

Via de acesso lateral do quadril

Roberto Dantas Queiroz¹, Rubens Salem Franco², Richard Armelin Borger³

RESUMO

A via de acesso lateral do quadril foi descrita inicialmente por Mc Farland e Osborne no ano de 1954, baseada em estudos anatômicos que estabeleciam como unidade funcional a continuidade dos músculos glúteos médio e mínimo com o vasto lateral, através do tendão conjunto, inseridos no grande trocânter. A abordagem do quadril foi feita pela liberação parcial e anterior desta unidade, expondo a articulação conforme seus objetivos. As técnicas variam quanto a incisão na pele, forma e/ou quantidade de liberação e reinserção da unidade funcional e uso ou não de osteotomia do grande trocânter. Os autores descreveram uma modalidade de acesso lateral adotada no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

Descritores: Quadril / cirurgia.

SUMMARY

The direct lateral approach to the hip was first described by McFarland and Osborne in 1954, based on anatomical studies that established as functional unit the continuity of the gluteus medius, gluteus minimus and vastus lateralis performed by the thick tendinous periostium covering the greater trochanter. The approach to the hip is achieved by the anterior release of this unit, with the exposition of the articulation according to our objectives. Techniques variate in type of incision, form and/or amount of desinsertion and reinsertion of the “functional unit” and use of greater trochanter osteotomy. Describe one of the variations adopted in our hospital.

Key Words: Hip / surgery.

INTRODUÇÃO

O acesso cirúrgico lateral do quadril proposto por Mc Farland e Osborne⁽¹⁾ no ano de 1954, foi modificado por diversos autores ao longo do tempo, mantendo porém o preceito básico da liberação anterior dos tendões dos músculos glúteo médio, mínimo e vasto lateral, através do tendão conjunto, o que foi designado de unidade funcional.

As variantes da abordagem lateral do quadril apresentam modificações que visam a obtenção de uma maior exposição articular através de diferenças no padrão de incisão da pele, utilização ou não das osteotomias do grande trocânter e, sobretudo a maior preservação da integridade da inervação do glúteo médio, pela escolha do nível e altura da liberação anterior dos músculos glúteo médio e vasto lateral.

A abordagem desta articulação sem a osteotomia do grande trocânter foi defendida por McFarland e Osborne em 1954⁽¹⁾, Muller em 1970⁽²⁾, Bauer et al em 1979⁽³⁾, Hardinge em 1982⁽⁴⁾, MacLauchlan em 1984⁽⁵⁾, e Pascarel et al em 1989.

A abordagem com a osteotomia do grande trocânter foi defendida por Charnley em 1961⁽⁷⁾, Harris em 1967⁽⁸⁾, English em 1975⁽⁹⁾ e Dall em 1986⁽¹⁰⁾.

HISTÓRICO

Acessos laterais da articulação do quadril sem osteotomia do grande trocânter:

Mc Farland e Osborne⁽¹⁾, descreveram em 1954 uma via de acesso lateral, com incisão longitudinal da pele centrada no grande trocânter, abertura da fáscia glútea e do trato ílio-tibial no mesmo sentido e afastamento posterior do músculo do glúteo máximo e anterior do tensor da fáscia lata. O tendão conjunto foi liberado anteriormente, levando consigo fragmentos ósseos do grande trocânter. O tendão do glúteo mínimo foi rebatido na direção ântero-superior.

Muller em 1970⁽²⁾, propôs uma modificação da liberação do glúteo médio, liberando-o do grande trocânter através de uma incisão transversal no tendão conjunto, possibilitando sua liberação posterior e proximalmente. Sua reinserção se dá através da sutura com fios inabsorvíveis.

Bauer em 1979⁽³⁾, preconizou a liberação mais anterior do tendão conjunto, centrando a incisão no terço anterior, na projeção antero-posterior, do grande trocânter.

Hardinge em 1982⁽⁴⁾, descreveu uma nova via de acesso para o quadril, em que o paciente é colocado na mesa cirúrgica em decúbito dorsal. A incisão na pele é longitudinal, cerca de 8 cm distal ao grande trocânter, paralela a diáfise femoral, com uma angulação proximal e posterior de cerca de 4 cm, finalizando ao nível da espinha ilíaca ântero-superior (figura 1). A liberação do tendão conjunto se dá a partir do terço médio do grande trocânter, na projeção antero-posterior.

Mc Lauchlan em 1984⁽⁵⁾, propôs uma via semelhante à de Hardinge, porém a liberação da unidade funcional envolveu o desprendimento de uma lâmina periostal retangular da porção ântero-lateral do grande trocânter.

Pascarell em 1989⁽⁶⁾, iniciava a sua incisão da unidade funcional no terço central do grande trocânter, porém minimizou a porção rebatida do glúteo médio divulsionando-o mais anteriormente.

Acessos laterais da articulação do quadril com osteotomia do grande trocânter:

Charnley em 1961⁽⁷⁾, realizou a osteotomia do grande trocânter e o reinseria de maneira mais distal a fim de tensionar a musculatura abdução. Sua reinserção foi realizada através de fios de cerclagem.

Harris em 1967⁽⁸⁾, posicionava o paciente em decúbito lateral e incisava a pele em “U”, a fim de expor melhor a articulação, utilizando também a osteotomia do trocânter.

Dall em 1986⁽¹⁰⁾, introduziu o conceito de osteotomia parcial do grande trocânter.

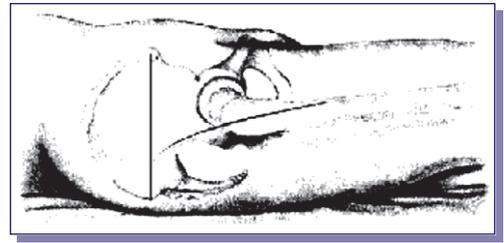


Figura 1. Incisão da pele, Hardinge

INDICAÇÕES

A via de acesso lateral do quadril é utilizada comumente para:

1. Artroplastia total da articulação do quadril
2. Artroplastia parcial da articulação do quadril
3. Redução a céu aberto e fixação interna de fraturas do colo do fêmur
4. Biópsia da membrana sinovial
5. Biópsia do colo do fêmur

Os procedimentos que requerem uma maior exposição da articulação do quadril, tais como a abordagem acetabular e revisões simples, são também viáveis, desde que se respeite a zona de segurança. Esta é representada por um arco de 5 cm do grande trocânter o que mantém intacto o nervo glúteo superior (figura 2). Vale ressaltar a importância da integridade deste ramo nervoso, uma vez que sua lesão implicará em um déficit na musculatura abdução e grande comprometimento da marcha.

Nas revisões complexas de artroplastias, displasias congênitas, protusões acetabulares e contraturas fixas, torna-se difícil o emprego desta via.

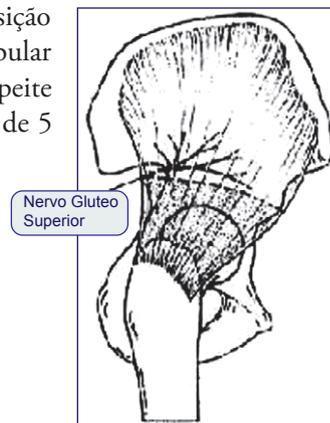


Figura 2. Zona de segurança para divulsão do músculo glúteo médio

TÉCNICA OPERATÓRIA

O paciente é posicionado em decúbito dorsal horizontal. Utilizando um anteparo único contra-lateral é possível a inclinação anterior de cerca de 30° da mesa cirúrgica, para melhor exposição do lado a ser abordado. Tal posicionamento proporciona excelente visão e orientação para a colocação dos componentes do implante, bem como mantém os parâmetros de equalização dos membros inferiores.



Com o membro inferior em extensão, procedemos à incisão longitudinal da pele, centrada no grande trocânter e estendida cerca 4cm proximalmente e 8 cm distalmente. Não angulamos a incisão posteriormente (figura 3), pois realizamos a divulsão do glúteo médio mais anterior que na via de Hardinge⁽⁴⁾.

Figura 3. Incisão da pele

Identificada a fáscia lata (figura 4), realizamos com o bisturi uma pequena incisão longitudinal na altura da diáfise femoral, que é prolongada proximalmente e distalmente, no sentido de suas fibras, utilizando-se uma tesoura romba (figura 5).

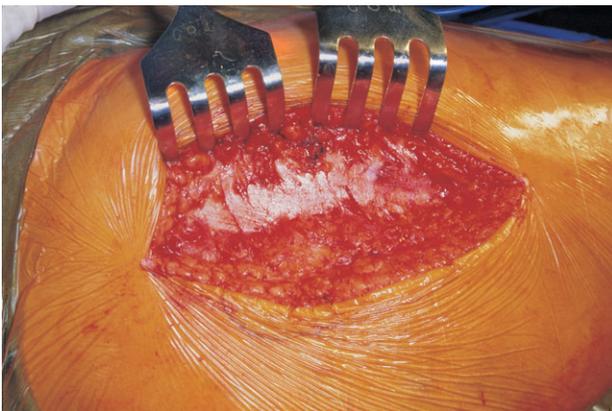


Figura 4. Exposição da fáscia lata



Figura 5. Abertura da fáscia lata

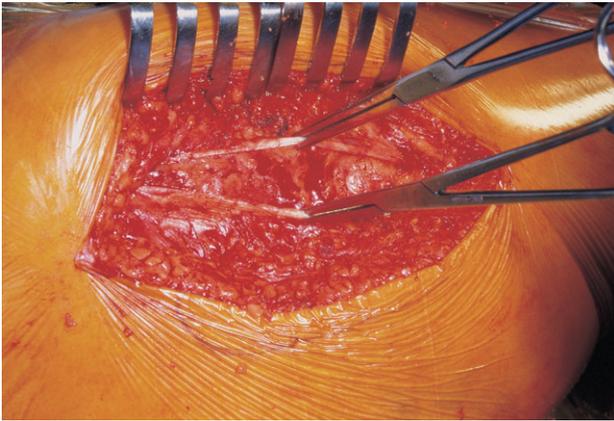


Figura 6. *Fáscia lata aberta*

Após a abertura da fáscia lata, deslocamos anteriormente o músculo tensor da fáscia lata e posteriormente o músculo glúteo máximo (figura 6), com o auxílio do afastador autostático de Charnley.

A bursa pré-trocantérica (que encobre o grande trocânter) é retirada uma vez que a mesma é sítio freqüente de inflamação, podendo levar à dor no pós-operatório (figura 7).



Figura 7. *Ressecção da bursa pré-trocantérica*

Identificado o tendão conjunto (figura 8), ele é incisado no seu terço médio. O músculo glúteo médio é desinserido parcialmente (somente as fibras anteriores) sem ultrapassar a margem de segurança de 5 cm (figura 9). Distalmente, divulsionamos as fibras do vasto lateral no sentido da diáfise femoral.



Figura 8. *Exposição do tendão conjunto*

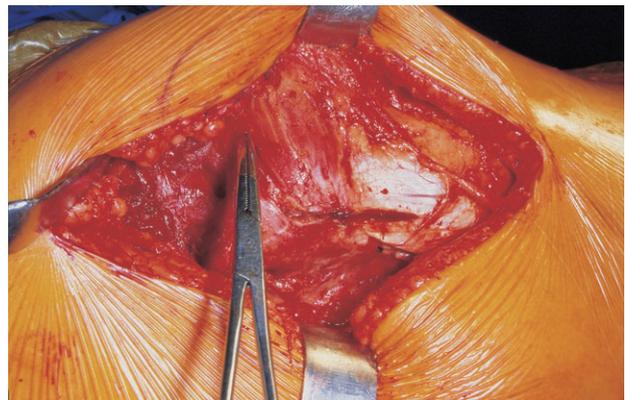


Figura 9. *Abertura do tendão conjunto e divulsão do glúteo médio*

Liberamos anteriormente o tendão conjunto do grande trocânter utilizando o bisturi elétrico. Destacamos a unidade funcional envolvendo todo o conjunto fásio periostal, porção anterior do glúteo médio e vasto lateral, como preconizado por McFarland e Osborne⁽¹⁾, porém sem abordar diretamente o glúteo mínimo. Preferimos deixá-lo intacto em sua porção anterior do trocânter, conforme descrito por Desmond Dall⁽¹⁰⁾ (figura 10).



Figura 10. Liberação do tendão conjunto

Através da liberação da porção anterior da unidade funcional obtemos o acesso à cápsula articular (figura 11). Esta é melhor exposta com o emprego de uma rugina envolta por uma compressa, causando mínima lesão de partes moles. O uso de afastadores tipo Hohmann mantém o acesso à cápsula articular.

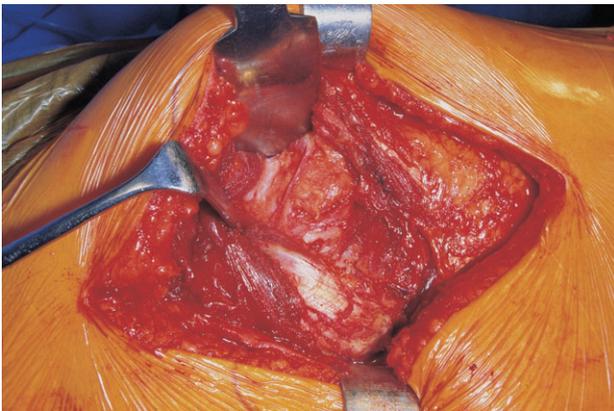


Figura 11. Exposição da cápsula



Figura 12. Abertura da cápsula em T invertido

A cápsula é aberta através de uma incisão em “T” invertido, com a base voltada para a base do colo do fêmur, utilizando bisturi auxiliado por pinça tipo Kocher (figura 12).

A porção anterior da cápsula é afastada e o conteúdo articular é exposto (figura 13).

A luxação da cabeça femoral é facilmente obtida através de manobra de tração, adução e rotação externa do membro inferior e a redução por tração, abdução e rotação interna.

ACESSO LATERAL DO QUADRIL

Na reinserção do conjunto fáscio-periosteal escarificamos o leito receptor no grande trocânter com o emprego de um saca bocado ou osteótomo (figura 14) para facilitar a tenodese, evitando a frouxidão da musculatura abduutora.

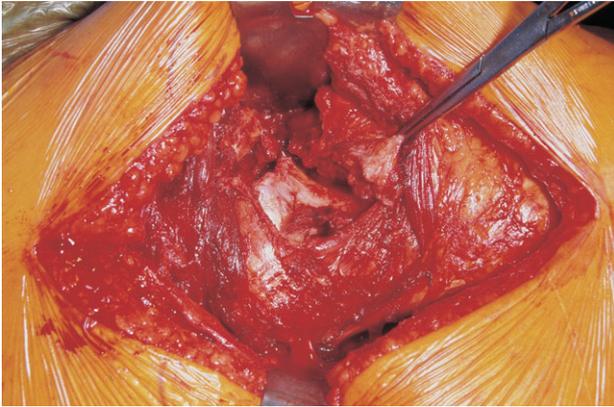


Figura 13. Exposição do colo femoral



Figura 14. Escarificação do grande trocânter

A sutura do conjunto fáscio-periosteal no grande trocânter é feita através de um trajeto intra-ósseo perfurado com o uso de broca 2mm para cada reparo individual (figura 15). A sutura é realizada com fio de Vycril® 1 (figura 16).

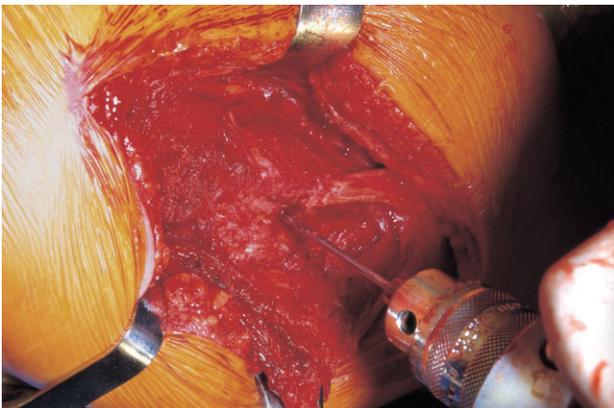


Figura 15. Perfuração do grande trocânter

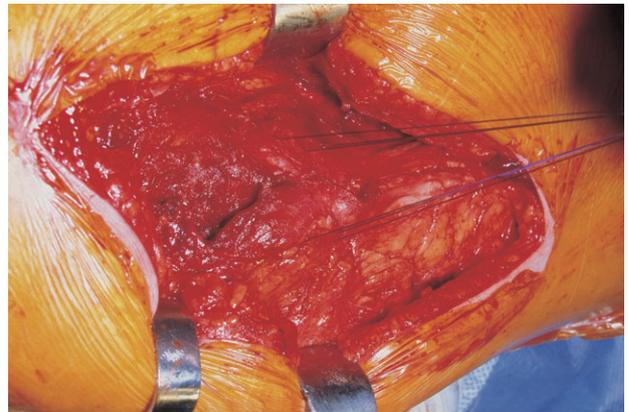


Figura 16. Reinserção do tendão conjunto

Os músculos glúteo médio e o vasto lateral têm seus ventres aproximados com pontos simples de Vycril® 0.

Drenos de sucção são colocados sob a musculatura abduutora e sob a fáscia lata. A fáscia lata é suturada com pontos duplos separados de Vycril® 1.0.

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA

Realizamos curativo oclusivo que permanece com o dreno de sucção durante aproximadamente 48 horas. Após este período, trocamos o curativo, e o dreno pode ser retirado de acordo com o débito.

A manutenção da abdução e rotação interna do membro infede sentar a partir do segundo dia do pós-operatório. Como restrição na fisioterapia, a abdução ativa do quadril operado deve ser evitada nas três primeiras semanas.

No terceiro dia pós-operatório o paciente está apto para deambular com auxílio de muletas ou andador. A carga no membro operado dependente da cirurgia realizada.

RECOMENDAÇÕES

- 1- Divulsão somente da porção anterior do glúteo médio.
- 2- Respeitar a zona de segurança.
- 3- Fixação do tendão conjunto através de sutura trans-óssea.
- 4- Manter o membro operado em abdução no pós-operatório.
- 5- Não estimular a abdução ativa durante as três primeiras semanas.

REFERÊNCIAS

- 1- Mc Farland B, Osborne G. Approach to the hip: a suggested improvement on Kocher's method. J Bone Joint Surg (B) 1954;36:364-7
- 2- Müller ME. Total hip prostheses. Clin Orthop 1970;72:46-68
- 3- Bauer R, Kerschbaumer F, Poisel S, Oberthaler W. The transgluteal approach to the hip joint. Arch Orthop Traumat Surg 1979;95:47-49
- 4- Hardinge K. The direct lateral approach to the hip. J Bone Joint Surg (B) 1982;64:17-19
- 5- Mac Lauchlan J. The stracathro approach to the hip. J Bone Joint Surg (B) 1984;66:30-31
- 6- Pascarel X, Dumont D, Nehme B, Dudreuilh JP, Honton JL. Arthroplastie totale de hanche par voie de Hardinge. Rev Chir Orthop 1989;75:98-103
- 7- Charnley J. Arthroplasty of the hip: a new operation. Lancet 1961;1:1129-1132
- 8- Harris WH. A new lateral approach to the hip joint. J Bone Joint Surg (A) 1967;49:891-898
- 9- English TA. The throchanteric approach to the hip for prosthetic replacement. J Bone Joint Surg (A) 1975;57:1128-1132
- 10- Dall D. Exposure of the hip by anterior osteotomy of the greater trochanter. J Bone Joint Surg (B) 1983;65:382-386