

Tratamento Artroscópico de Condromatose Sinovial no Quadril

Rafael Mota Marins dos Santos¹, Rafael Borghi Mortati¹, Mauricio Morita Sugiyama¹, Roberto Dantas Queiroz²

RESUMO

Os autores apresentam o relato da técnica utilizada no tratamento artroscópico da condromatose sinovial no quadril. Demonstram a técnica cirúrgica, indicações, contra-indicações, complicações e os principais cuidados.

Descritores: artroscopia/ Condromatose sinovial

SUMMARY

The author report the technique for treatment of Chondromatosis of the hip. It describes the surgery technique, indications, contraindications, complications and post-operative care.

Keywords: arthroscopy / Chondromatosis, synovial

INTRODUÇÃO

A condromatose sinovial é descrita como uma metaplasia benigna da cartilagem intrasinovial, originando a formação de corpos livres cartilagosos no espaço articular. É doença que acomete mais homens do que mulheres (3:1), entre a terceira e quinta décadas de vida, mais frequentemente no joelho (40%), cotovelo (35%), quadril (15%) e ombro (5%), com predomínio monoarticular¹⁻⁴.

Os achados cirúrgicos revelam espessamento sinovial e fragmentos cartilagosos de diversos tamanhos, aderidos à membrana sinovial ou livres dentro da articulação. Quando essa condição envolve o quadril, há normalmente demora no diagnóstico correto

1 Médico Estagiário do Grupo de Quadril do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo – IAMSPE

2 Médico do Grupo de Quadril e Diretor do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo - IAMSPE

Endereço para correspondência: Rua Borges Lagoa, 1755 - 1º andar - São Paulo - SP - CEP 04038-034

e do início do tratamento devido à sua apresentação clínica insidiosa. Os sintomas iniciais incluem a dor e leve restrição do movimento. Para agravar o atraso no diagnóstico, radiografias mostram a presença de corpos livres periarticulares em apenas 50% dos casos⁴⁻⁵.

O tratamento da doença baseia-se na premissa de que os corpos livres dentro dos limites apertados da articulação causam danos na cartilagem do quadril e nas estruturas intra-articulares. Quando a doença é proliferativa, o paciente pode se apresentar com extensas erosões cartilagosas, luxação do quadril, degeneração articular secundária, formação de massa intrapélvica e fratura patológica⁶⁻⁹.

INDICAÇÕES

Apesar da publicação de Burman, em 1931, do primeiro relato de artroscopia do quadril em cadáveres, ela ganhou impulso somente a partir do início da década de 1980, com a melhora dos instrumentais realizada por James Glick e Thomas Sampson¹⁰.

A artroscopia possui algumas vantagens em relação a cirurgia aberta, entre elas o fato de ser menos invasivo, a não necessidade de luxação e assim, o menor risco de vascularização da cabeça femoral. Além disso, permite uma reabilitação e alta hospitalar mais precoce¹¹.

As indicações da artroscopia no quadril estão aumentando devido a melhora no desenho do instrumental e ao aumento da experiência dos cirurgiões¹⁰⁻¹¹. Entre as indicações temos: retirada de corpos livres intra-articulares¹², impacto fêmoro-acetabular¹³, lesões labrais¹⁴.

A artroscopia pode ser utilizada como exame diagnóstico, para biopsias e abordagem de estruturas periarticulares, como bursa e banda iliotibial¹⁵⁻¹⁶.

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Na avaliação de uma artralgia monoarticular é indispensável uma boa anamnese e exame físico e uma investigação laboratorial adequada do paciente. É necessária a investigação radiográfica básica com incidência em anteroposterior e perfil (figura 1). Na suspeita de patologia intra-articular, com característica de dor insidiosa e limitação do arco de movimento, pode-se solicitar também uma artrografia (figura 2), ressonância nuclear magnética e artroressonância (figura 3) para visualização de estruturas intra-articulares.

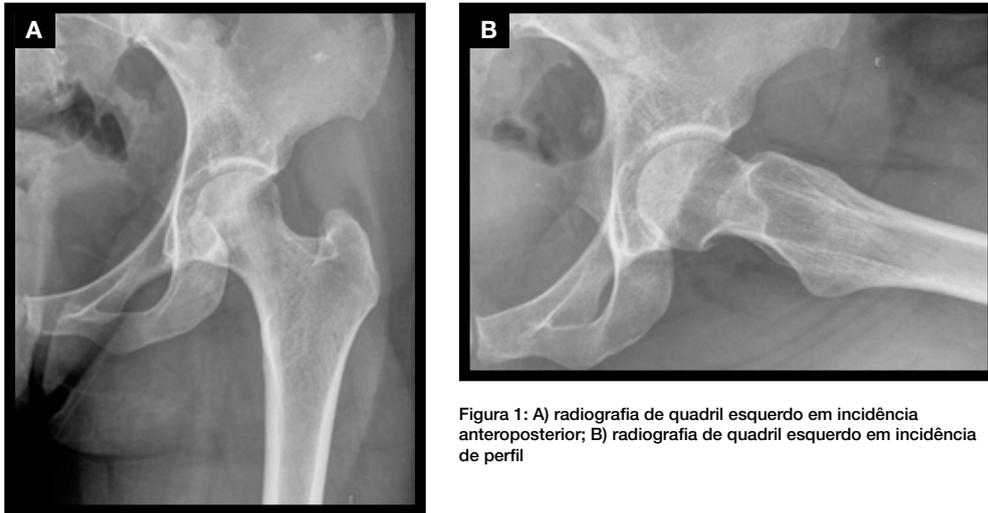


Figura 1: A) radiografia de quadril esquerdo em incidência anteroposterior; B) radiografia de quadril esquerdo em incidência de perfil

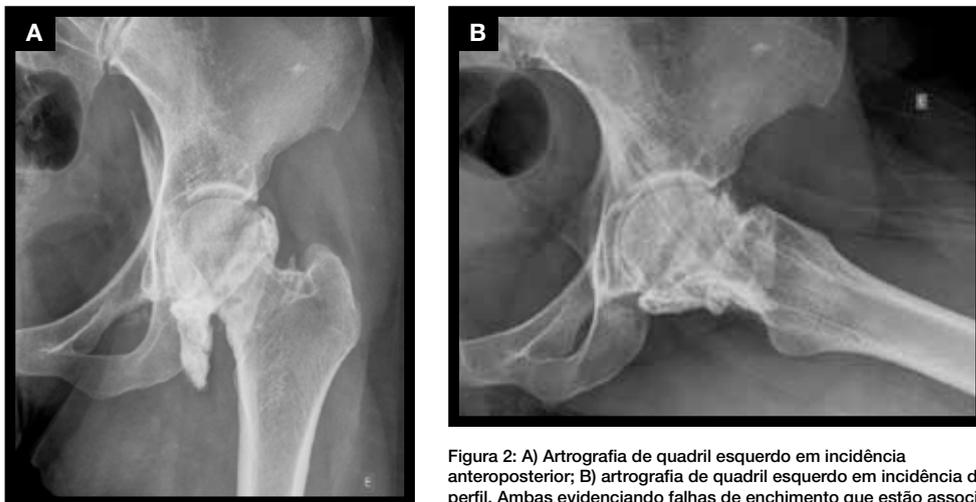


Figura 2: A) Arthrografia de quadril esquerdo em incidência anteroposterior; B) arthrografia de quadril esquerdo em incidência de perfil. Ambas evidenciando falhas de enchimento que estão associadas a corpos livres intra-articulares.

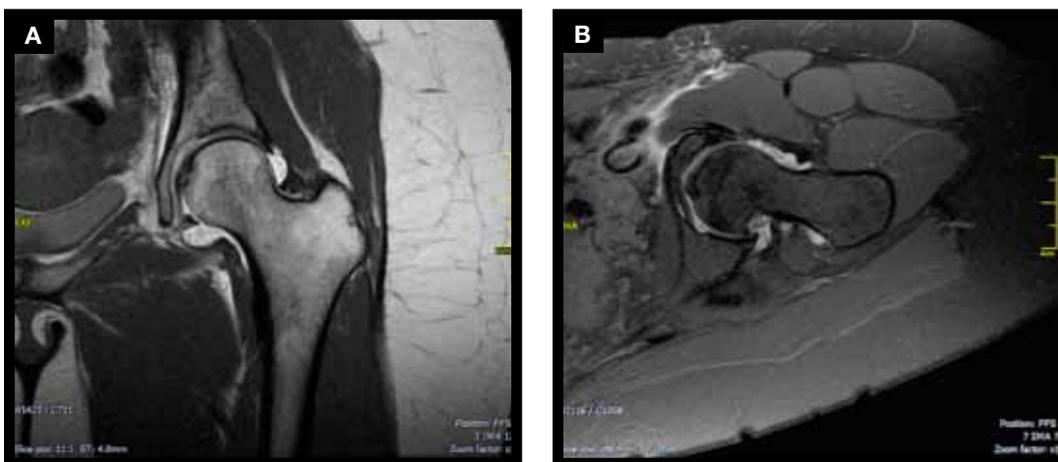


Figura 3: A) Corte sagital de artroressonância de quadril esquerdo; B) Corte axial de artroressonância de quadril esquerdo. Apresentam evidências de corpos livres intra-articulares em compartimento central e periférico do quadril.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é posicionado em decúbito dorsal na mesa ortopédica com o poste da mesa colocado de forma excêntrica. É importante forrar o poste da mesa com grande quantidade de algodão hidrófilo ou espuma para evitar lesões nervosas e da região perineal do paciente (figura 4). É realizada tração da extremidade a ser operada para abertura de espaço articular. O espaço obtido deve ser confirmado pela visualização radioscópica (figura 5).

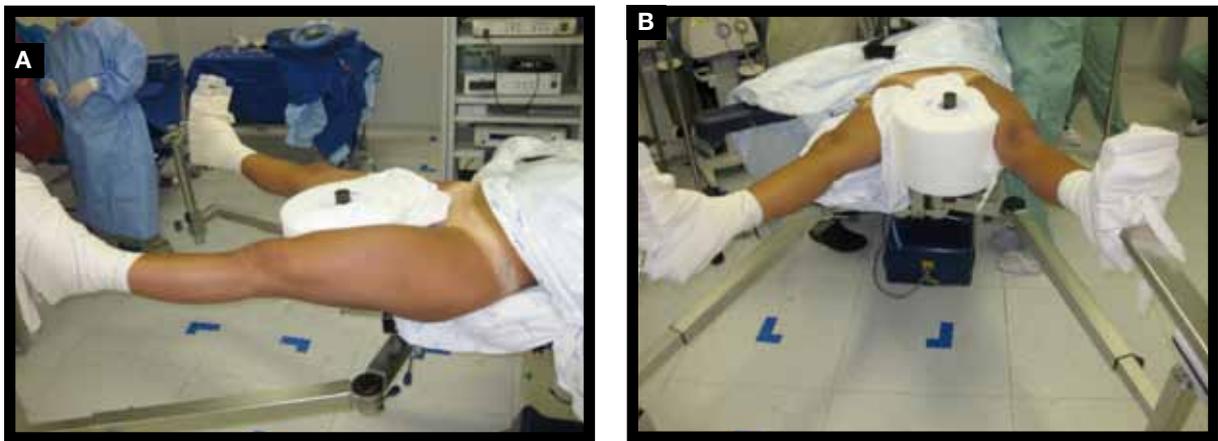


Figura 4: A) Vista lateral do posicionamento do paciente; B) Vista frontal do posicionamento do paciente. Observar espuma que reveste o pino central da mesa e sua posição excêntrica.



Figura 5: Visualização radioscópica do espaço articular após tração do membro.

Os três portais utilizados na abordagem do compartimento central são o anterior, anterolateral e acessório. O portal ântero-lateral é o primeiro a ser estabelecido e deve ser posicionado com o auxílio da radioscopia a fim de evitar lesões labrais e cartilaginosas. A partir deste portal é possível ver um triângulo na região anterior da articulação, formado pela cabeça femoral e lábio acetabular, cujo assoalho é a capsula articular por onde é realizado o acesso para o portal anterior (figura 6 e 7).



Figura 6: Visualização dos locais onde são realizados portais anterolateral e anterior

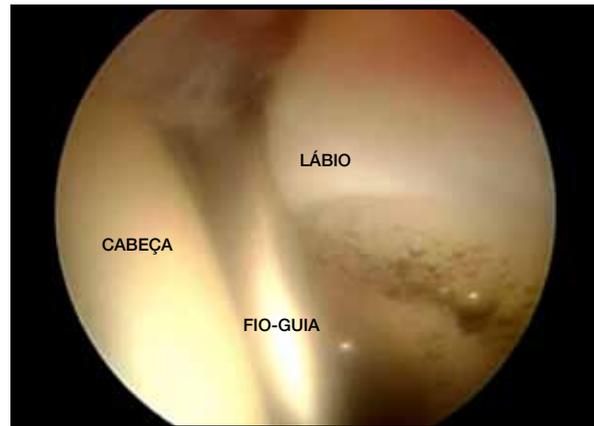


Figura 7: Vista artroscópica do triângulo por onde se estabelece o portal anterior

O portal anterior deve ser realizado com fio guia posicionado 45° no sentido cefálico e 30° em direção a linha média (Figura 6). A partir desses portais é possível visualizar e tratar as lesões no compartimento central (Figura 8).



Figura 8: A) Vista artroscópica de lesões no compartimento central; B) Retirada de corpo livre com pinça artroscópica ("Grasper").

Após abordagem do compartimento central, pode-se retirar a tração do membro do paciente, colocá-lo em flexão e com auxílio de um portal acessório, visualizar e tratar as lesões no compartimento periférico da articulação.

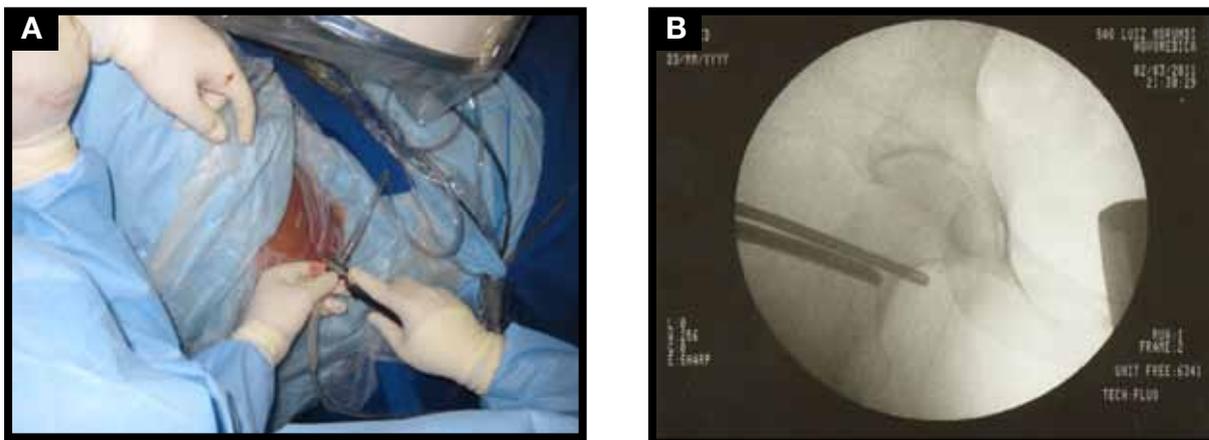


Figura 9: A) Foto da abordagem do compartimento periférico – observar membro fletido; B) Imagem radioscópica do estabelecimento do portal acessório.

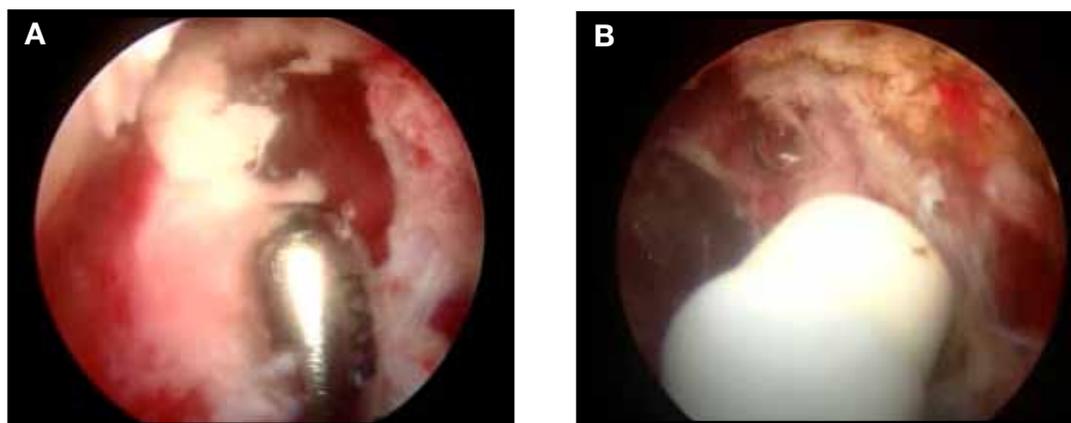


Figura 10: A) Tratamento das lesões do compartimento periférico com lâmina de “shaver”; B) Tratamento das lesões do compartimento periférico com aparelho de radiofreqüência.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

A reabilitação pós operatória deve seguir os princípios básicos de controle de edema e dor, recuperação precoce do arco de movimento, início imediato da deambulação com progressão de carga conforme o conforto do paciente. É necessário o trabalho para inibir atrofia muscular.

COMPLICAÇÕES

O maior índice de complicações ocorre no posicionamento do portal anterior, que pode, ocasionalmente, provocar a uma lesão do nervo cutâneo femoral lateral da coxa. Pode ocorrer a lesão dos nervos podendo, femoral ou ciático devido a tração excessiva do membro. Acontece, eventualmente, edema da vulva ou bolsa escrotal por trauma na tração. Ainda pode haver lesão labral e cartilaginosa iatrogênica. Por último, síndrome compartimental na coxa secundária a intensa infiltração de partes moles.

REFERÊNCIAS

1. Milgran, J.W.: Synovial osteochondromatosis – A histopathological study of 30 cases. *J Bone Joint Surg [Am]* 59: 792-801, 1977.
2. Jaffe, H.L.: Tumors and tumorous conditions of the bones and joints, Philadelphia, Lea & Febiger, 1958. p. 558-576.
3. Brasil Filho R, Filardi Filho CS, Menitti EL, Baptista MV, Daher SS. Condromatose sinovial: Relato de cãs. *Rev. Bras. Ortopedia*, Nov 1997
4. Christensen JH, Poulsen JO: Synovial chondromatosis. *Acta Orthop Scand* 46:919–925, 1975.
5. Wilson WJ, Parr TJ: Synovial chondromatosis. *Orthopedics* 11:1179–1183, 1988.
6. Eisenberg KS, Johnston JO: Synovial chondromatosis of the hip joint presenting as an intrapelvic mass: A case report. *J Bone Joint Surg* 54A:176–178, 1972.
7. Hardacker J, Mindell ER: Synovial chondromatosis with secondary subluxation of the hip: A case report. *J Bone Joint Surg* 73A:1405–1407, 1991
8. Szypryt P, Twining P, Preston BJ, Howell CJ: Synovial chondromatosis of the hip joint presenting as a pathological fracture. *Br J Radiol* 59:399–401, 1986
9. Norman A, Steiner GC: Bone erosion in synovial chondromatosis. *Radiology* 161:749–752, 1986.
10. Costa ML, Villar RN. The evolution and impact of hip arthroscopy. *Tech Orthop.* 2005;20(1):67-73.
11. Glick JM, Sampson TG, Gordon RB, Behr JT, Schmidt E. Hip arthroscopy by the lateral approach. *Arthroscopy.* 1987;3(1):4-12.
12. Monllau JC, Reina-de la Torre F, Puig L, Rodriguez-Baeza A. Arthroscopic approaches to the hip joint. *Tech Orthop.* 2005;20(1):2-8.
13. Krebs VE. The role of hip arthroscopy in the treatment of synovial disorders and loose bodies. *Clin Orthop Relat Res.*2003;(406):48-59
14. Murphy S, Tannast M, Kim YJ, Buly R, Millis MB. Debridement of the adult hip for femoroacetabular impingement: indications and preliminary clinical results. *Clin Orthop Relat Res.* 2004;(429):178-81.
15. Baber YF, Robinson AH, Villar RN. Is diagnostic arthroscopy of the hip worthwhile? A prospective review of 328 adults investigated for hip pain. *J Bone Joint Surg Br.* 1999;81(4):600-3.
16. Schenker ML, Martin R, Weiland DE, Philippon MJ. Current trends in hip arthroscopy: a review of injury diagnosis, techniques, and outcome scoring. *Curr Opin Orthop.* 2005;16(2):89-94.