

Artroplastia Total do Joelho

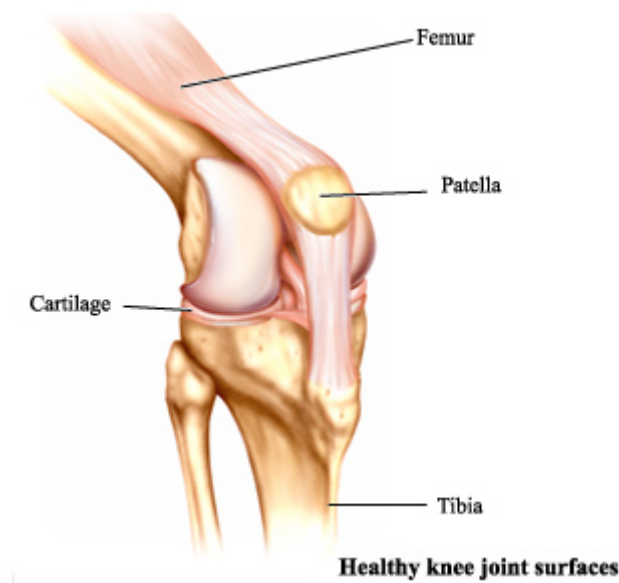
Manual para Pacientes

Richard Prazeres Canella

Florianópolis – SC

Introdução

O joelho é a junção do fêmur (osso da coxa) com a tíbia (osso da perna). Também faz parte dessa articulação a patela (rótula), que se move de encontro ao fêmur quando o joelho se estica ou se dobra. Em uma situação normal as extremidades do fêmur e da tíbia, assim como a patela, são recobertos por uma camada de cartilagem, com espessura de aproximadamente três milímetros.

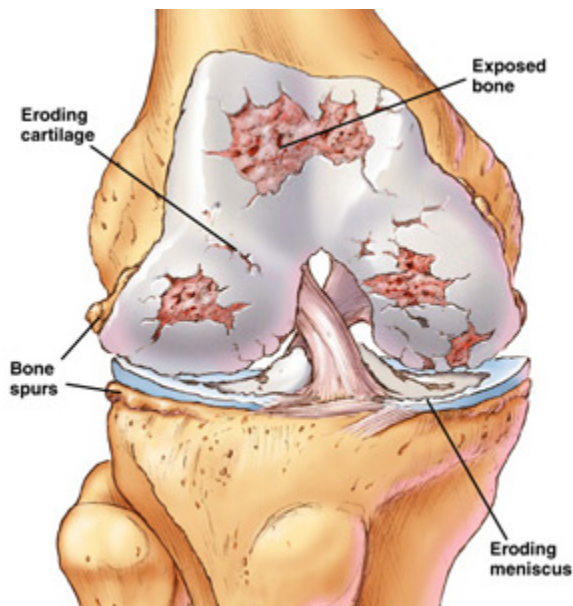


Uma radiografia do joelho normalmente mostra um espaço entre os ossos porque a cartilagem é radiotransparente (escura no raio-x).

Existe uma série de condições que causam doença na articulação do joelho. Em quase todos os casos a cartilagem articular está afetada, ou mesmo ausente. **Nesta situação o osso do fêmur começa a raspar no osso da tíbia, produzindo dor.** Na radiografia se nota que o fêmur está encostado na tíbia e há também a formação de osteófitos, conhecidos como “bicos de papagaio”, que ocorrem por uma reação óssea à instabilidade causada pelo desgaste articular.

A doença mais comum que afeta o joelho é a ARTROSE, que é o resultado do desgaste da cartilagem do joelho. Há outros termos que podem ser usados para designar essa doença, como osteoartrose, doença degenerativa articular, artrite degenerativa, gonartrose. A artrose pode ocorrer sem causa aparente, ou por uma causa conhecida ou

preexistente como: artrite reumatóide, artrite psoriática, fraturas do fêmur ou da tíbia, osteonecrose do côndilo femoral. A dor provocada pelo desgaste da cartilagem do joelho não tem uma característica específica, podendo ser mais intensa na frente do joelho.



Para o diagnóstico, além da história clínica de dor progressiva, o paciente apresenta-se também com limitação de movimentação do joelho, falta de “segurança” para caminhar, rigidez articular, crepitação (estalido), claudicação (dificuldade para caminhar), evoluindo com deformidade progressiva da articulação. Para se comprovar a hipótese de artrose o exame complementar mais utilizado é a radiografia, onde se observam os sinais característicos: diminuição do espaço articular, esclerose subcondral, presença de osteófitos e geodos.

O tratamento da artrose do joelho pode ser dividido em conservador ou cirúrgico.

No tratamento conservador estão incluídos medicações, fisioterapia, medidas para diminuir a carga no joelho como uso de bengalas, perda de peso e, para evitar problemas circulatórios e cardíacos causados pela diminuição de atividades, são recomendados exercícios como natação e hidroginástica.

O tratamento cirúrgico deve ser indicado naqueles casos onde **não se observa alívio dos sintomas com medidas conservadoras**. Os tipos de procedimentos cirúrgicos podem ser divididos em osteotomias (femorais ou tibiais), artrodeses ou artroplastias. Será indicada qual a melhor cirurgia para cada caso em decisão conjunta do ortopedista e do paciente.

Artroplastia Total do Joelho

Na década de 60, o cirurgião-ortopedista Sir John Charnley, trabalhando ao lado de engenheiros na Inglaterra, desenvolveu a moderna artroplastia total do quadril. Tal operação teve resultados entusiasmadores, e outros cirurgiões passaram a realizar a artroplastia também no joelho. O sucesso desse procedimento desencadeou uma série de pesquisas científicas que levaram ao desenvolvimento de melhores técnicas cirúrgicas e evolução na qualidade dos materiais dos implantes, diminuindo tempo de cirurgia, riscos anestésicos e aumentando a durabilidade das próteses.

A artroplastia do joelho é uma operação em que é feita a cobertura apenas das superfícies ósseas danificadas do fêmur, tíbia e patela, sendo que a cartilagem degenerada é substituída por peças de metal e plástico. As peças são fixadas ao osso através de um cimento plástico especial chamado metilmetacrilato.



Após a colocação da prótese, o metal que cobre o fêmur fica em contato com o plástico que cobre a tíbia, não havendo mais contato “osso com osso”, aliviando a dor. O plástico que é utilizado nas próteses é chamado polietileno de densidade ultra-alta, e apresenta um desgaste muito pequeno ao longo do tempo em contato com o metal polido.

Antes de se realizar a cirurgia, o paciente deve realizar exames (laboratório, eletrocardiograma, radiografias) que são todos requisitados pelo médico ortopedista ou pelo clínico que o acompanha e que serão avaliados pelo anestesista.

O tempo de internação varia de 5 a 7 dias, dependendo da recuperação pós-operatória de cada paciente. No primeiro dia após a cirurgia, são orientados exercícios no leito hospitalar, com acompanhamento de um fisioterapeuta, no segundo ou terceiro dia, geralmente, o paciente é estimulado a sair do leito e iniciar pequenas caminhadas com uso de muletas ou um andador, aumentando progressivamente nos próximos dias. São orientadas algumas posições que devem ser evitadas como sentar em cadeiras baixas, agachar-se ou andar sem muletas por período de seis a oito semanas (tempo de cicatrização).

O paciente recebe alta hospitalar e retorna no consultório após 18 a 21 dias para novas orientações, avaliação da ferida operatória e retirada de pontos. O uso das muletas é geralmente indicado por 6 a 8 semanas desde a cirurgia. Nova avaliação é realizada com 2 meses, 4 meses, 6 meses, 1 ano e depois a cada ano.

Na artroplastia total do joelho as possibilidades são que 95% das vezes não ocorram problemas graves. Porém, como em qualquer outro procedimento cirúrgico, existem complicações precoces e tardias. As mais comuns são:

1- Tromboembolismo pulmonar: que deve ser prevenido com medicações após a cirurgia, uso de meias elásticas e exercícios fisioterápicos ainda durante a internação hospitalar e seguidos em casa e na clínica de fisioterapia,

2- Lesão nervosa: ocorre uma dificuldade de movimentação do pé para cima ou perda/diminuição de sensibilidade na perna e pé ipsilateral, mas na maioria dos casos há recuperação espontânea (Neuropraxia),

3 – Deiscência de sutura: a pele que recobre o joelho na ferida operatória pode não cicatrizar, é uma complicação rara e todas as medidas (trans e pós-operatórias) são tomadas para evitar que isso aconteça,

4- Infecção: é prevenida principalmente com antibiótico endovenoso, injetado geralmente pelo médico anestesista momentos antes de começar a cirurgia e seguido durante a internação hospitalar,

5- Afrouxamento Asséptico: a prótese solta do osso, sem infecção, devendo ser trocada. É uma complicação tardia (ocorre alguns anos após a cirurgia), e é determinada

pelo emprego correto das técnicas cirúrgicas e também pela qualidade do material da prótese.

Indico, para aumentar o tempo de duração de uma artroplastia do quadril, próteses de fabricação estrangeira, principalmente de fábricas americanas e européias, por acreditar em melhor controle de fabricação dos materiais, além de melhor instrumental para adaptação do implante. A perfeita relação entre os componentes (*templates* / fresas / testes / prótese) possibilita ao ortopedista, durante a cirurgia, realizar de forma eficaz o que foi programado no período pré-operatório.

É uma satisfação apresentar-lhe este manual e espero que ele possa ajudá-lo a entender o seu problema e o tratamento indicado. Estou à disposição para esclarecer qualquer dúvida que lhe tenha restado.

Curriculum

(resumido e em ordem cronológica)

- 1- Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC.
- 2- Especialização em Ortopedia e Traumatologia pelo Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital Universitário (HU) e Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), Florianópolis, SC.
- 3- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), São Paulo, SP.
- 4- Pós-graduação em Cirurgia de Quadril e Joelho, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), Curitiba, PR.
- 5- Membro da Sociedade Brasileira do Quadril (SBQ), São Paulo, SP.
- 6- Preceptor da Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Florianópolis, SC.
- 7- Estágio em Cirurgia de Revisão de Artroplastia Total do Quadril e Joelho e Artroplastia Minimamente Invasiva, *Mount Sinai Hospital*, Toronto, Canadá.
- 8- Treinamento em Artroscopia do Quadril na Academia Americana de Ortopedistas (*American Academy of Orthopaedic Surgeons - AAOS*), Chicago, Illinois, EUA.
- 9- Membro Internacional da Academia Americana de Ortopedistas (*American Academy of Orthopaedic Surgeons - AAOS*), Chicago, Illinois, EUA.
- 10- Estágio em Cirurgia Reconstructiva do Quadril e Joelho, *Royal Devon & Exeter Hospital, Princess Elizabeth Orthopaedic Centre*, Exeter, Inglaterra.
- 11- Membro da *International Society for Hip Arthroscopy (ISHA – The Hip Preservation Society)*, Suíça.
- 12- Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Imperial Hospital de Caridade, Florianópolis, SC.

Contatos

TELEFONES:

- 1- CORE: 3229-4000
- 2- HOSPITAL DE CARIDADE: 3221-7500
- 3- HOSPITAL SANTA CATARINA : 3028-7800

SITE:

www.richardcanella.com

E-MAIL:

rpcanella@md.aaos.org

ENDEREÇO:

Rua Dom Joaquim, 885 - 6º andar – Centro – Florianópolis – SC - CEP 88015-310

SECRETÁRIOS:

Sra. Sueli Maria Canella: (48) 99962-7444 / 3238-1922 sucanella@yahoo.com.br

Sr. Felipe Oliveira de Quadro: (048) 98412-0030 quadrofelipe@yahoo.com.br

Sra. Clarissa Ferraro Athayde: (048) 99804-7306 cla_athayde@hotmail.com

Horários de atendimento dos secretários:

- Terças-Feiras: 16 às 20h
- Quintas-Feiras: 10 às 18h
- Sextas-Feiras: 10 às 18h