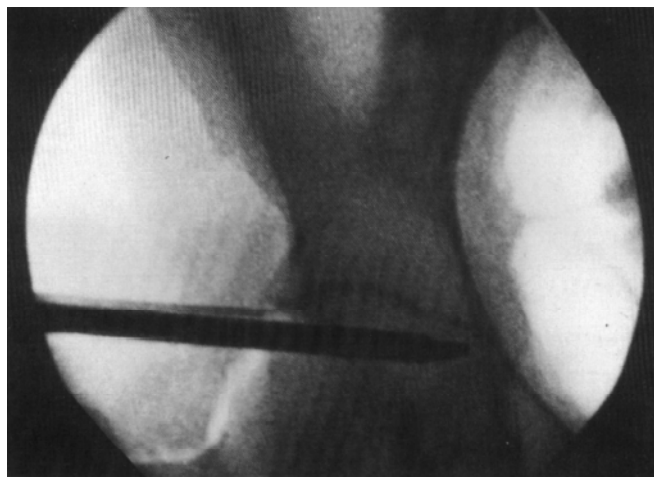


Fig. 2 – Agulha de infusão e artroscópio no intensificador de imagens

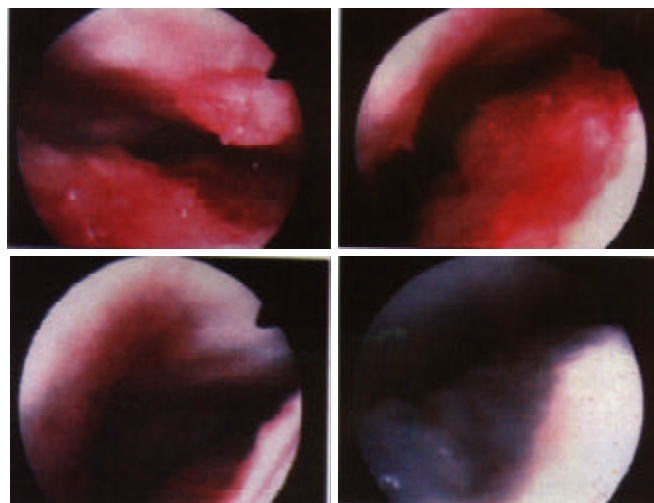


Fig. 3 – Necrose asséptica de cabeça do fêmur. Artrite reumatóide juvenil.

pressão atmosférica externa.

8) Confirmada a entrada do ar, fazemos tração e injetamos cerca de 10ml de solução salina na articulação, aumentando o espaço articular.

9) Uma vez que o espaço articular aumentou cerca de 5mm, retiramos a agulha 22 e introduzimos a de calibre 14 pelo mesmo trajeto.

10) Infundimos cerca de 30 a 40ml de solução salina a 0,9%; será esta combinação entre tração e infusão de solução salina que irá expandir o espaço articular cerca de 3 a 4cm.

11) Introduzimos o fio metálico por dentro da agulha e retiramos a agulha.

12) Realizamos incisão na pele e tecido celular subcutâneo de 5mm junto ao fio metálico e colocamos os bastões canula-

dos em ordem crescente de diâmetro, utilizando o fio metálico como guia, de forma a permitir a dilatação do trajeto por onde será introduzida a bainha protetora do artroscópio.

13) Colocamos a bainha protetora do artroscópio dentro da articulação, retiramos os bastões canulados e o fio metálico.

Finalmente, introduzimos o artroscópio por dentro da bainha protetora até a articulação (figura 2).

Instalamos a cânula de irrigação junto à bainha protetora e a câmera ao artroscópio. Conectamos a sonda de as-

mesmos passos devem ser realizados para se preparar os portais adicionais. Através destes portais serão introduzidos os instrumentos operatórios propriamente ditos, como o *probe*, a pinça de biópsia e a lâmina do . É importante lembrar que a cada 30 minutos deve-se fazer leve distração do quadril,

16) Fazemos curativo oclusivo com gase seca, não haven-

17) Recomenda-se uso de muletas por três dias no período

por 30 dias.

DISCUSSÃO

das em diagnóstica e terapêutica (quadros 1 e 2).

QUADRO 1
Indicações para diagnóstico

Artroscopia diagnóstica:

- 1) Diagnóstico do quadril doloroso na criança;
- 2) Dor no quadril a esclarecer após um tratamento conservador sem sucesso no adulto;
- 3) Avaliação da artrite crônica juvenil;
- 4) Avaliação do quadril doloroso após o insucesso do tratamento conservador;
- 5) Coleta de material para biópsia;
- 6) Estadiamento da cartilagem articular para planejamento terapêutico;
- 7) Isolamento de organismo infeccioso na artrite séptica;
- 8) Avaliação do quadril osteoartrítico com o objetivo de planejar para o futuro cirurgia mais invasiva;
- 9) Avaliação da osteocondrite dissecante da cabeça femoral ou acetábulo, da necrose asséptica da cabeça femoral e da epifisiólise femoral proximal durante a fixação *in situ*;
- 10) Estudo da fisiopatologia de patologias não bem esclarecidas.

QUADRO 2
Indicações para tratamento

Artroscopia terapêutica:

- 1) Desbridamento da articulação do quadril para alívio da dor na osteoartrose;
- 2) Remoção de corpos livres, corpos estranhos ou cimento ósseo após artroplastia total do quadril;
- 3) Sinovectomia e desbridamentos nas artrites e sinovites;
- 4) Lavagem e desbridamento da artrite séptica;
- 5) Excisão da lesão de um lábio acetabular roto;
- 6) Artroplastias total de quadril infectadas sem soltura dos componentes da prótese;
- 7) Lesões do ligamento da cabeça do fêmur ou ligamento redondo;
- 8) Regularização de traços de fraturas intra-articulares da cabeça ou do acetábulo.

Os pacientes com artrose leve e moderada do quadril são submetidos ao desbridamento da articulação com lâminas de *shaver* especiais para quadril e, nesses casos, o uso de muletas é mandatório durante seis semanas, a fim de se aguardar a formação de nova fibrocartilagem sobre as áreas que foram desbridadas. Nesses casos de artrose, a artroscopia de quadril possibilita alívio significativo da dor, podendo-se assim postergar ou até mesmo evitar cirurgia de maior porte, como uma artroplastia ou uma osteotomia⁽⁸⁾.

Dentro da medicina esportiva, a melhor indicação são as lesões do lábio acetabular (também chamado de *labrum*) e as lesões do ligamento redondo. Em nossa pequena casuística, contamos com quatro lesões do *labrum* e duas do ligamento redondo, com excelentes resultados já no período pós-operatório imediato. O *labrum* é uma fibrocartilagem triangular muito semelhante ao menisco do joelho, sendo responsável por dor, geralmente na região da virilha, em 80% dos casos ou dor na região glútea ou face lateral da coxa em 20% dos casos, algumas vezes acompanhada por falseios, travamentos e *clicks* na articulação coxofemoral.

As lesões do *labrum* acetabular não só ocorrem em jovens como também em pacientes de meia-idade portadores de quadris displásicos, isto é, com o acetábulo “raso” ou com o ângulo de inclinação do colo de fêmur aumentado. A lesão do *labrum* acetabular é considerada também por Catteral & Hawkins⁽⁵⁾ como responsável pela artrose primária ou idiopática do quadril, pois a posição invertida, ou seja, entre a cabeça do fêmur e o acetábulo desta estrutura, causaria uma incongruência articular, levando a um desgaste precoce desta nobre articulação de carga.

CONCLUSÃO

A artroscopia do quadril fornece mais informações que a RNM nas patologias intra-articulares, segundo James Glick⁽²⁾

e Richard Villar⁽⁹⁾; portanto, deveria fazer parte do arsenal de todo cirurgião artroscopista e principalmente daquele especializado em cirurgia do quadril. Nossa pequena experiência até o momento tem sido muito gratificante, porém é importante salientar que a artroscopia do quadril é procedimento muito trabalhoso, complexo tecnicamente, que requer muita paciência e treinamento prévio.

REFERÊNCIAS

1. Burman, M.S.: Arthroscopy or the direct visualization of joints. *J Bone Joint Surg* 13: 689-695, 1931.
2. Glick, J.M.: Hip arthroscopy using the lateral approach. *Instructional Course Lectures* 37: 223-231, 1988.
3. Glick, J.M.: Comunicação pessoal, 62nd Congress of the AAAOS, 16 a 21 de fevereiro de 1995, Orlando, EUA.
4. Gross, R.H.: Arthroscopy in hip disorders in children. *Orthop Rev* 6: 43-49, 1977.
5. Hawkins, R.B.: Arthroscopy of the hip. *Clin Orthop* (249): 44-47, 1989.
6. Holgersson, S., Brattstrom, H., Mogensen, B. & Lidgren, L.: Arthroscopy of the hip in juvenile chronic arthritis. *J Pediatr Orthop* 1: 273-278, 1981.
7. Shifrin, L.Z. & Reis, N.D.: Arthroscopy of a dislocated hip replacement: a case report. *Clin Orthop* (209): 213-214, 1980.
8. Villar, R.N.: Arthroscopic debridement of the hip. *J Bone Joint Surg [Br]* 73: 170-171, 1991. Supplement II.
9. Villar, R., Edwards, D. & Lomas, D.: Comparison of MRI and hip arthroscopy in diagnosis of disorders of the hip joint. *J Bone Joint Surg [Br]* 7: 52, 1994. Supplement I.