

Impacto fêmoro-acetabular

O impacto femoro acetabular (IFA) ocorre quando a articulação apresenta incongruência nos extremos de sua amplitude de movimento, especialmente flexão e rot. interna.

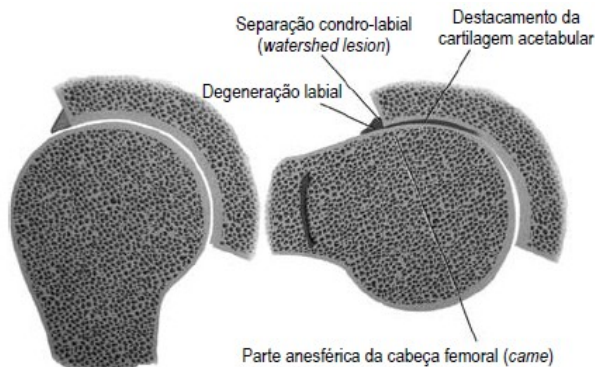
A incongruência nos extremos das amplitudes de movimento do quadril pode ocorrer devido as deformidades acetabulares femorais ou ocorrer em ambos os componentes da art. coxofemoral.

A colisão entre essas estruturas anormais provoca:

- Destacamento da cartilagem hialina acetabular
- Lesão do lábio acetabular
- Formação cistos subcondrais
- Artrose quadril → **o IFA é uma das etiologias de artrose do quadril**

São classificados de dois tipos:

Tipo Cam ou Came: ocorre um alargamento anormal na junção do colo com a cabeça femoral, anterior e lateralmente, que promove a compressão do labrum durante a flexão do quadril. A cabeça femoral não é esférica e o acetábulo não é normal. O padrão dessa deformidade é representada pela deformidade em “cabo de pistola”



O impacto tipo Came pode ser secundário a algumas patologias como:

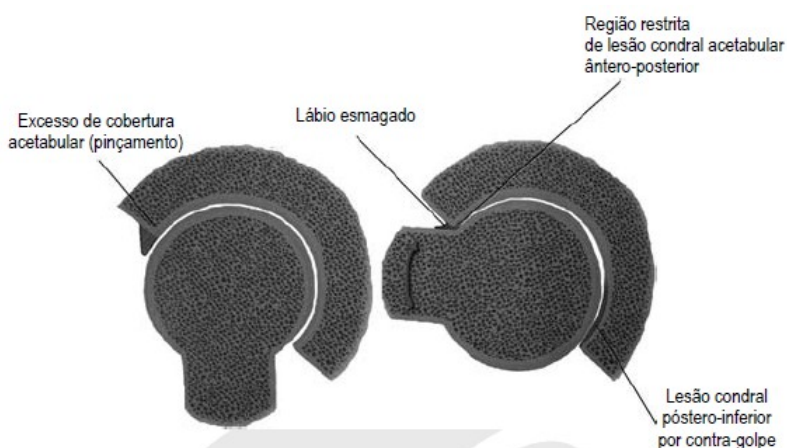
- Epifisiolístese frusta
- Sequela doença Perthes
- Retroversão colo femoral
- Coxa vara
- Sequela fratura colo femoral

Mais comum em indivíduos 3º e 4º década de vida, do sexo masculino, praticantes atividade esportiva.

Tipo Pincer: ocorre um avanço Antero-lateral da parede do acetábulo, promovendo compressão do labrum contra o colo femoral (normal) a flexão do quadril. A cabeça femoral é esférica e o acetábulo é retrovertido.

A deformidade acetabular é proveniente:

- Retroversão excessiva
- Excesso de cobertura óssea anterior
- Protrusio acetabuli (Otto pélvis)



Devido ao excesso de cobertura acetabular, o lábio é danificado diretamente pela junção colo-cabeça femoral. A lesão da cartilagem acetabular em sua porção Antero-lateral, é menos extensa que a do tipo came. A cartilagem acetabular posterior é lesada por mecanismo contra golpe cabeça femoral.

O mecanismo é mais comum em mulheres de meia idade praticante ou não de atividade física

Tipo Misto: Os impactos tipo came ou pinçamento raramente ocorrem como mecanismo isolado. Em mais de 70% dos casos encontram-se alterações acetabulares e femorais.

Avaliação clínica:

Sinal em “C” localização imprecisa da dor em torno do quadril. A dor é exacerbada na atividade física e quando o paciente permanece sentado por muito tempo.

Palpação: avalia patologias extra articulares geralmente confundidas com impacto, como patologias peritrocantéricas, tendinites reto femoral, hérnia inguinais, síndrome piriforme ou meralgia parestésica.

Exame físico:



Diminuição da rot. interna e da flexão do quadril.

Fabere +: limitação posição flexão, abdução e rot. externa.

Força muscular: teste de trendelemburg de esforço pode ser positivo → diminuição da força de flexão do quadril pela proximidade do m. ilioepsoas com a cápsula articular anterior.

Manobra para IFA: iniciar com a flexão do quadril em neutro até o limite da flexão passiva ou dor. Em seguida passa para a manobra conjunta de flexão, rotação interna e abdução.

A rotação interna é o primeiro movimento passivo do quadril a ser afetado no IFA. A manobra de impacto anterior é o teste mais sensível e específico para lesão labral e ou IFA

Diagnóstico diferencial: osteonecrose, osteoartrose, doenças sinoviais, fraturas estresse ou insuficiência, lesões musculares, pubalgia, bursite trocânteria, lombociatalgia.

Diagnostico por imagem

AP da pelve com apoio, perfil verdadeiro (Ducroquet) e perfil falso (Lequesne)

AP (bacia antero-posterior):

Membros inferiores em rotação interna de 15° para corrigir anteversão femoral, o cóccix deve ser visualizado de 1 a 2 cm da sínfise púbica, corrigindo-se inclinação pélvica e rotação.

Revela deformidade no fêmur proximal, alterações na versão acetabular (sinal crossover), dispasia acetabular, coxa vara, coxa valga e protrusão acetabular

Incidências laterais e perfil verdadeiro são usadas especificamente para a quantificação do offset da porção antero-lateral na junção da cabeça e colo femorais.

Perfil verdadeiro:

Radiografia do quadril centrada na cabeça femoral, com o mesmo em flexão 90° e abdução de 45°

(Ducroquet) ou a incidência crosstable, com a posição do quadril do mesmo modo, porem com a ampola direcionada a 45° a partir do lado contralateral ao quadril avaliado.

A incidência em falso perfil permite a visualização da cobertura acetabular que quando em excesso contribui para a ocorrência em impacto tipo pincer

Laquesne: paciente em pé, perpendicular a chapa, fixa o pé encostado ao filme e roda a bacia cerca de 30° esternamente. A ampola fica centrada na cabeça femoral e o perfil, acetábulo e evidenciado.

Presença de cisto de inclusão no colo femoral e cistos paralabiaais são indicadores de IFA. O afilamento condral associado ao impacto é mais comum, inicialmente, na região Antero-superior do teto acetabular, progredindo para cabeça femoral como lesão em espelho, em casos graves.

RNM e a artroressonância propiciam informações adicionais quando a presença de uma cabeça femoral não-esférica, a integridade do labrum acetabular, a anatomia da junção da cabeça e colo femoral (offset), a deteriorização da cartilagem acetabular e a presença de herniation pits e ossificações de borda. Com a injeção intra-articular de gadolínio, o contorno labial, os cistos paralabiaais e o estado da cartilagem são avaliados com sensibilidades e especificidade maiores do que na RNM

Tratamento:

Conserdor: FST*, analgésicos, modificações atividades....efeito temporário.

A FST visando aumento de amplitude articular e alongamento é contra produtiva pois exacerba o IFA e pode acelerar o desgaste da cartilagem hialina.

Cirúrgico: Melhorar a liberdade de movimentos do quadril por meio da eliminação do impacto entre o fêmur proximal e a corda do acetábulo, podendo ser executado através da luxação cirúrgica ou artroscópica.

ADENDO

Artroscopia do Quadril

Indicações diagnósticas:

Avaliação estado cartilagem

Avaliação ATQ

└ avaliação da artroplastia dolorosa: coleta cultura, metalose, desgaste material

Diagnóstico infecções

└ coleta de cultura – infecção previa, suspeita de tuberculose

Indicações terapêuticas

1. Lesões labrais

2. Impacto femoro acetabular → principal causa de indicação artroplastia quadril

Pode ser tratado com osteocondroplastia que pode ser feito tanto na região femoral como na região acetabular.

3. Lesões do ligamento redondo

4. Condromatose sinovial

5. Retirada de PAF, corpos estranhos e fragmentos

6. Sinovite vilonodular pigmentada

7. Piorrite /limpeza cirúrgica e ATQ

Artroscopia extra-articulares

1. Ressalto interno → ressalto do tendão do ileopsoas. Tenotomia do tendão

2. Ressalto externo → ressalto na região do trocanter maior

3. Bursite trocanteriana e patologias peri-trocanterianas

Contra-indicações

Absolutas: - condições clínicas e anestésicas

- **anquilose quadril** – não se consegue entrar com instrumental

- **infecção superficial** – risco de infecção intraarticular

<http://traumatologiaeortopedia.com/>

<http://ortopediabrasil.blogspot.com.br/>

- fratura acetábulo em continuidade com cavidade abdominal

Relativa: - obesos
- artrose estabelecida

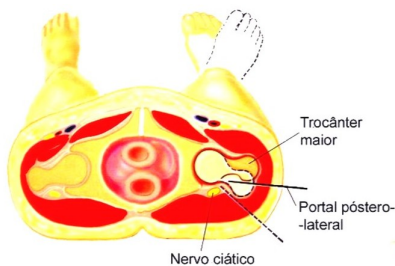
Tempo cirúrgico



- 1- Posicionamento
- 2-Tração de prova – tração e verifica-se a distancia entre a cabeça fêmur e acetábulo de pelo menos 1 cm
- 3-Passagem instrumental
- 4-Tração definitiva
- 5-Portais articulares centrais
- 6-Relaxamento tração
- 7-Portais periféricos – Após o procedimento da artroscopia é relaxado a tração e realizados os portais periféricos (sem tração). Abordagem extra-articulr

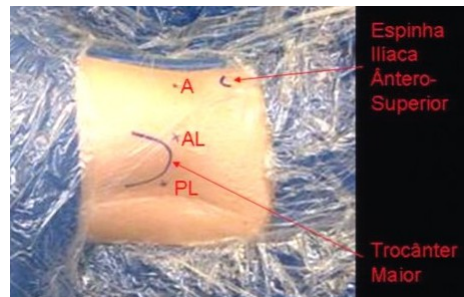
8-Fechamento/infiltração

Posicionamento



Paciente posicionado em mesa ortopédica. Colocado coxim perineal bastante fofo para não lesar períneo do paciente. Corrigir a anteversao femoral com cerca de 15° de rotação interna. Maneira de proteger n.ciatico que passa próximo a cabeça do femur

Portais centrais



Anterior: Segundo portal a ser intersecção de linha entre a espinha laterais. Entrando com inclinação de cefálico (triangulação). Risco de lesar musculatura transfixada é o m. reto-

realizado. Inicia-se na íliaca antero-superior e os portais 30° para medial e 45° para art femoral (trigono femoral). A femoral e sartorio.

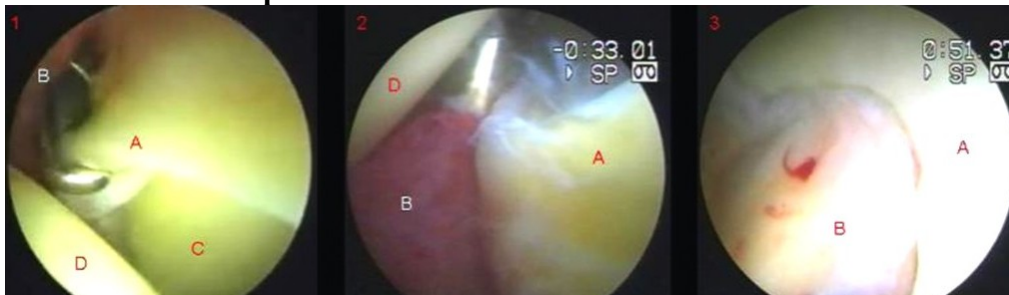
Antero-lateral: Primeiro a ser anteriormente e ao nível do ápice

Postero-lateral: Terceiro portal a ser realizado. Tangenciando o tracanter maior na região posterterior e na mesma altura do portal antero lateral.

Nos portais Antero-lateral e postero lateral são transfixados o glúteo médio e o glúteo mínimo.

realizado. Coloca-se a agulha do trocater maior, tangenciando-o.

Anatomia artroscopica



1° foto) Portal antero-lateral: A-labrum, B-capsula C-cartilagem acetabular, D-cartilagem cabeça femoral

2° foto) Portal postero lateral: A-labrum posterior B-capsula posterior D-cabeça femural

3°foto) Região central: A-cartilagem acetabular B-pulvinar, ligamento redondo

Portais periféricos

Retira-se os instrumentos, libera a tração e flexiona o quadril entre 30° e 45°

A partir do portal Antero lateral é relizado portal auxiliar 4 a 5cm inferiormente

Portais extra-articulares

Busoscopia e liberação do iliopsoas

Quadril flexionado em torno de 20° e por meio de rotação externa máxima, traz-se o trocanter menor mais próximo a região anterior. O primeiro portal encontra-se uma linha perpendicular ao trocanter menor, com 45° inclinação cranial, e o segundo, a 5cm mais distalmente e com a mesma inclinação.

Complicações:

Lesão condral severa, quebra do instrumental, apraxia do n.pudendo (tração), apraxia do n.cut.lat coxa(tração), edema genital, ulcera escrotal, infecção superficial, extravasamento fluido.