



CASO CLÍNICO

**ARTRODESE DA ANCA: UMA SOLUÇÃO QUASE
ESQUECIDA**

Joaquim Soares do Brito, André Spranger, Alexandre Fessenko, Paulo Almeida

Unidade de Bacia e Anca do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

Joaquim Soares do Brito

Médico Interno Complementar de Ortopedia

André Spranger

Assistente Hospitalar de Ortopedia

Alexandre Fessenko

Assistente Graduado de Ortopedia

Paulo Almeida

Assistente Graduado de Ortopedia e Coordenador da Unidade de Bacia e Anca do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE

Submetido em 10 dezembro 2015

Revisto em 19 março 2016

Aceite em 25 março 2016

Tipo de Estudo: Caso Clínico

Nível de Evidência: V

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar.

Correspondência

Joaquim Soares do Brito

Interno de Ortopedia do Serviço de Ortopedia do CHLN –
Hospital de Santa Maria

Avenida Professor Egas Moniz

1649-035, Lisboa, Portugal

joaquimsoaresdobrito@gmail.com

RESUMO

A artrodese da anca constituiu tratamento de eleição para patologia degenerativa, traumática e infecciosa da anca durante um longo período de tempo. Apesar dos bons resultados obtidos no controlo algico, as limitações funcionais resultantes desta técnica são evidentes, tendo sido largamente suplantada pela artroplastia. No entanto, perante condições particulares, a artrodese da anca poderá constituir opção válida no tratamento de doentes selecionados.

Neste trabalho, os autores relatam o caso clinico de uma doente submetida a artrodese da anca em contexto pós-traumático, discutindo o resultado obtido e a validade da técnica.

Palavras chave: *Artrodese da anca; Pseudartrose; Fractura acetabular*

ABSTRACT

Hip fusion has served well for many years as the surgical procedure of choice to treat painful joints with severe osteoarthritis, trauma sequel or infectious arthritis. Despite the good results obtained in pain relief, functional limitations resulting from this technique allowed the growing preference for total arthroplasty. However, in some conditions, hip fusion may be a good treatment option for selected patients.

In this paper the authors report the clinical case of a patient undergoing hip fusion after a traumatic event, discussing the results and the technique validity.

Key words: *Hip arthrodesis; Pseudarthrosis; Acetabular fracture*

INTRODUÇÃO

A artrodese da anca constituiu opção cirúrgica de eleição durante praticamente meio século no tratamento da patologia da anca associada a processos degenerativos, traumáticos e infecciosos, nomeadamente os relacionados com tuberculose óssea^{1,2}. Apesar das primeiras tentativas em obter uma artrodese da anca remontarem a 1886 com o cirurgião francês Lagrane^{1,3}, a técnica somente acabou por ser descrita com sucesso por DeBeule em 1909².

Apesar do sucesso alcançado por esta técnica cirúrgica, particularmente na resolução do quadro algico, as limitações funcionais que implica assim como a introdução e evolução notável da artroplastia total da anca durante a década de 60 do século passado fizeram diminuir drasticamente as indicações para a sua utilização^{1,2}. Contudo, e apesar destas limitações, ainda é considerada uma opção cirúrgica aceitável em situações restritas, particularmente em processos infecciosos e alguns casos de patologia monoarticular não-inflamatória e traumática do adulto jovem¹. Esta técnica permite a obtenção do alívio da dor, níveis de atividade física satisfatórios e conserva capital ósseo para realização de uma eventual artroplastia numa outra fase da vida do doente^{3,4,5}. A grande maioria dos doentes submetidos a artrodese da anca apresentam um elevado nível de satisfação com o resultado final apesar das óbvias limitações funcionais e o impacto negativo que esta técnica acarreta sobre as restantes articulações circundantes¹.

Neste trabalho os autores relatam o caso clínico de uma doente submetida a artrodese da anca em contexto pós-traumático, discutindo os resultados obtidos com uma técnica de rara utilização mas que pode representar uma boa solução em casos particulares.

CASO CLINICO

Doente do género feminino, 46 anos de idade, raça negra, natural da Guiné, com seropositividade para VIH e evacuada para Portugal em Março de 2012 em contexto de acidente de viação do qual resultou fratura do acetábulo direito, em Abril de 2011 (figura 1).

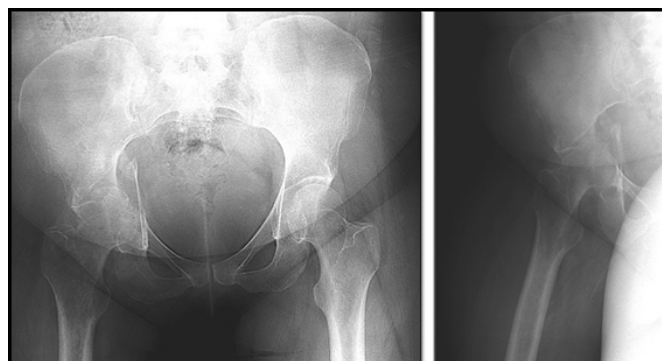


Figura 1 – Radiografia inicial (realizada no serviço de urgência)

A primeira avaliação foi realizada no serviço de urgência onde a doente se apresentou em cadeira de rodas, incapaz de realizar carga sobre o membro inferior direito, mantendo queixas algicas intensas e não controladas apesar de realizar analgésicos e anti-inflamatórios orais desde a data do acidente.

A avaliação imagiológica recorrendo a radiologia convencional e tomografia computadorizada revelou fratura das duas colunas acetabulares à direita, com esclerose dos topos fraturários mas sem sinais de consolidação, já com alterações pós-traumáticas ao nível das superfícies articulares (figura 2).

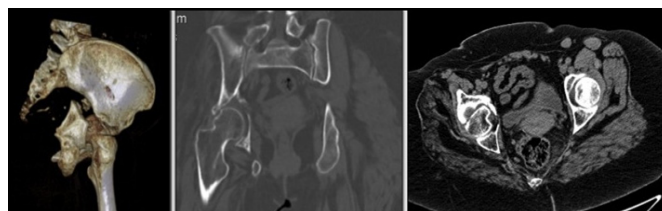


Figura 2 – Imagem de TC demonstrando fratura das duas colunas acetabulares direitas sem sinais de consolidação óssea.

Após discussão clínica do caso e atendendo ao quadro clínico optou-se pela realização de uma artrodese da anca direita com placa Cobra®, sob raqui-anestesia e que decorreu sem registo de intercorrências. A artrodese foi realizada mantendo flexão da anca a 30°, rotação externa de 15° e adução de 5°, de acordo com o planeamento pré-operatório. O tempo operatório foi de aproximadamente quatro horas, com perdas hemáticas estimadas em 400 cc e sem necessidade de suporte transfusional no peri-operatório. O pós-operatório decorreu igualmente sem registo de intercorrências clinicamente relevantes e a doente teve alta clínica ao sétimo dia após cirurgia.

A primeira consulta de reavaliação decorreu às duas semanas de pós-operatório, apresentando boa evolução cicatricial da ferida operatória. Nesta ocasião a doente realizava marcha com apoio de duas canadianas, com melhoria das queixas álgicas em relação à dor pré-operatória. Com seis meses de pós-operatório a doente deambulava com apoio de um auxiliar de marcha, já sem queixas álgicas e com evolução imagiológica favorável para artrodese (figura 3). Aos 12 meses de pós-operatório a avaliação imagiológica evidenciava artrodese da anca direita (figura 4). Nesta ocasião a doente não apresentava qualquer queixa álgica e encontrava-se satisfeita com o resultado funcional pelo que regressou ao seu país de origem.

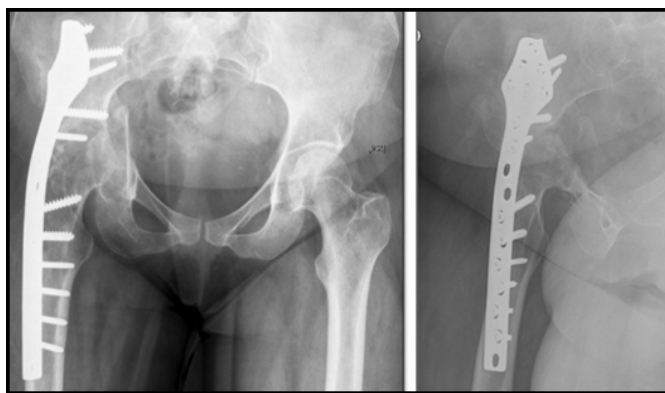


Figura 3 - Evolução para consolidação óssea

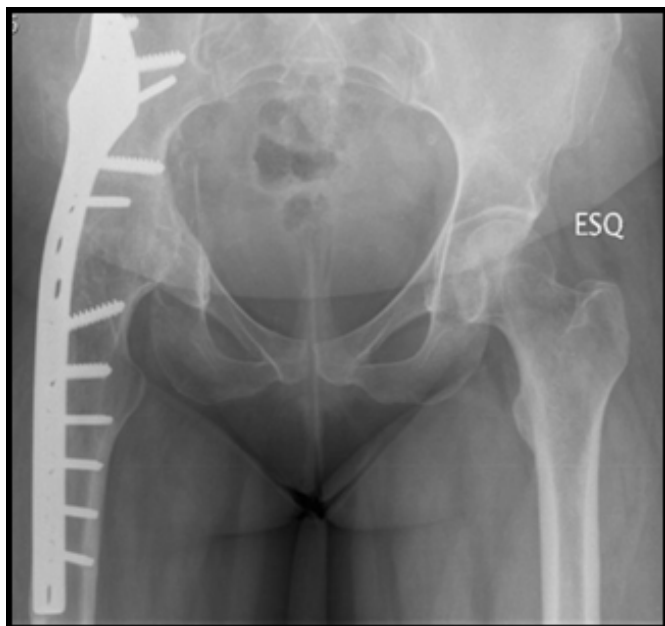


Figura 4 - Artrodese da anca obtida

Aos três anos de pós-operatório a doente mantém-se sem dor, desenvolvendo atividades de vida diária sem limitação funcional. De momento mantém-se igualmente sem queixas referentes a qualquer outra articulação circundante.

Técnica Cirúrgica

A descrição da técnica cirúrgica que se segue corresponde à opção do cirurgião durante a cirurgia para esta doente em particular, apresentando diferenças relativamente ao descrito na literatura clássica para a artrodese da anca com placa. Parece-nos fundamental reforçar a noção de que esta doente apresentava uma fratura centro-acetabular com subsequente lesão grave da cartilagem articular acetabular, e da cartilagem da cabeça femoral. Por essa razão, a técnica aqui utilizada não seguiu a abordagem clássica, sofrendo adaptações próprias e que visaram o melhor interesse da doente.

Com a doente posicionada em decúbito lateral esquerdo a anca afetada foi abordada através de uma via lateral (Hardinge), com incisão de aproximadamente 30 cm, tendo como referência a localização do grande trocânter. Ao atingir a aponevrose do tensor da Fascia Lata procedeu-se à sua separação (com tesoura de disseção) do músculo grande glúteo, permitindo a visualização direta da face lateral do grande trocânter com a sua bolsa serosa e inserções do médio e pequeno glúteo. Mais distalmente pôde visualizar-se o ventre do vasto lateral que se estende desde a região da rampa trocantérica pela vertente lateral do fémur.

Com a exposição necessária (determinada in loco) procedeu-se de seguida ao correto posicionamento do membro. Neste caso em particular optou-se por: 1) flexão da anca a 30°; 2) rotação externa de 15°; e 3) adução de 5°. A placa foi aplicada sobre a vertente lateral do osso ilíaco e diáfise femoral, requerendo moldagem de modo a obter uma adaptação ideal. De seguida foram realizadas furagens com broca através dos orifícios da placa, tentando obter sempre o maior trajecto intra-ósseo possível. A dimensão de cada parafuso foi medida e os parafusos (de rosca completa) foram introduzidos na placa e apertados manualmente até ao limite, de modo a proporcionar o maior grau de compressão no foco de fratura.

A ferida operatória foi encerrada de modo convencional e sem complicações adicionais. Foi utilizado um hemodreno que foi retirado às 24 horas,

igualmente sem registo de intercorrências.

A doente manteve descarga do membro operado com duas canadianas durante 6 semanas, iniciando carga parcial com dois auxiliares de marcha após esta data, progredindo finalmente para carga total pelas 12 semanas após cirurgia.

DISCUSSÃO

A emergência de técnicas artroplásticas da anca com maior qualidade, em conjunto com uma optimização dos resultados funcionais a longo prazo, tornaram as indicações para artrodese da anca cada vez mais limitadas e restritas^{1,2,3,4,5,6}. O caso apresentado neste trabalho pode, em nosso entender, entrar no grupo restrito de doentes que poderão beneficiar desta técnica. Trata-se de uma doente jovem, em que se espera uma elevada demanda funcional no futuro e com bom potencial para obtenção de fusão óssea. A seropositividade para o VIH coloca esta doente num grupo de risco para as complicações infecciosas decorrentes de uma artroplastia e existia a necessidade de oferecer uma solução duradoura para uma doente proveniente de um país com poucos recursos médicos e ao qual pretendia regressar em definitivo.

A opção pela realização de uma artrodese da anca é uma decisão difícil. A artroplastia cursa com um enorme grau de satisfação por parte do doente e cirurgião, permitindo atividades de vida diária próximas do normal, com baixas taxas de complicações e com elevada previsibilidade na evolução ao longo dos anos. No entanto, a realização deste procedimento em idade jovem relaciona-se com maior taxa de falência e previsibilidade de cirurgia de revisão^{1,3}.

Por outro lado, a artrodese da anca permite o alívio das queixas algícas do doente e um nível de atividade aceitável, mas sempre inferior relativamente à artroplastia^{1,2,3,4,5}. No mesmo sentido, a artrodese da anca também apresenta um risco de pseudartrose que não é negligenciável¹. Constitui, contudo, um procedimento que poderá ser tratamento definitivo, sem necessidade de cirurgia adicional. No contexto atual, esta técnica parece-nos uma solução para casos limite onde as opções terapêuticas são limitadas. O mérito do caso clínico apresentado passa por demonstrar o grau de sucesso obtido e validade

deste procedimento numa situação excepcional, conservando potencial para realização de eventual futura artroplastia.

Esta técnica pode, portanto, ser utilizada como resolução definitiva ou como uma ponte para artroplastia. No caso de se equacionar a última opção é fundamental preservar os abdutores da anca, limitar a deformidade pélvica pós-artrodese e preservar a maior quantidade de stock ósseo possível.

A maioria dos trabalhos desenvolvidos sobre artrodese da anca centram-se nos aspectos da técnica cirúrgica e nos resultados funcionais a longo prazo, principalmente no que se refere ao impacto existente sobre as articulações circundantes¹. A posição em que articulação da anca será artrodesada irá influenciar a capacidade do doente em sentar e levantar. Doentes com a anca artrodesada com maior flexão podem sentar-se mais facilmente e por maior período de tempo, enquanto que aqueles em que a anca está artrodesada com menor grau de flexão conseguem deambular por maiores distâncias e com menor grau de queixas^{1,7,8}. Dos diversos estudos realizados ao longo dos anos parece resultar que a melhor posição para artrodese encontra-se entre os 30 e 35° de flexão, 5° de adução e 15° de rotação externa^{1,4,8}. Foi precisamente nesta posição que recaiu a nossa escolha.

As articulações circundantes à anca artrodesada deverão encontrar-se em excelentes condições, dado que é expectável a necessidade destas articulações compensarem a perda de mobilidade motivada pela artrodese¹. Esta técnica representa um impacto negativo sobre a coluna lombar, sendo referida lombalgia na grande maioria dos doentes submetidos a este procedimento. Segundo Kirkos et al a prevalência de lombalgia na população submetida a artrodese da anca é na ordem dos 88%, valor quatro vezes superior a estudos realizados na população em geral^{1,3}. Do mesmo modo, o joelho homolateral é igualmente afectado, sendo reportada gonalgia na maioria das avaliações a longo prazo^{1,3}. A gonalgia desenvolvida parece estar em relação com um processo degenerativo, sendo que Carmona et al reportou taxas de gonartrose cinco vezes inferiores na população em geral quando comparadas com doentes submetidos a artrodese da anca⁹. Apesar de ser amplamente referido na literatura que as queixas

nas articulações adjacentes relacionam-se com a posição em que a artrodese é realizada, não existe diferença estatisticamente significativa na relação entre a posição de artrodese e desenvolvimento de dor nas articulações circundantes^{1,3,10,11}.

O joelho contralateral parece ser pouco afetado, surgindo num menor número de casos e sem importante repercussão funcional, não influenciando as atividades de vida diária¹. A anca contralateral também é afetada, no entanto, em menor medida quando comparada aos fenómenos álgicos desenvolvidos ao nível da coluna lombar e joelho homolateral¹. A doente por nós operada e descrita neste caso clínico ainda não apresenta qualquer queixa nas articulações circundantes, no entanto, apenas com 3 anos de pós-operatório apresenta, em nossa opinião, um seguimento relativamente curto para que essas manifestações tenham lugar.

CONCLUSÃO

A artrodese da anca é uma opção terapêutica válida em situações de exceção. Em doentes jovens, com exigência física considerável, destruição articular estabelecida, co-morbilidades importantes e seguimento médico precário condicionado pela situação sócio-económica, está potenciado o risco de complicações numa eventual artroplastia. Neste contexto, a artrodese constituiu uma boa solução, permitindo o alívio eficaz das queixas álgicas com boa qualidade de vida e risco diminuído de complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kirkos JM, Papavasiliou KA, Kyrkos MJ, Sayegh FE, Kapetanos GA. The long-term effects of hip fusion on the adjacent joints. *Acta Orthop Belg.* 2008; 74: 779-787
2. Vicente JRN, Ulhoa CAS, Leonhardt MC, Pires AF, Ejnisman L, Croci AT. Hip arthrodesis: a minimum 20 year follow-up retrospective study. *Acta Ortop Bras.* 2011; 19 (5): 286-288
3. Callaghan JJ, Brand RA, Pedersen DR. Hip arthrodesis. A long-term follow-up. *J Bone Joint Surg Am.* 1985 Dec; 67 (9): 1328-1335
4. Sponseller PD, Mcbeath AA, Perpich M. Hip arthrodesis in young patients. A long-term follow-up study. *J Bone Joint Surg Am.* 1984 Jul; 66 (6): 853-859
5. Barnhardt T, Stiehl JB. Hip fusion in Young adults. *Orthopedics.* 1996; 19 (4): 303-306
6. Roberts CS, Fetto JF. Functional outcome of hip fusion in the young patient. Follow-up study of 10 patients. *Journal of Arthroplasty.* 1990; 5 (1): 89-96
7. Thambyah A, Hee HT, Das De S, Lee SM. Gait adaptations in patients with longstanding hip fusion. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2003 Dec; 11 (2): 154-158
8. Stinchfield FE, Cavallaro WU. Arthrodesis of the hip joint: a follow-up study. *J Bone Joint Surg Am.* 1950 Jan; 32A (1): 48-58
9. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. EPISER Study Group - The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis.* 2001 Nov; 60 (11): 1040-1045
10. Ahlbäck S, Lindhal O. Hip arthrodesis. The connection between function and position. *Acta Orthop Scand.* 1966; 37 (1): 77-87
11. Lindahl O. Hip-joint arthrodesis: to find the best position. *Acta Orthop Scand.* 1966; 37 (3): 317-327