

Reparo artroscópico das lesões labrais do quadril

Roberto Dantas Queiroz¹, Marcelo Itiro Takano², Lamar Franco Pena³,
Rodrigo Arantes Morette³, Sidney Roberto Waki⁴, Thiago Miller Santana Silva⁴

RESUMO

Os autores descrevem a técnica do reparo do lábio acetabular por via artroscópica. Os tempos cirúrgicos do reparo com âncora são apresentados.

Descritores: Labrum acetabular, Reparo labral, Artroscopia do quadril.

SUMMARY

The authors describe the technique of the labrum repair by hip arthroscopic. The technique is describe step by step.

Keywords: Acetabular labrum, Labral repair, Hip arthroscopy

INTRODUÇÃO

O lábio acetabular é uma estrutura fibrocartilaginosa que circunda a cartilagem hialina no perímetro do acetábulo, exceto ao redor da fossa acetabular, onde é separado por um sulco bem definido⁽¹⁾. É robusto em sua região pósterio-superior e mais delgado na porção ântero-inferior, apresentando sua melhor vascularização no seu 1/3 periférico.

Dentre suas funções encontramos a contenção da cabeça femoral durante o desenvolvimento articular e estabilização da articulação coxofemoral através do aumento de superfície articular. Cinco são as causas de lesão labral: trauma, impacto femuroacetabular, frouxidão capsular, displasia e degenerativa⁽²⁾.

Forças dinâmicas atuando em um quadril lesado resultam em dor, diminuição da performance atlética e limitação da atividade diária. Além disso, os pacientes com lesão labral podem apresentar sintomas mecânicos (bloqueio, clique doloroso) além de restrição do arco de movimento.

Com o aumento dos conhecimentos sobre as funções e importância do lábio acetabular, novas técnicas cirúrgicas, por via artroscópica, vêm sendo valorizadas.

As cirurgias artroscópicas que excisavam o lábio acetabular, apesar de obter alívio imediato da dor, podem acarretar um comprometimento da biomecânica do quadril^(3, 4, 5). Desta forma, novas estratégias cirúrgicas, como

1. Chefe do Grupo de Quadril do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

2. Médico Assistente do Grupo de Quadril do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

3. Médico Especializando do Grupo de Quadril do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

4. Médico residente do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Endereço para correspondência: Centro de Estudos Ortopédicos – HSPE – SP – Rua Borges Lagoa, 1755, 1º andar, sala 180 – V. Clementino – CEP 04038-034 – São Paulo – SP.

reparo da lesão labral com âncoras vem surgindo, pois mantém a função da articulação e podem diminuir o risco de desenvolvimento da artrose precoce.

INDICAÇÃO

Pacientes com dor persistente do quadril por mais de 4 semanas, exame clínico e Ressonância Magnética com achados sugestivos de lesão labral.

CONTRA-INDICAÇÃO

- Degeneração do lábio acetabular
- Artrose grave
- Infecção cutânea ao redor do quadril

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Para um tratamento efetivo das lesões labrais, o conhecimento de sua causa deve ser identificado com um cuidadoso exame clínico e métodos de imagem. A artro-ressonância é atualmente o melhor método de imagem para observar a lesão labral.

Czerny e cols compararam o uso da ressonância convencional com a artro-ressonância, demonstrado uma sensibilidade e acurácia de 80% e 65% para a primeira comparada com 95% e 88% com a artro-ressonância⁽⁶⁾ (Figura 1).

TÉCNICA CIRÚRGICA

A artroscopia cirúrgica do quadril demanda técnica anestésica capaz de prover analgesia e relaxamento muscular adequados para a tração da articulação coxofemoral.

A artrodiastase é então obtida com o auxílio de mesa ortopédica de tração sob controle de intensificador de imagens. Cuidados devem ser tomados em relação à proteção da região perineal e tornozelos, na tentativa de minimizar as lesões decorrentes da tração.

O paciente deve ser mantido em posição supina, com quadril em flexão de 15°, rotação interna de 15°, inclinação lateral de 10° e abdução neutra. Tal posicionamento facilita a abordagem artroscópica e o manuseio dos instrumentais.

O reparo artroscópico das lesões labrais necessitam de equipamentos apropriados. É recomendável artroscópio de 4,5 mm, com lente frontal e óptica de 70°. O arsenal deve incluir, além do material convencional para a artroscopia de quadril, cânulas extra-longas, probe flexível e instrumental para a sutura.

A abordagem artroscópica do quadril deve ser realizada através da confecção dos portais de acesso. Utilizamos os portais ântero-lateral (PAL), anterior (PA), pósterio-lateral (PPL) e o portal acessório distal (PAD) (Figura 2).

O portal ântero-lateral é o primeiro a ser obtido, tendo como parâmetro um ponto situado de 1 a 2 cm superior e distal ao ápice do grande trocânter. Introduce-se uma agulha de calibre 17 em direção ao centro do espaço articular sob controle fluoroscópico. Confirmada a penetração articular, injeta-se 40 ml de solução salina para completar a distensão da cápsula. Um fio guia flexível é introduzido através da agulha permitindo

o posicionamento da cânula. Realizamos então a inspeção articular por este primeiro portal, proporcionando a confecção do segundo portal sob visão artroscópica.

O portal anterior tem como parâmetro o ponto de intersecção de uma linha vertical traçada a partir da espinha ilíaca ântero-superior e uma linha horizontal traçada da porção superior do trocânter maior em direção medial. A agulha é inserida em direção a articulação, com angulação de 45 céfálico e 30 medial.

O portal pósterio-lateral situa-se em um ponto 2 a 3 cm posterior ao ápice do trocânter maior, em linha com o portal ântero-lateral.

Quando necessário realizamos o portal acessório distal em um ponto 4 cm distal do ponto médio entre o portal anterior e o ântero-lateral.

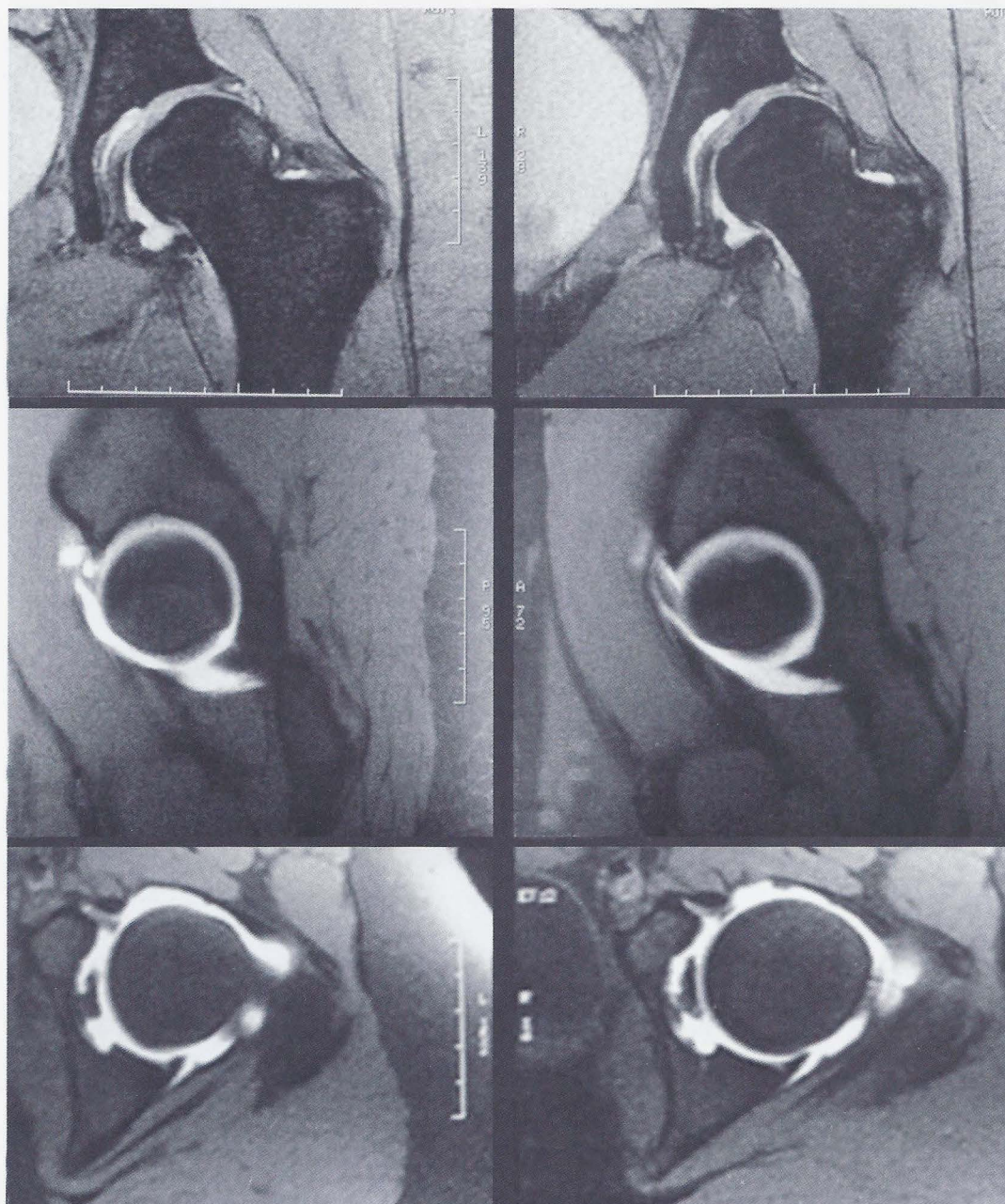


Figura 1: Imagens de Artro-Ressonância com lesão do lábio acetabular.



Figura 2: Localização dos portais.

O correto posicionamento dos portais permite a inspeção articular minuciosa e a identificação da lesão do lábio acetabular (Figura 3). Classificada a lesão, encontrando-se as condições ideais para o reparo, realizamos o debridamento da borda acetabular, preparando o seu leito para a sutura. As âncoras, em quantidade dependendo da extensão da área da lesão, devem ser posicionadas na porção capsular do rebordo acetabular, fugindo da porção articular. Sua fixação é realizada com o auxílio do intensificador de imagens (Figura 4).



Figura 3: A seta indica o destacamento do lábio acetabular.

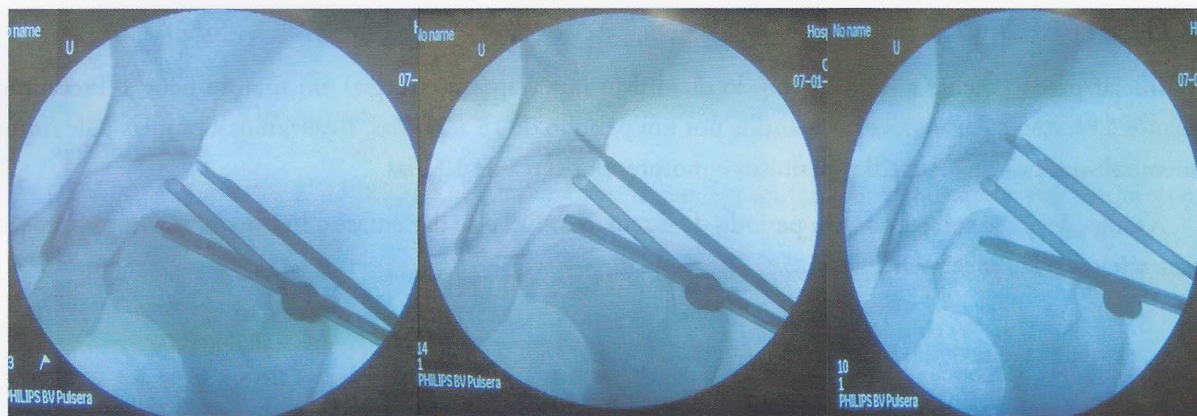


Figura 4: Visão fluoroscópica da colocação da âncora na posição Ântero-superior do acetábulo.

Após o posicionamento da âncora, testa-se a sua estabilidade com manipulações suaves para termos segurança da fixação. O passador de sutura é utilizado para transfixar a porção da base labral destacada. O fio é recuperado e procedimento é novamente executado, no sentido contrário ao inicial, permitindo o enlace. A sutura é então completada com o posicionamento extra-articular da cânula (Figura 5).

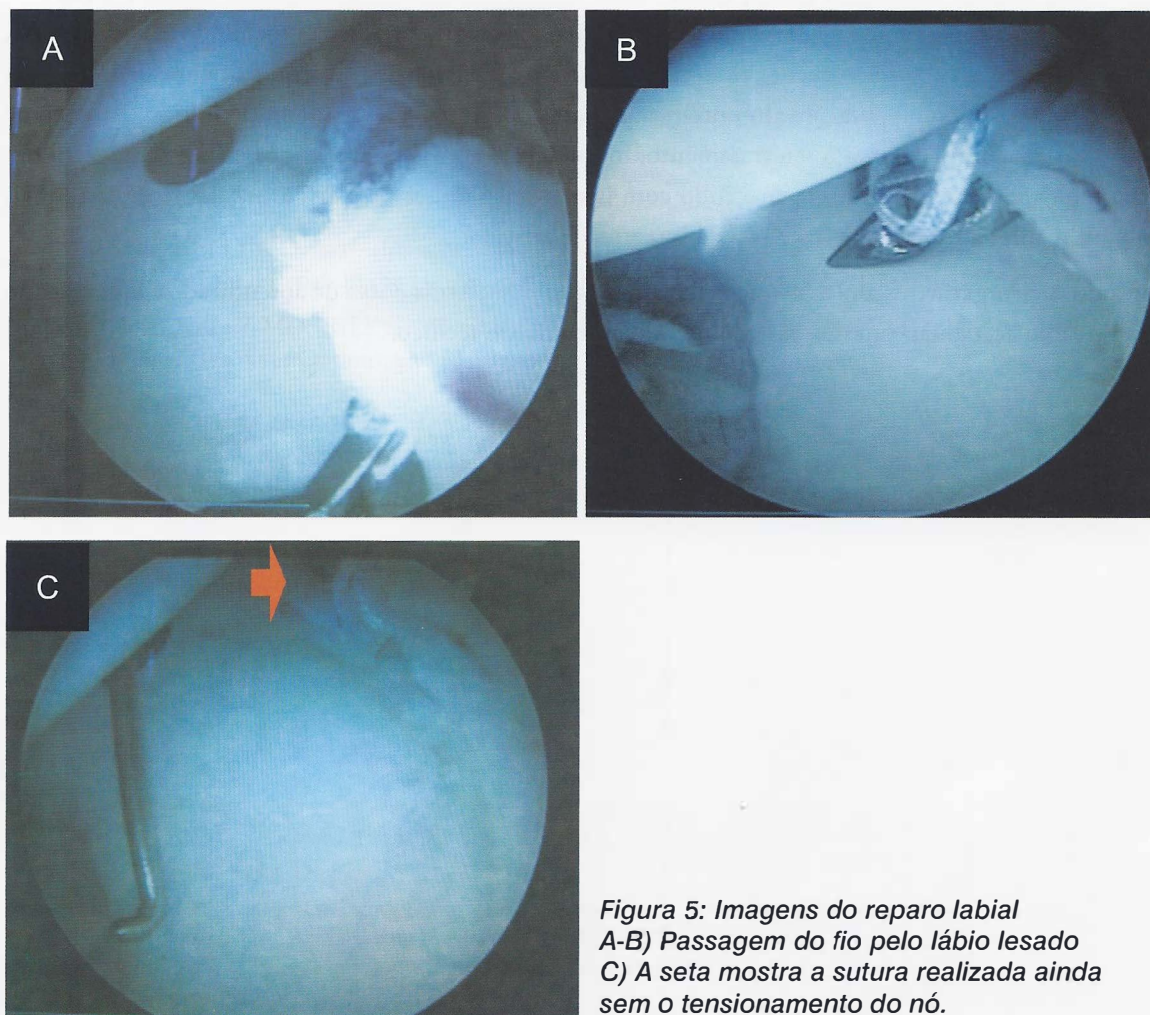


Figura 5: Imagens do reparo labial
A-B) Passagem do fio pelo lábio lesado
C) A seta mostra a sutura realizada ainda sem o tensionamento do nó.

PÓS-OPERATÓRIO

Iniciar precocemente a mobilização do quadril (4 horas após a cirurgia) em rotação neutra. Precaução quanto à rotação e flexão deve ser mantida por um período de 18 a 21 dias. Realizamos a profilaxia de tromboembolismo por meios medicamentosos e motores por cerca de 10 dias.

A carga deve ser parcial por um período de 4 semanas. Deve-se dar ênfase a hidroterapia, propriocepção e exercícios de fortalecimento.

COMPLICAÇÕES

As complicações da artroscopia do quadril são raras, sendo sua incidência em torno de 1,5 a 5%⁽⁷⁾, estando a maioria, associadas à tração e manejo dos fluídos.

Segundo Sampson⁽⁷⁾, as principais complicações foram: neuropraxia dos nervos fibular, podendo, cutâneo lateral da coxa, femoral, ciático, extravasamento do líquido intra-abdominal, lesões condrais da cabeça femoral e necrose avascular da cabeça femoral. Outras complicações mais raras são quebra do implante e infecção.

RECOMENDAÇÕES E COMENTÁRIOS

O papel da artroscopia vem sendo definido no manejo das lesões intra-articulares, incluindo as lesões labrais, devido ao resultado do aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas e melhorias dos equipamentos. Associado a isto, estudo sobre a fisiologia, função e importância do lábio acetabular^(8, 9, 10, 11) tem permitido o avanço de novas técnicas artroscópicas para o seu tratamento, fortalecendo a idéia de que rupturas periféricas têm um potencial biológico para cicatrizar, favorecendo com isso, avanço de técnicas de sutura das lesões, as quais possibilitam manter a função e preservação da integridade articular.

Contudo, a cirurgia artroscópica do quadril é um procedimento cuja curva de aprendizado é longa, sendo a sutura do lábio acetabular um dos passos finais do aprendizado técnico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PHILIPPON MJ: Desbridement os Acetabular Labral Tears With Associated Thermal Capsulorrhaphy. Oper Tech Sports Med 10: 215 – 218, 2002
2. PHILIPPON MJ, MARTIN RR, KELLY BT, A Classification System for Labral Tears of the Hip. Arthroscopy, 2002, 21:36.
3. FERGUSON SJ, BRYANT JT, GANZ R, ITO K. The Acetabular Labrum Steal: A Poroelastic Finite Element Model. Clin Biomech. 2000, 15: 463-468.
4. FERGUSON SJ, BRYANT JT, GANZ R, ITO K. An in Vitro Investigation of the Acetabular Labral Steal in hip Joint Mechanics. J. Biomech. 2003, 36: 171-178.
5. TAN V, SELDER RM, KATZ MA, FREEDHAND AM, KLIMKIEWICZ JJ, FITZGERALD RW, Contribution of Acetabular Labrum to Articulating Surface Area and the Femoral head Coverage in Adult Hip Joints: An Anatomic Study in Cadaver. Am J Orthop, 2001, 30; 809-812.
6. CZERNY C, KZAMER J, HEWHOLD A, ET AL: Magnetic Resonance Imaging and Magnetic Resonance Arthrography of the Acetabular Labrum: Comparison with Surgical Findings [in German]. Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr. 173: 702 – 707, 2001.
7. SAMPSON TG, Complication of the Hip Arthroscopy Clin Sports Med. 2001; 20 (4): 831-5
8. PETERSEN W; PETERSEN F, TILLMAN B. Structure and Vascularization of the Acetabular Labrum with Regard to the Pathogenesis and Healing of Labral Lesions. Arch Orthop Trauma Surg. 2003, 123:283-288.
9. KELLY BT, SHAPIRO GS, DIGIOVANNI CW, BULLY RL, POTTER HG, HANNATTIN JA, The Vascularity of the hip labrum: A Cadaveric Investigation. Arthroscopy. 2005; 21-3-11.
10. SELDER RM, TAN V, HUNT J, KATZ M, WINIARSKY R, FITZGERALD RH Jr. Anatomy, histology features and vascularity of the adult acetabular labrum. Clin Orthop. 2001; 382:232-240.
11. ARNOCK SP, WARREN RF, Microvasculature of the human meniscus. Am J. Sports Med. 1982;10:90-95.
12. BRIAN T. KELLY MD, DANIEL E. WEILAND MD, MARA L. SCHENKER BS, MARC J. PHILIPPON MD. Arthroscopic Labral Repair in the Hip: Surgical Technique and Review of the Literature.
13. BRIAN T. KELLY MD, RILEY J. WILLIAMS MD, MARC J. PHILIPPON MD. Hip Arthroscopy: Current Indications, Treatment Options, and Management Issues.

**ENVIE SEU ARTIGO PARA A REVISTA
TÉCNICAS EM ORTOPEDIA**

Os documentos deverão ser enviados pelo correio, ao endereço:

Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE - IAMSPE

Rua Borges Lagoa, 1755 - 1º andar - sala 180 – CEP 04038-034 - Vila Clementino
São Paulo - Brasil – Fone/Fax (11) 5573-3087