

# Tratamento de fratura de colo do fêmur em paciente com sequela de poliomielite

Roberto Dantas Queiroz<sup>1</sup> , Elizabeth de Alvarenga Borges da Fonsêca<sup>2</sup> ,  
Mateus Cabral Rates Santiago<sup>2</sup> , Fabio Stuchi Devito Filho<sup>3</sup> 

## RESUMO

A poliomielite aguda é uma doença infectocontagiosa erradicada no Brasil desde a década de 1990, causada por um enterovírus de transmissão via fecal-oral ou oral-oral. Na forma crônica da doença, as sequelas como pé cavo e equino, hiperlordose compensatória, marcha de Trendelenburg por insuficiência do glúteo médio, padrão de abdução, flexão e rotação externa do membro acometido e de obliquidade pélvica são as mais frequentes. Junto a isso, a matriz óssea desses pacientes tem uma diminuição de densidade maior do que a população em geral. Objetiva-se ilustrar como a escolha da via de acesso e o material utilizado podem melhorar a adaptação do paciente.

**Palavras-chave:** poliomielite; fraturas do colo femoral; prótese de quadril.

## SUMMARY

Poliomyelitis is an infectious disease eradicated in Brazil since the 1990s, caused by the poliovirus transmitted fecal matter entering the mouth. In the chronic form of disease, sequelae such as pes cavus and equinus, compensatory hyperlordosis, Trendelenburg gait because of the insufficiency of the gluteus medius, abduction, flexion and external rotation pattern affected the limb, pelvic obliquity are the most frequent. In addition, the bone matrix of these patients has a decrease in density than the general population. We illustrate how the choice of access route and the material used can be customized to adapt to patient's conditions.

**Keywords:** poliomyelitis; femoral neck fractures; hip prosthesis.

## INTRODUÇÃO

A poliomielite aguda é uma doença infectocontagiosa erradicada no Brasil desde a década de 1990, causada por um enterovírus de transmissão via fecal-oral ou oral-oral. O ser humano é o único reservatório natural do vírus, que causa destruição das células do corno anterior da medula. Logo, a perda da função motora muscular é característica da doença na sua forma paralítica e bifásica<sup>1-3</sup>.

Na fase crônica da doença há paralisia flácida; nessa fase, o doente já não apresenta sinais de liberação piramidal, como hiperreflexia, sempre com preservação da sensibilidade. As sequelas como pé cavo e equino, hiperlordose compensatória, marcha em Trendelenburg, padrão de abdução, flexão e rotação externa do membro acometido e obliquidade pélvica são as mais frequentes<sup>1,3</sup>.

É sabido que, devido à paralisia, às deformidades e à instabilidade dinâmica da articulação, o paciente que apresenta sequelas de

1. Chefe do Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

2. Médico Residente (R4) de quadril, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

3. Médico Residente em Ortopedia, Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), São Paulo, SP, Brasil

**Autor responsável:** Roberto Dantas Queiroz / **E-mail:** robdanqueiroz@globo.com

poliomielite tem maior probabilidade de quedas da própria altura e acidentes domésticos. Ademais, estes indivíduos têm menor densidade mineral óssea do que da população em geral. Por isso, nos prontos socorros, os pacientes com essa comorbidade merecem uma atenção especial com relação às suas queixas<sup>2,4</sup>.

Quando existe necessidade de tratamento cirúrgico no membro acometido pela poliomielite, é comum algumas adaptações devidas às sequelas instaladas. Neste relato de caso, o objetivo foi ilustrar a importância da escolha do material utilizado, mais adequado a este paciente.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 62 anos, hipertensa, com histórico de troca de válvula cardíaca e osteossíntese da extremidade distal do fêmur esquerdo, há 2 anos, em uso de órtese para deambulação. Relata queda da própria altura com trauma direto no quadril esquerdo, evoluindo com dor e incapacidade de deambulação. Durante atendimento inicial, foram verificados encurtamento e rotação externa do membro acometido, cicatriz na face lateral da coxa esquerda, sem edemas ou alterações vasculares. Solicitadas radiografias da bacia nas incidências anteroposterior sem e com rotação de 15 graus dos membros inferiores (Figura 1).

Diagnosticada fratura do colo do fêmur esquerdo e solicitada tomografia computadorizada para melhor avaliação da fratura. Indicada artroplastia total do quadril esquerdo, conforme descrito a seguir, seguindo o fluxograma da Sociedade Brasileira de Quadril

para paciente deambulador social, com doença metabólica e/ou inflamatória, degenerativa<sup>6-9</sup> (Figura 2).

Paciente em decúbito dorsal horizontal, sob raquianestesia, utilizando um coxim único contralateral com inclinação de cerca de 30 graus da mesa cirúrgica. Realizada uma incisão longitudinal lateral na coxa esquerda, centrada no grande trocânter e estendida cerca de 4 cm proximalmente, e 8 cm distalmente no eixo da diáfise do fêmur.

Identificada a fâscia lata e realizada sua abertura na altura do trocânter maior, ressecção da bursa pré-trocantérica e exposição do tendão conjunto (glúteo médio e tensor da fâscia lata). Realizada abertura do tendão conjunto e divulsão do glúteo médio, com bisturi elétrico. Desinserido o tendão conjunto do grande trocânter, exposição da cápsula e sua abertura em "T" invertido<sup>5</sup>.

Após luxação da cabeça femoral fraturada e sua ressecção, realizados a fresagem do acetábulo e o posicionamento do componente acetabular tamanho 48 mm com dois parafusos de tamanho 20 e 25 mm. Colocado liner metálico de tamanho 36 mm e *insert* dupla mobilidade 36/22 mm. Em seguida, a fresagem do canal femoral e colocação do componente femoral distal do tamanho 16 mm. Implantação da parte modular proximal de CDH (Componente Diafisário Híbrido) não cimentada com cone "B" longo e cabeça femoral CDH de tamanho 22 com colo longo junto ao *insert* 36. Observadas fraturas femorais na metáfise com necessidade de passagem de 1 cabo de cerclagem. Realizada redução e testadas as estabilidades anterior e posterior. Sutura do tendão conjunto na topografia da sua inserção do trocânter maior com pontos transósseos. Sutura por planos (Figura 3).

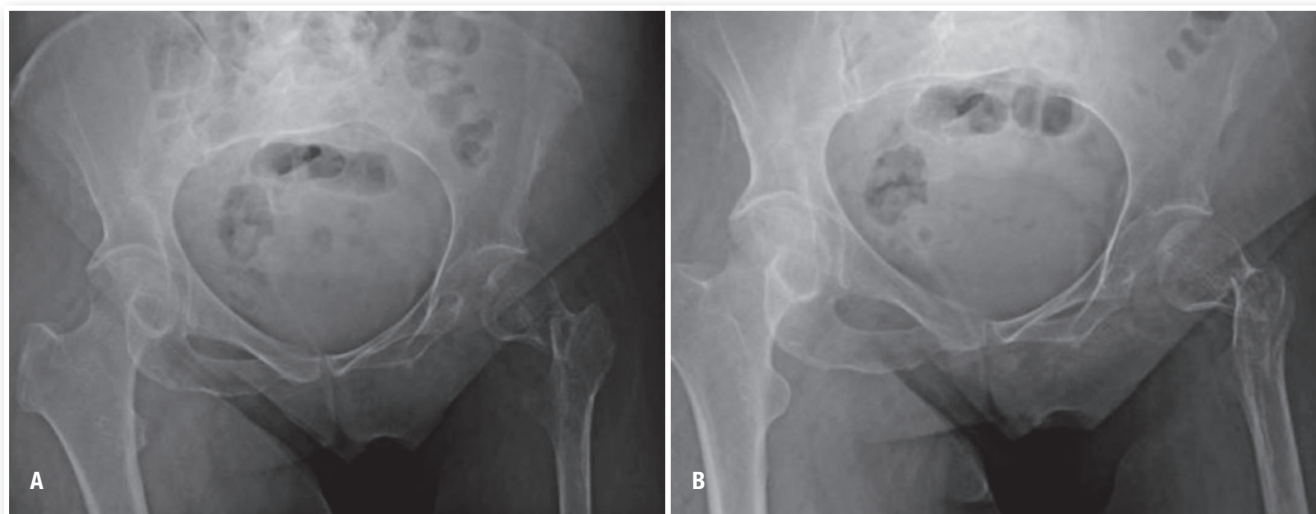
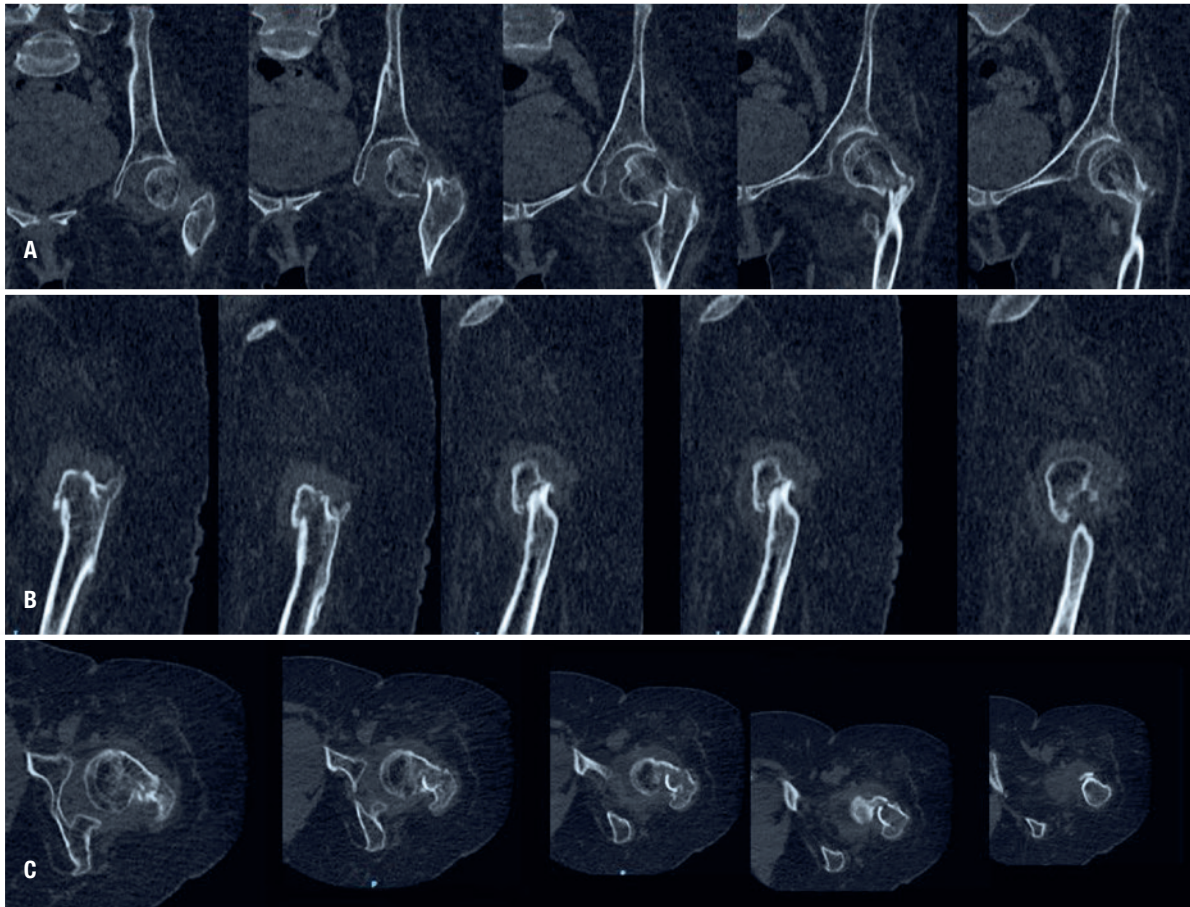
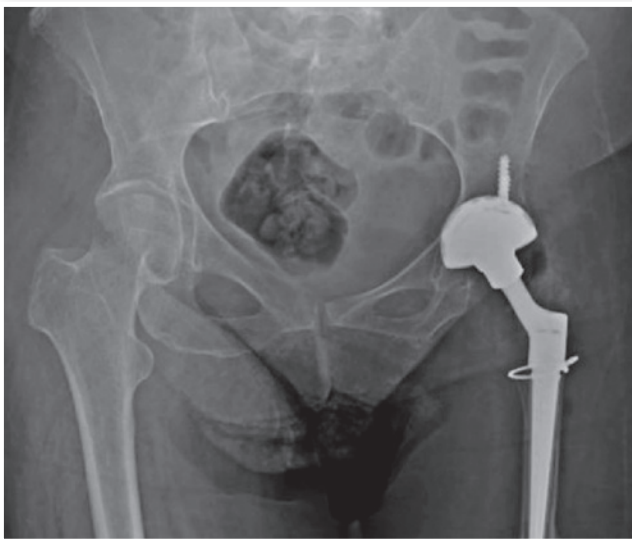


Figura 1. Radiografia anteroposterior da bacia. A) Sem rotação interna de 15°. B) Com rotação interna de 15° do membro.



**Figura 2.** Tomografia computadorizada do quadril esquerdo no plano. A) Coronal. B) Sagital. C) Axial.



**Figura 3.** Radiografia anteroposterior da bacia no pós-operatório imediato.

## DISCUSSÃO

A paralisia dos músculos em torno do quadril pode causar grave deficiência com contraturas em flexão e adução do quadril, instabilidades articulares e claudicação no paciente com seqüela de poliomielite. A discrepância de comprimento dos membros inferiores também é comum em pacientes com poliomielite em função de uma variedade de fatores, incluindo a perda de força muscular, as contraturas articulares e crescimento anormal do membro (fêmur valgo, hipotrofia). A maioria dos pacientes apresenta uma discrepância na faixa de 4 a 7 cm com deformidades associadas as extremidades inferiores. Logo, o uso de órtese para deambulação nestes pacientes é comum<sup>4</sup>.

No caso apresentado, a paciente teve história de queda da própria altura e diagnóstico de fratura do colo do fêmur esquerdo. Na radiografia havia sinais de displasia do acetábulo e diminuição do arcaço ósseo e diminuição do osso trabecular no fêmur proximal do lado acometido pela doença.

De acordo com algoritmo da Sociedade Brasileira do Quadril, a prótese escolhida deve ser adequada à deficiência óssea da paciente. Por isso a haste escolhida para o componente do fêmur foi modular, classificada como haste não cimentada tipo III de Khanujana, Vakil, Goddard e Mont. Este grupo apresenta implantes bastante heterogêneos, no geral, as hastes são mais trapezoidais em dois planos e sua fixação é obtida principalmente na junção entre a metáfise e a diáfise, por estrias longitudinais. Esta haste apresenta menor diâmetro e diversos *offsets* para tensionamento dos tecidos moles<sup>4,5-8</sup>.

Devemos ponderar sobre qual a via de acesso mais adequada para realização da prótese total de quadril em pacientes portadores de sequela de poliomielite. Algumas vias apresentam a desinserção da musculatura do glúteo médio que frequentemente está acometido. Como a paciente não apresentava alterações desses músculos, foi optado pela via mais utilizada – via lateral de Hardinge modificada por Pasquarel<sup>4,9</sup>.

O conhecimento das alterações ósseas da poliomielite crônica, apesar da erradicação do vírus ainda é bastante importante para o planejamento cirúrgico dos pacientes atingidos por essa doença. A cobertura vacinal reduzida nos últimos anos deve aumentar a importância da detecção e tratamento da poliomielite e suas sequelas.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## REFERÊNCIAS

1. Tchdjian MO. Pediatric Orthopedics. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 1972.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome Pós-Poliomielite e Co-morbidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
3. Oliveira ASB, Quadros AAJ, Gabbai AA, Steiner AL, Viana CF, Barros DR, et al. Síndrome pós poliomielite (SPP): orientações para profissionais de saúde. São Paulo: SES/SP; 2008.
4. Canalle ST, Beaty JH. Campbell cirurgia ortopédica. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.
5. Giancarlo Cavalli Polesello. Artroscopia do Quadril. In: Gomes LSM, editor. O Quadril. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 169-80.
6. Nelson Keishe Ono. Osteotomias no Tratamento da Artrose do Quadril. In: Gomes LSM, editor. O Quadril. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 181-86.
7. Itiro Suzuki. Fraturas do Colo e da Cabeça Femoral. In: Gomes LSM, editor. O Quadril. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 301-10.
8. João Antonio Matheus Guimarães. Fratura Trocantérica. In: Gomes LSM, editor. O Quadril. São Paulo: Atheneu; 2010. p. 311-20.
9. Queiroz RD, Franco RS, Borger RA. Via de acesso lateral do quadril. Técnicas em Ortopedia. 2001;1(2):7-14.