

# Tratamento cirúrgico da luxação do quadril na paralisia cerebral

Waldir Wilson Vilela Cipola<sup>1</sup>, Celso Luis Alves Cruz<sup>2</sup>

---

## RESUMO

Os autores descrevem uma técnica cirúrgica para o tratamento da luxação do quadril em pacientes portadores de Paralisia Cerebral, não deambuladores, com grave contratura em flexo-adução, que apresentam dor e dificuldade de higiene do períneo.

**Descritores:** Paralisia cerebral/cirurgia; Luxação do quadril.

## SUMMARY

The authors describe a surgical technique for treatment of hip dislocation in patients with Cerebral Palsy, nonambulatory, with severe contracture in flexion-adduction and with a presence of pain and difficulty to clean the perineum.

**Key Words:** Cerebral palsy/surgery; Hip dislocation.

---

1. Médico Chefe do Grupo de Ortopedia Pediátrica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual. - IAMSPE - São Paulo - SP  
2. Médico Assistente do Grupo de Ortopedia Pediátrica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual. - IAMSPE - São Paulo - SP  
Endereço para correspondência: Av. Moema, 265 12º and. Conj. 123 CEP 04077-020 São Paulo - SP  
E-mail: [cipola@originet.com.br](mailto:cipola@originet.com.br)

## INTRODUÇÃO

A luxação do quadril na Paralisia Cerebral (PC) é uma situação bastante controversa e de difícil abordagem terapêutica. Ocorre com mais frequência nos pacientes tetraparéticos e não deambuladores. Desenvolve-se nos primeiros anos de vida, em decorrência do desequilíbrio entre a mecânica deficiente do quadril associada à forte contratatura muscular provocada pela grande espasticidade<sup>(1)</sup>. Os músculos flexo-adutores são mais acometidos e mantêm os quadris em posição de risco para uma luxação progressiva.

A luxação do quadril na PC costuma evoluir em 50% dos casos com dor e dificuldade à higiene do períneo da criança<sup>(2)</sup>, e daí a indicação do tratamento cirúrgico.

No Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, a conduta destes casos tem sido a mais conservadora possível. Nas crianças de menor idade, portadoras da forma tetraparética espástica e sem prognóstico de marcha, procuramos manter uma vigilância constante sobre as articulações dos quadris através de exames periódicos a cada 4 ou 6 meses<sup>(3)</sup>.

A avaliação radiográfica dos quadris é feita procurando mensurar o índice de migração lateral da cabeça do fêmur, descrita por Reimers<sup>(4)</sup> em RX simples da bacia em AP neutro.

O sintoma DOR, por ser subjetivo e, muitas vezes, referido pelos familiares, é muito difícil de ser avaliado e interpretado. Na grande maioria das vezes é referido como um desconforto após períodos prolongados na posição sentada, durante sessões de fisioterapia ou ao se realizar a higiene perineal da criança.

A melhor indicação para o tratamento da luxação do quadril na PC é a prevenção. Quando a prevenção de uma luxação não é mais possível de ser realizada, passamos a nos defrontar com uma situação de difícil tratamento.

O objetivo deste trabalho não é mostrar uma técnica que se preste à correção de quadris em pacientes deambuladores, mas um procedimento de salvação, reservado àqueles casos graves, sem prognóstico de marcha, cujo único objetivo é trazer conforto ao paciente, aliviando a dor à mobilização do quadril, uma vez que estes quadris apresentam artrose da cabeça femoral, assim como facilitar aos pais e a enfermagem, no sentido de se sentar melhor, assim como uma higienização adequada destes pacientes.

Para o tratamento destes pacientes optamos pela técnica de McHale<sup>(6)</sup>. Trata-se de uma artroplastia de ressecção proximal do fêmur associada a uma osteotomia valgizante subtrocantérica.

A virtude desta técnica se prende ao fato de não termos observado a ascensão do fêmur remanescente, o que poderia levar a um novo quadro algico.



**Figura 1.** Aspecto pré-operatório (frente).



**Figura 2.** Aspecto pré-operatório (perfil).



**Figura 3.** Raios-X em AP pré-operatório.

## INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Os pacientes com os quadris luxados, dolorosos e com inadequada higiene perineal provocada pela grave contratura em flexo-adição (Figura 1 e 2) são os candidatos à artroplastia de ressecção proximal pela técnica de McHale<sup>(6)</sup>.

Nos quadris luxados e indolores, sem dificuldade para a realização da higiene perineal, não indicamos qualquer intervenção cirúrgica.

## PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Deve-se realizar uma avaliação clínica e laboratorial do paciente. Por ser uma cirurgia de grande porte, é recomendado a tipagem e reserva sanguínea.

Do ponto de vista ortopédico, é realizada uma radiografia simples da bacia e quadril em anteroposterior para a avaliação diagnóstica (Figura 3).

## TÉCNICA CIRÚRGICA

Para a realização da cirurgia o paciente é colocado em mesa cirúrgica convencional, com coxim sob a nádega do lado a ser operado a fim de permitir uma inclinação lateral de aproximadamente 30 graus, facilitando o acesso cirúrgico.

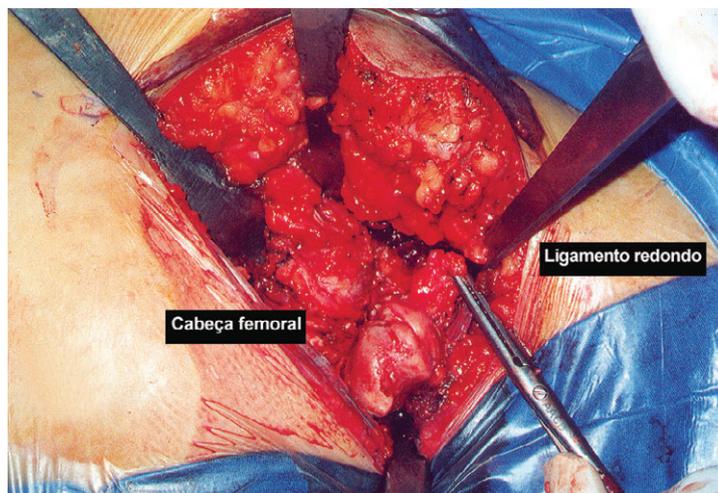
Inicialmente realiza-se uma tenotomia dos adutores através de acesso percutâneo. O acesso à articulação é realizado através de uma via anterolateral (tipo Watson Jones)<sup>(7)</sup>. A abertura da cápsula articular é realizada em forma de T com o braço vertical acompanhando o colo femoral, permitindo o acesso à cabeça e ao colo femoral. Uma vez exposta a cabeça femoral observamos a deformidade e os processos degenerativos que aí se instalam (Figura 4).

Com uma serra oscilante faz-se a osteotomia na base do colo femoral (Figura 5).

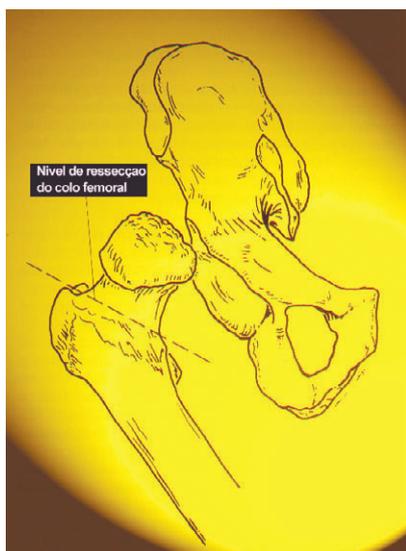
A cabeça e o colo femorais são removidos preservando-se o maior comprimento possível do ligamento redondo, deixando-o inserido no interior do acetábulo.

Com serra oscilante retira-se um fragmento ósseo em forma de cunha de base lateral, na altura do pequeno trocânter para uma valgização do fêmur que permita uma abdução de aproximadamente 45° (Figura 6).

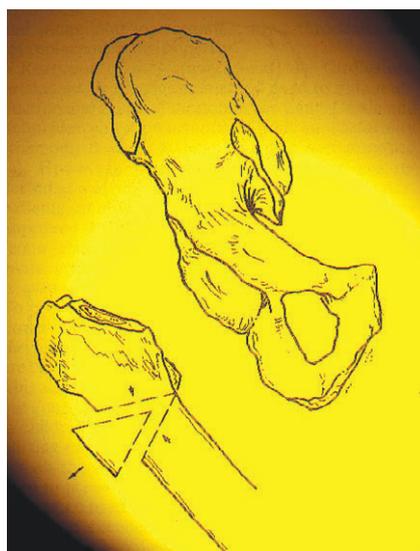
A posição em valgo da osteotomia, obtida com a ressecção da cunha é fixada com placa tipo Dynamic Compression Plate (DCP) e parafusos, moldada durante o ato cirúrgico, de acordo com o grau de angulação obtido (Figura 7).



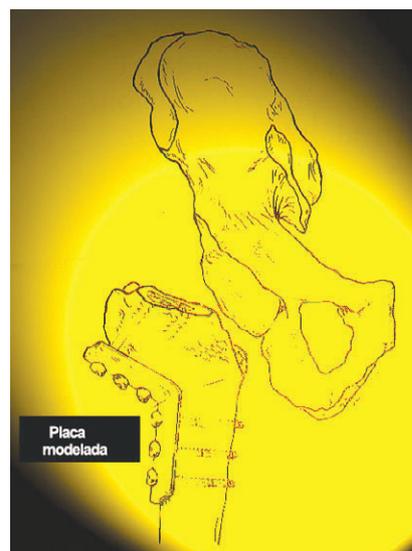
**Figura 4.** Aspecto intra-operatório mostrando o processo degenerativo da cabeça femoral.



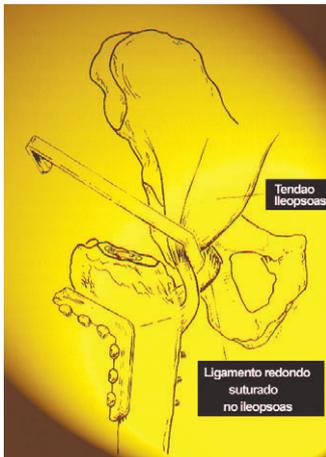
**Figura 5.** Ressecção da cabeça e colo femoral.



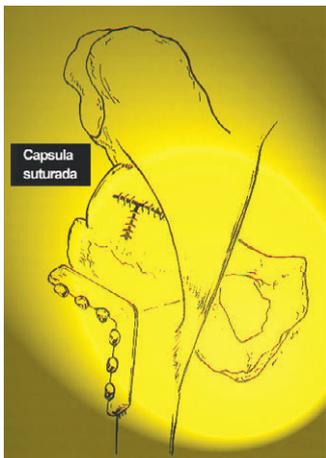
**Figura 6.** Ressecção de cunha lateral na região sub-trocantérica que permitirá a abdução de 45° do quadril operado.



**Figura 7.** Osteotomia fixada com a placa moldada.



**Figura 8.** Posicionamento do pequeno trocânter no acetábulo e sutura do ligamento redondo no tendão do iliopsoas.



**Figura 9.** Fechamento da cápsula.

O pequeno trocânter é então voltado em direção ao acetábulo e o ligamento redondo é inserido no pequeno trocânter suturando-o no tendão do iliopsoas (Figura 8).

Realiza-se então uma capsulorrafia avançando os braços da abertura em "T", ressecando-se o excesso de cápsula (Figura 9).

Uma vez que o pequeno trocânter é dirigido para o acetábulo, a porção inferior da cápsula é recoberta pelo músculo iliopsoas.

Após a sutura por planos da ferida operatória e instalação de dreno de aspiração contínua pode-se imobilizar o paciente com gesso pelvipodálico. Quando se consegue uma fixação estável da osteotomia não vemos necessidade de manter o paciente imobilizado.

É realizado um controle radiográfico pós-operatório (Figuras 10 e 11).

## PÓS-OPERATÓRIO E REABILITAÇÃO

No período pós-operatório o dreno aspirativo é mantido por 24 horas assim como a profilaxia antibiótica. Em nossos casos não tivemos a necessidade de utilização de imobilização gessada. Caso a imobilização se faça necessária ela é mantida por aproximadamente 3 (três) semanas.

Pode-se opcionalmente manter os membros inferiores em abdução com o uso de órtese tipo Scottish-Rite, o que nem sempre é bem tolerado pelos pacientes.

A movimentação passiva do quadril é permitida precocemente sendo a dor pós-operatória o fator limitante da mesma (Figura 12).

Durante a reabilitação fisioterápica são executados exercícios suaves para a manutenção da abdução conseguida.



**Figura 10.** Radiografia em AP no pós-operatório.



**Figura 11.** Radiografia em AP com abdução do quadril no pós-operatório.



**Figura 12.** Aspecto pós-operatório mostrando a abdução conseguida no quadril esquerdo.

### RECOMENDAÇÕES

A tenotomia de adutores pode ser realizada percutaneamente desde que seja feita na sua origem pubiana (tendinosa) onde o risco de sangramento é menor.

A osteotomia de valgização não é de 45° de angulação do fêmur, mas deve ser o suficiente para que a abdução conseguida seja de pelo menos 45°.

A imobilização gessada nem sempre é necessária, ficando como uma opção, pois não costuma ser bem tolerada por este tipo de paciente.

### REFERÊNCIAS

1. Eilert RE. Editorial. Hip subluxation in cerebral palsy: what should be done for the spastic child with hip subluxation? J Pediatr Orthop 1997; 17: 561-2.
2. Cornell MS, Hatrick NC, Boyd R, Baird G, Spencer J. The hip in children with cerebral palsy, predicting the outcome of soft tissue surgery. Clin Orthop 1997; 340: 165-71.
3. Eilert RE. Letter to the Editors. J Pediatr Orthop 1998; 18: 555-6.
4. Reimers J. The stability of the hip in children: a radiological study of the results of muscle surgery in cerebral palsy. Acta Orthop Scand 1980; (suppl) 184: 1-160.
5. Miller F, Dias RC, Dabney KW, Lipton GE and Triana M. Soft-tissue release for spastic hip subluxation in cerebral palsy. J Pediatr Orthop 1997; 17: 571-84.
6. McHale KA, Bagg M, Nason SS. Treatment of chronically dislocated hip in adolescents with cerebral palsy with femoral head resection and subtrochanteric valgus osteotomy. J Pediatr Orthop 1990; 10: 504-9.
7. Crenshaw AHJr. Surgical Approaches. In: Crenshaw AH. Campbell's Operative Orthopaedics, Missouri: Mosby; 1992.p.61.