

Ressecção artroscópica de tumor na articulação coxofemoral

Relato de um caso*

MOISÉS COHEN¹, RENE J. ABDALLA¹, BRUNO LOMBARDI JR.², MARCELO S. FILARDI³, BENNO EUNISMAN⁴, JOICEMAR T. AMARO⁵

RESUMO

Os autores apresentam uma indicação para artroscopia do quadril com diagnóstico de condroma, confirmado por exame anatomopatológico. A indicação do procedimento artroscópico se deu após realização de diversos exames e constatação, à ressonância magnética, de imagem anormal intra-articular na região da fôvea. O objetivo era a biópsia e, se possível, ressecção artroscópica, para evitar-se, assim, artrotomia ampla e possibilitar reabilitação mais rápida e menos traumática. Após seguimento aproximado de um ano, o paciente encontra-se assintomático.

SUMMARY

Arthroscopic resection of tumor in the coxofemoral joint. Report of a case

The authors present an indication of hip arthroscopy technique with diagnosis of chondroma confirmed by histological exam. The indication of arthroscopic procedure was realized after serial exams and the result of MRI (abnormal intra-articular image near the fovea). The main objective was

the biopsy and, if possible, arthroscopic resection in order to avoid open arthrotomy and promote a quick rehabilitation and less traumatic surgery. After one year follow-up, the patient is asymptomatic.

INTRODUÇÃO

Os procedimentos endoscópicos, menos invasivos, têm ocupado cada vez mais lugar de importância na prática ortopédica. A artroscopia do quadril vem-se desenvolvendo nos últimos anos e embora menos freqüente, comparada a joelho, ombro e tornozelo, não é menos importante quando bem indicada. Por se tratar de articulação profunda, envolta por grande massa muscular, apresenta acesso não tão simples e indicações restritas. O objetivo deste trabalho é mostrar uma dessas indicações, que de forma menos invasiva auxiliou no diagnóstico e permitiu recuperação mais rápida e menos traumática do que com os procedimentos convencionais.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, branco, 48 anos, natural e procedente de São Paulo, apresentou dor no quadril esquerdo há dois anos, sem antecedentes de trauma ou febre, tendo sido medicado por diversas vezes com anti-inflamatórios, sem melhora. Procurou nosso serviço com dor intensa no quadril esquerdo, grande limitação articular e radiografias normais. Foram solicitadas cintilografia óssea, que mostrou hipercaptação ao nível do quadril esquerdo, e tomografia computadorizada, que se mostrou inconclusiva. À ressonância nuclear magnética, observou-se massa anormal intra-articular ao nível da fôvea (fig. 1). Tendo em vista a grande agressividade do procedimento aberto, indicou-se a artroscopia para biópsia e concomitante ressecção

* Trab. realiz. na Univ. Fed. de São Paulo-EPM, Dep. de Ortop. e Traumatol. (Serv. do Prof. José Laredo Filho) e Clín. Ortop. Cidade Jardim, São Paulo, SP.

1. Mestre-Doutor em Ortop. e Traumatol.; membro do Grupo de Cirurgia do Joelho e Artrosc. da UFSP-EPM.
2. Mestre em Ortop. e Traumatol.; membro do Grupo de Quadril da UFSP-EPM.
3. Pós-graduando do Departamento.
4. Resid. de 4º ano do Departamento.
5. Méd. assist. da Clín. Ortop. Cidade Jardim.

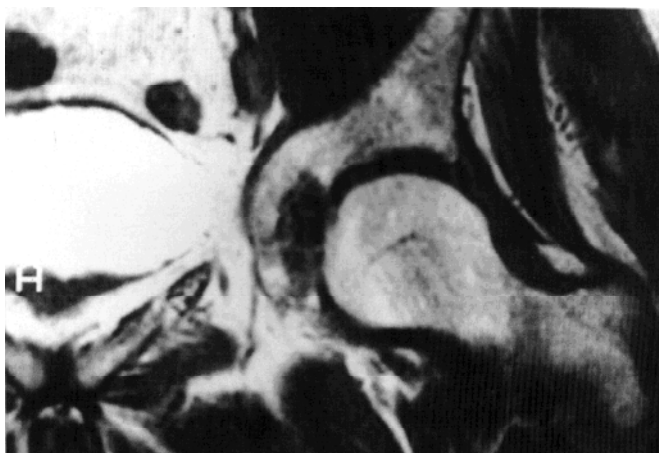


Fig. 1 – Ressonância magnética: imagem ao nível da fôvea



Fig. 2 – Vias de acesso anterior e ântero-lateral

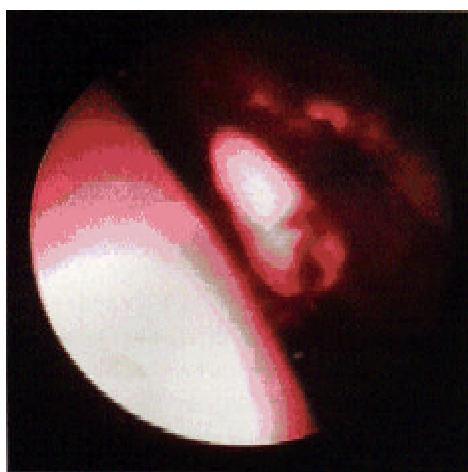


Fig. 3 – Vista artroscópica do condroma

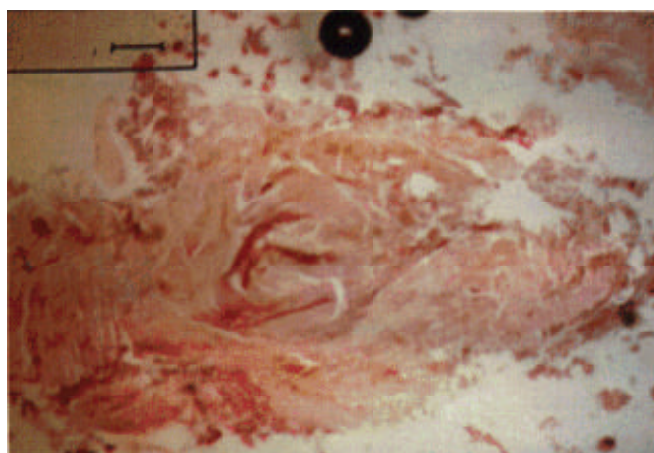


Fig. 4 – Estudo anatomopatológico

da lesão.

Foi utilizada mesa de tração ortopédica, com o paciente, sob anestesia geral, em decúbito dorsal, quadril esquerdo abduzido a 30 graus e o direito em abdução máxima para a entrada do aparelho de radioscopia, utilizado para controle da tração articular, com abertura aproximada de um centímetro, no momento de iniciar a artroscopia, facilitando a introdução do trocarte. As vias de acesso utilizadas foram a anterior e a ântero-lateral (fig. 2). A anterior corresponde ao cruzamento de uma linha imaginária vertical passando pela espinha ílaca ântero-superior com outra horizontal que passa pela borda superior do grande trocanter. A via ântero-lateral corresponde ao ponto imediatamente anterior à borda anterior do grande trocanter.

Inicialmente foi realizado acesso ântero-lateral, com introdução de agulha longa usada para raquianestesia, controlada pela radioscopia. A seguir, injetaram-se ao redor de 40ml de

soro fisiológico e observou-se o refluxo do líquido, tendo-se a certeza de que o espaço articular fora atingido, para em seguida introduzir-se o trocarte do artroscópio. Para a introdução do instrumental pela via anterior, a direção utilizada foi aproximadamente de 45° no sentido proximal da articulação e 30° medial. As vias foram invertidas durante o procedimento, permitindo-se assim melhor visibilização da lesão na cavidade articular (fig. 3). A biópsia foi realizada, seguindo-se ampla ressecção de tecido intra-articular com o instrumental motorizado.

O resultado da biópsia foi condroma da fôvea (fig. 4). Após dez dias de pós-operatório, o paciente encontrava-se sem dor e movimentação normal do quadril. A marcha foi liberada a partir de um mês e atualmente, após um ano de evolução, permanece assintomático.

A cirurgia artroscópica para o quadril apresenta poucas indicações^(2,3,5). Em casos bem definidos, pode ser indicada devido as suas inúmeras vantagens, principalmente por permitir a abordagem de grande parte da cavidade articular sem a necessidade da artrotomia, que pela anatomia regional é muito agressiva, o que por si só já provoca pós-operatório mais difícil e prolongado, quando comparado ao procedimento artroscópico. Não existe relato na literatura descrevendo ressecção artroscópica de tumores da articulação coxofemoral.

A posição supina permite maior facilidade para os acessos⁽¹⁾, com a utilização da mesa ortopédica comum de tração, sem necessidade de equipamentos especiais.

A recuperação pós-operatória foi muito satisfatória, sem necessidade de tração esquelética, com período curto de hospitalização e volta mais rápida às atividades normais.

Finalmente, a técnica artroscópica deve ser lembrada em algumas situações específicas na patologia do quadril, trazendo, quando bem indicada e realizada, grandes benefícios ao

paciente.

REFERÊNCIAS

1. Bird, J.W.T.: Hip arthroscopy utilizing the supine position. *Arthroscopy* 10: 275-280, 1994.
2. Futami, T., Kasahara, Y., Suzuki, S., Seto, Y. & Ushikubo, S.: Arthroscopy for slipped capital femoral epiphysis. *J Pediatr Orthop* 12: 529-597, 1992.
3. Keene, G.S. & Villar, R.N.: Arthroscopic loose body retrieval following traumatic hip dislocation. *Injury* 25: 507-510, 1994.
4. Keene, G.S. & Villar, R.N.: Arthroscopic anatomy of the hip: an in vivo study. *Arthroscopy* 10: 392-399, 1994.
5. Mah, E.T. & Bradley, C.M.: Arthroscopic removal of acrylic cement from unreduced hip prosthesis. *Aust N Z Surg* 62: 508-510, 1992.