



ARTROPLASTIA DE COLO E CABEÇA FEMORAL PARA TRATAMENTO DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL: Relato de caso

Bianca M. AUGUSTO¹; Tereza C. PEZZUTI²; Yuan G. R. CAMPOS²; Rafaela O. CUNHA²; Bruna C. MORAIS²; Carolina C. Z. MARINHO³; Adriano A. CORTEZE⁴; Paulo V. T. MARINHO⁴

RESUMO

A luxação coxofemoral é a mais recorrente entre todas as luxações articulares, ocorre devido à perda funcional de dois ou mais de seus estabilizadores articulares primários. É classificada de acordo com a direção da cabeça femoral em relação ao acetábulo. O tratamento, por meio da redução e estabilização da articulação, é preferido na maioria dos casos e podem ser realizadas por meio de técnicas fechadas ou abertas. Diversas técnicas são utilizadas, isoladamente ou em combinação, para estabilizar a articulação durante o tempo em que a cápsula articular e os tecidos moles periarticulares cicatrizam, todavia, nem todas as técnicas cirúrgicas permitem alcançar esses objetivos, podendo ocasionar recidivas. O presente trabalho relata o caso de luxação de quadril craniodorsal crônica em um paciente canino, sem raça definida, de 5 anos de idade, tratada através da técnica de artroplastia de colo e cabeça femoral, que após o tratamento houve o sucesso na correção cirúrgica, e não apresentou recidiva.

Palavras-chave: Colocetomectomia; Ortopedia; Crônico; Craniodorsal.

1. INTRODUÇÃO

A articulação coxofemoral é uma articulação diartrodial entre cabeça do fêmur e acetábulo, sua configuração esferoidal proporciona estabilidade e permite movimentos amplos. Os principais estabilizadores da articulação do quadril são cápsula articular, ligamento redondo e acetábulo. A luxação coxofemoral ocorre devido à perda funcional de dois ou mais desses estabilizadores articulares primários (JOHNSTON; TOBIAS, 2018).

A luxação coxofemoral é a mais recorrente entre todas as luxações articulares. O trauma veicular representa a maior casuística dessa afecção, podendo chegar até 85%, de acordo com a literatura. Outras causas relatadas incluem displasia coxofemoral severa, quedas, luxação espontânea e traumas desconhecidos (JOHNSTON; TOBIAS, 2018). São classificadas de acordo com a direção da cabeça femoral em relação ao acetábulo, sendo assim, craniodorsal, caudodorsal, ventral, ventrocaudal, ventrocranial (ALVARENGA et al., 1996).

Quanto mais tempo o quadril estiver deslocado, mais difícil será sua redução, devido à contração muscular e à fibrose local (ALVARENGA et al., 1996). Baseado na alta taxa de insucesso das reduções fechadas, sendo relatadas entre 47 a 65%, alguns cirurgiões preferem realizar primeiramente a redução aberta e fixação (PIERMATTEI et al., 1999).

¹Discente em Medicina Veterinária, IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho. E-mail: bimaugusto26@gmail.com.

²Aprimorando em Medicina Veterinária, IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho.

³Médica Veterinária do Hospital Veterinário, IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho.

⁴Docente orientador, IFSULDEMINAS – Campus Muzambinho.

Diversas técnicas cirúrgicas são utilizadas, isoladamente ou em combinação, para estabilizar a articulação durante o tempo em que a cápsula articular e os tecidos moles periarticulares cicatrizam. A seleção da técnica adequada depende de muitos fatores, incluindo o nível de atividade e peso e porte do paciente, a classificação da luxação, a extensão da lesão à cartilagem e cápsula articular, presença de lesões concomitantes, restrições econômicas e a preferência do cirurgião (JOHNSTON; TOBIAS, 2018).

A técnica de artroplastia de excisão da cabeça e colo femoral, também chamada de colocefalectomia é indicada para o tratamento de luxação recorrente do quadril, luxações crônicas ou fraturas graves concomitantes, e osteoartrite coxofemoral (JOHNSTON; TOBIAS, 2018).

O presente trabalho visa relatar um caso de luxação de quadril craniodorsal crônica, tratado através da técnica de colocefalectomia, técnica escolhida devido à cronicidade da lesão e desejando evitar a possibilidade de relaxação e novas cirurgias posteriores.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Paciente canino, fêmea, castrada, cinco anos, sem raça definida, foi atendido no Hospital Veterinário do IFSULDEMINAS- Campus Muzambinho. No exame clínico, durante a anamnese, foi relatado que o paciente foi resgatado, a principal queixa clínica era claudicação em membros torácico esquerdo e pélvico ipsilateral, sem informações sobre início e evolução dos sinais clínicos.

Durante o atendimento, no exame físico ortopédico foram observadas alterações de claudicação e impotência funcional de membro pélvico esquerdo, monoplegia em membro torácico esquerdo, ausência de sensibilidade de membro torácico esquerdo, redução do reflexo cutâneo do tronco do lado esquerdo. No teste do alinhamento do trocanter maior, foi observado deslocamento craniodorsal do trocanter maior. Desse modo, as suspeitas diagnósticas foram avulsão do plexo braquial e luxação coxofemoral craniodorsal.

Os exames pré-operatórios hematológicos se encontraram com os parâmetros dentro dos valores de referência. A radiografia confirmou o deslocamento craniodorsal do fêmur em relação ao acetábulo, confirmando a suspeita diagnóstica de luxação coxofemoral craniodorsal. O tratamento preconizado para esse caso foi excisão da cabeça e colo femorais em primeira instância e amputação membro torácico esquerdo após recuperação completa da cirurgia do quadril.

Ato seguinte, com o paciente encaminhado para a cirurgia, o protocolo anestésico foi realizado com os seguintes fármacos, medicação pré anestésica com metadona (0,3mg/kg, intramuscular), indução anestésica foi executada com propofol (2mg/kg/min, intravenoso) e cetamina (5mg/kg/min, intravenoso), manutenção anestésica efetuada com isoflurano (em circuito respiratório com reinalação), a anestesia locorregional foi realizada com bupivacaína (0,9mg/kg, epidural) associada à morfina (0,1mg/kg, epidural).

Após anestesia geral, o paciente foi posicionado em decúbito lateral direito. O procedimento cirúrgico iniciou-se com incisão para acesso craniolateral ao trocanter maior seguida de identificação do glúteo superficial, médio e profundo.

Para expor o trocanter, o membro foi rotacionado caudalmente, afastando-se o músculo glúteo profundo. Em ato contínuo, realizou-se uma incisão com lâmina de bisturi número 11 da cápsula da articular e posterior divulsão e remoção da fibrose presente, indicando cronicidade da luxação. Seguidamente, feito o corte do osso utilizando uma serra oscilatória, da cabeça ao colo femoral, iniciando cranialmente no trocanter maior e finalizando cranialmente ao trocanter menor, retirado colo e cabeça femoral foi realizada curetagem no acetábulo garantido retirada de todo colo femoral. Subsequentemente, realizada ráfia da cápsula articular com padrão sultan, seguida da sutura de tecido subcutâneo no padrão simples contínuo, com fio absorvível Poliglecaprone número 2-0, e pele com nylon 3-0 padrão sultan.

Para o pós operatório foi prescrito amoxicilina com clavulanato de potássio (21 mg/kg, BID, via oral, durante dez dias), Tramadol (4,20 mg/kg, TID, via oral, durante seis dias), Dipirona (25mg/kg, TID, via oral, durante seis dias), Meloxicam (0,1 mg/kg, SID, via oral, durante 3 dias) e recomendação de fisioterapia.

A fisioterapia foi realizada por uma profissional veterinária especializada. Nos primeiros três dias de pós operatório, foram realizadas sessões de laserterapia em conjunto com acupuntura.

Após esse período inicial, o tratamento a laser foi mantido e a cinesioterapia foi iniciada, visando o fortalecimento muscular, visando o apoio precoce do membro acometido. A frequência das sessões foi de uma vez ao dia, durante dois meses. Depois disso, a frequência foi aumentada para duas vezes ao dia, durante mais um mês.

O paciente fez acompanhamento pós-operatório e remoção dos pontos em outra clínica veterinária, segundo o relato, o paciente se recuperou bem e conseguiu se locomover, embora ainda não apoiasse o membro a todo momento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO.

O objetivo primordial do tratamento cirúrgico foi restabelecer a funcionalidade do membro pélvico esquerdo e conforto para o paciente, a técnica foi escolhida devido a falta de informações do início e evolução da luxação coxofemoral e devido a impossibilidade de redução fechada pela grande fibrose na articulação, confirmada durante o procedimento aberto. A técnica de artroplastia de excisão da cabeça e colo femoral, é uma das técnicas de escolha quando se trata de casos como o presente relato (JOHNSTON; TOBIAS, 2018).

A integridade da cápsula articular foi avaliada para determinar se poderia ser suturada primariamente, e assim foi feito, tendo em vista sua grande importância na estabilização da

articulação e visando também evitar luxação pós operatória (JOHNSTON; TOBIAS, 2018).

A principal complicação dessa cirurgia é a redução da amplitude de movimento articular, por isso, se faz necessária a reabilitação física apropriada, com fisioterapia, com o fito de, melhorar a amplitude de movimento das articulações, restabelecer a biomecânica adequada do membro afetado, controle algico, fortalecimento muscular, e também, confere maior aceleração da cicatrização (CARIRY, 2022).

Em relação ao tratamento de fisioterapia, a laserterapia promoveu analgesia e cicatrização acelerada. O laser atua como mediador anti-inflamatório, inibindo a síntese de prostaglandinas, aumentando a angiogênese e o fluxo linfático. Já a cinesioterapia, com suas terapias associadas ao movimento, auxiliaram para o restabelecimento da força, coordenação, condicionamento, propriocepção, além de também oferecer relaxamento e melhorar o quadro algico do paciente (CARIRY, 2022).

A estabilidade e função a longo prazo da articulação dependem da cicatrização adequada dos tecidos periarticulares. Neste sentido, a reabilitação física pode melhorar a amplitude de movimento e a flexibilidade nos pacientes afetados (JOHNSTON; TOBIAS, 2018).

4. CONCLUSÃO

Desse modo, foi observado que a técnica de artroplastia de excisão da cabeça e colo femoral, associada a fisioterapia, foram eficazes para o tratamento de luxação coxofemoral crônica, de modo que paciente se recuperou rapidamente e retornou a deambulação apoiando o membro pélvico esquerdo. Não apresentando recidivas no acompanhamento de 6 meses e com controle algico adequado, devido a combinação do tratamento cirúrgico e reabilitação física, garantindo melhora significativa de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, José de et al. **Mecanismos da moléstia na cirurgia dos pequenos animais**. São Paulo: Manole, 1996.

CARIRY, Rebecca Miranda. **Fisioterapia no pós-operatório de displasia coxofemoral: revisão de literatura**. 2022. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina Veterinária) – Universidade Federal da Paraíba, Areia, 2022.

PIERMATTEI, Donald L. et al. **Manual de ortopedia e tratamento das fraturas dos pequenos animais**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1999.

TOBIAS, Karen M.; JOHNSTON, Spencer. **Veterinary Surgery: Small Animal**. Missouri: Elsevier, 2018.