**TAREFA QUADRIL**

1. Complete o quadro

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grupo muscular | Músculo | Inervação |
| Flexores do quadril | Íleopsoas, Adutor longo e pectíneo, sartório, tensor da fáscia lata e reto femoral. | Nervo femural, Nervo Obturatório, Nervo do Glúteo Superior. |
| Rotadores internos do quadril | glúteo mínimo; tensor da fáscia lata; fibras anteriores de glúteo médio; semitendinoso e semimembranoso auxiliam. | Nervo Glúteo Superior, Nervo Isquiático. |
| Rotadores externos do quadril | piriforme; obturador externo e interno; gêmeo superior e inferior; quadrado femoral; fibras posteriores d glúteo médio; sartório; porção longa de bíceps femoral; pectíneo; grácil; adutores longo,curto e magno. | Nervo para o músculo piriforme, Nervo para o músculo obturatório interno, Nervo para o músculo obturatório externo, Nervo para o músculo gêmeo inferior e quadrado femural, Nervo para o músculo gêmeo superior, Nervo Glúteo Superior, Nervo Femoral, Nervo Obturatório, Nervo Isquiático. Obs: porção longa de bíceps femoral: Nervo Isquiático (L5 - S2), exceto L5 para a cabeça longa. |

1. Qual é a diferença entre a Prótese total e parcial do quadril?

Total – fêmur e acetábulo

Parcial – somente femoral

1. Quais as principais indicações de artroplastia de quadril?

Osteoartrite, fraturas do colo do fêmur, falhas de osteossíntese, tumores.

1. Quais são os objetivos funcionais da artroplastia total do quadril?

Alívio da dor, estabilidade e mobilidade

1. Quais são as contra-indicações à artroplastia do quadril?

Infecção local ou à distância, força da musculatura abdutora não útil, ou seja, grau 3 ou menor

1. Quais são as complicações da artroplastia do quadril?

Trombose venosa profunda – está indicada a anticoagulação, meias elásticas e movimentação ativa precoce

Infecção – 1 a 3%, pode levar a necessidade de remoção da prótese, se for feito diagnóstico e instalação antes de 30 dias, pode não ser necessário retirar a prótese, mas após esse período há formação de um biofilme bacteriano e não há outro meio de preservar a prótese. Após a retirada da prótese, são necessárias 6 a 8 semanas de antibioticoterapia, avaliação criteriosa da viabilidade do sítio para nova instalação de prótese (garantia de que não haja mais infecção)

Luxação – quando a cabeça metálica da prótese sai da cavidade

Discrepância de comprimento de MMII – comprimento diferentes dos membros

Soltura de componentes – 15 a 20 anos - com o envelhecimento ocorre aumento do diâmetro do canal medular e rompe-se a interface entre o cimento e o osso cortical, havendo desacoplamento entre o a prótese e o osso. Pode não ter sintomas, mas habitualmente está associada a queixa de dor e alteração da marcha.

1. Como deve ser realizado o seguimento e quais as principais causas de reabordagem cirúrgica?

(o seguimento deve ser realizado com radiografias, de preferência, semestrais, inclusive em pacientes assintomáticos. As principais causas de reabordagem cirúrgica são a presença de instabilidade da artroplastia e deslocamento da prótese.

1. Quais são as piores complicações possíveis na abordagem cirúrgica? Por quê?

As piores complicações são a ocorrência de fraturas periprotéticas e infecção. As fraturas periprotéticas aumentam a morbidade e mortalidade necessitando muitas vezes que a fratura seja abordada novamente. Essas fraturas estão intimamente relacionadas à idade, osteoporose, fraturas anteriores e traumas. Já a infecção também aumenta a morbimortalidade e está relacionada à idade, obesidade, comorbidades e escala ASA.

1. Como se deve conduzir o pós-operatório?

Deve-se evitar o uso de analgesia apenas com opióides, pois foi demonstrado que o uso de classes de medicamentos diferentes são mais benéficas para o paciente, pois reduz os efeitos colaterais dos opióides e melhora a performance do paciente nas sessões de fisioterapia.

A fisioterapia mostra-se essencial para a recuperação, pois diminui o tempo de internação, reduz tempo para voltar a andar e melhora a função e amplitude dos movimentos do quadril.

1. Qual é a importância de diferenciar as fraturas do colo do fêmur como desviadas ou não-desviadas?

Nas fraturas desviadas há maior comprometimento do alinhamento da cabeça femoral, com maior repercussão biomecânica e alteração da distribuição de carga nessa região e maior chance de desenvolvimento de complicações. Além disso, nessas fraturas há maior comprometimento do suprimento arterial e desenvolvimento de necrose da cabeça femoral ou pseudoartrose.

1. Qual é o tratamento de escolha para o tratamento do colo do fêmur?

O tratamento conservador é exceção.

A escolha pela Fixação interna com parafusos ou pregos ou Artroplastia depende de nível de atividade, idade e expectativa de vida, doença associadas, estoque ósseo, grau de desvio, tempo de trauma, experiência do cirurgião, custo

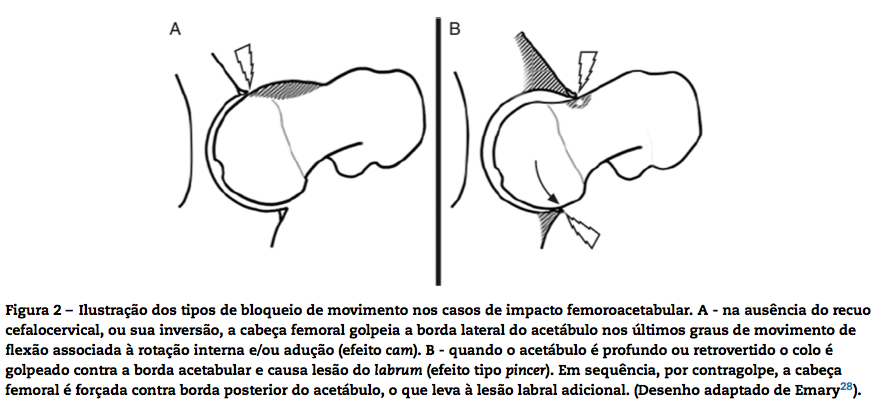
A cirurgia deve ser feita preferencialmente antes de 48 horas para reduzir o número de complicações como úlceras por pressão, complicações pulmonares e risco de morrer.

1. O que é o impacto femoroacetabular (IFA) e que patologia ele causa?

O impacto femoroacetabular é uma entidade patológica definida como o suporte anormal entre a extremidade proximal do fêmur e o lábio acetabular O contato femoroacetabular patológico origina forças de impacto e cisalhamento durante os movimentos do quadril, causando lesão labral e osteoartrite do quadril.

1. Quais são os tipos de impacto femorocetabular (IFA) e qual o grupo populacional mais frequentemente afetado por cada um dos tipos?

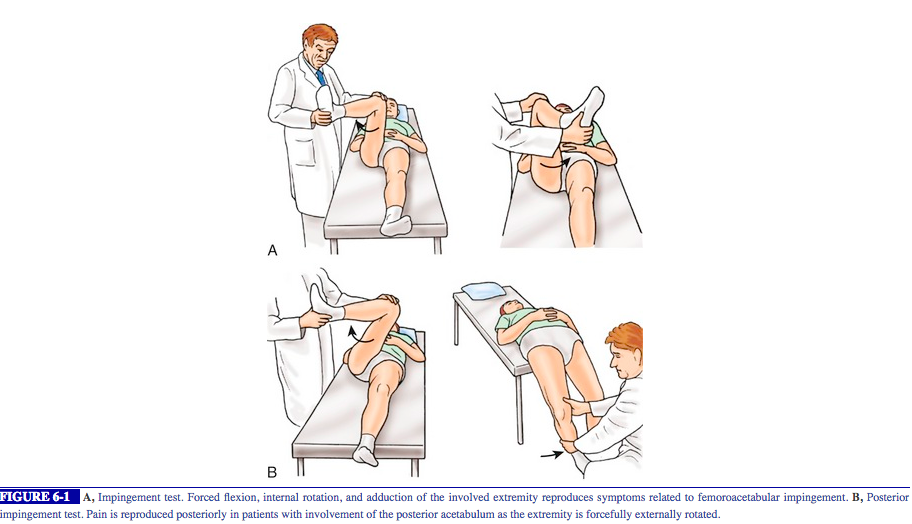
Há dois tipos de IFA. O tipo “cam” é geralmente provocado pelo contato de porção não esférica da cabeça do fêmur com o lábio acetabular, principalmente em flexão e rotação interna, e ocorre mais em homens jovens atléticos. O tipo “pincer” ocorre mais em mulheres atléticas de meia idade e está relacionado a um contato entre o colo anatômico do fêmur com a borda acetabular.



Volpon JB. Impacto femoroacetabular. Rev Bras Ortop. 2016.

1. Quais os sinais e sintomas do impacto femoroacetabular (IFA)?

Os pacientes que apresentam o IFA se queixam de dor na virilha, geralmente sem história de trauma precipitante. A dor piora com a realização de atividades e também ao ficar sentado por longos períodos. Ao exame físico, observa-se certo grau de restrição dos movimentos, principalmente a flexão com adução e rotação interna do quadril, e testes de impacto positivos. O impacto posteroinferior pode ser detectado por meio da extensão das pernas do paciente, que devem estar fora da maca, seguida de rotação externa, o que desencadeia os sintomas.



Hozack, William J., Javad Parvizi, and Benjamin Bender. "Chapter 6 - Femoroacetabular Osteoplasty." Surgical Treatment of Hip Arthritis: Reconstruction, Replacement, and Revision. Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier, 2010

1. Descreva o tratamento não cirúrgico do impacto femoroacetabular (IFA).

O tratamento clínico do IFA inclui modificação das atividades realizadas, evitando movimentos excessivos do quadril, e uso regular de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Geralmente esse tratamento obtém alívio temporário dos sintomas, exigindo intervenção cirúrgica.

1. Assinale verdadeiro (V) ou falso (F) nas afirmativas a seguir:

* A necrose da cabeça do fêmur com consequente aplainamento não é um fator predisponente à ocorrência de IFA. (**F**)
* O impacto femoroacetabular afeta mais frequentemente homens jovens ativos. (**V**)
* O tratamento não cirúrgico é suficiente para a melhora definitiva do IFA (**F**)
* A histologia do IFA é caracterizada por uma lesão intensa crônica na região adjacente ao labrum acetabular. (**F**)
* No IFA, ocorre restrição do movimento do quadril, especialmente na flexão associada à abdução e à rotação interna. (**V**)