

Dor como sintoma de soltura de acetábulo rosqueado

Pain as symptom of threaded acetabular cup loosening

CELSE HERMÍNIO FERRAZ PICADO¹, FLÁVIO LUIS GARCIA², CYRO KANABUSHI³, SÍLVIO CESAR CARVALHO⁴

RESUMO

Foram avaliadas clínica e radiograficamente 37 artroplastias totais de quadril não cimentadas tipo CO-10, com seguimento mínimo de 60 meses, onde observamos componentes radiograficamente fixos em 23 e o componente acetabular com sinais de soltura em 14. A análise dos resultados mostrou que 65% dos pacientes com o componente acetabular evidentemente solto não queixavam de dor (29%) ou a apresentavam de forma discreta (36%), enquanto que 26% dos pacientes com o acetábulo fixo apresentavam dor discreta. Desta forma, concluímos que a dor não é sintoma que deva ser esperado na maioria dos pacientes com soltura do componente acetabular tipo CO-10 e que uma parcela significativa dos pacientes com o acetábulo fixo pode apresentar dor.

Descritores: Artroplastia de Quadril; Falha de Prótese; Dor.

INTRODUÇÃO

A soltura do componente acetabular tem sido classicamente descrita como uma complicação mais freqüente do que a soltura do componente femoral, especialmente nas próteses cimentadas⁽⁷⁾. Tal fato levou a popularização do uso dos acetábulos não cimentados com diferentes desenhos e materiais; ao mesmo tempo, o processo de distinção de pacientes com soltura destes implantes daqueles com dor por outros motivos tornou-se mais difícil⁽²⁾.

Os resultados dos acetábulos não cimentados rosqueados foi desapontador em diversas séries^(4,10,13,15). No Brasil, a prótese total primária não cimentada de quadril tipo CO-10 (Baumer[®]), que apresenta um componente acetabular deste tipo, foi amplamente utilizada na última década e seus resultados a médio e longo prazo não são conhecidos. Fizemos um levantamento clínico e radiográfico desse tipo de prótese realizada no nosso serviço e observamos alto índice de soltura acetabular através da comparação de radiografias seriadas. O objetivo deste trabalho é avaliar e comparar a presença e características da dor nos pacientes que apresentavam o componente acetabular fixo com aqueles onde o componente acetabular se encontrava radiograficamente solto.

MATERIAIS E MÉTODOS

Entre novembro de 1989 e dezembro de 1995 foram realizadas no nosso serviço 65 artroplastias totais primárias de quadril não cimentadas tipo CO-10 (Baumer[®]).

Conseguimos preencher o protocolo clínico e radiográfico de 37 destas artroplastias com seguimento de 5 a 10 anos, sen-

SUMMARY

37 cementless CO-10 total hip replacements were clinically and radiographically evaluated, with a minimum follow-up of 60 months. 23 cups were found to be fixed and 14 presented signs of loosening. Nine patients (26%) with an obviously fixed cup presented some degree of pain, a symptom also referred by ten patients (36%) with signs of cup loosening, but in this latter group pain varied from mild (5/10) to moderate (3/10) and severe (2/10). Interestingly, four patients with a loose cup had no pain at all. The authors concluded that pain is not a symptom present in the majority of the patients with a loose threaded CO-10 cup and that a significant number of patients with fixed cups can present pain.

Keywords: Arthroplasty, Replacement, Hip; Prosthesis Failure; Pain.

do excluídas as que evoluíram com infecção, as que perderam seguimento, aquelas que não apresentavam arquivo radiológico completo e as que apresentaram sinais radiográficos de soltura femoral. A idade média dos pacientes foi de 49,3 anos com seguimento médio de 94,43 meses.

A avaliação radiográfica do componente acetabular mediu a inclinação e a posição do acetábulo, medidas estas relacionadas à gota de lágrima. Todas as medidas radiográficas foram realizadas numa radiografia obtida no pós-operatório imediato e noutra obtida com, pelo menos, 5 anos de seguimento, e os valores obtidos, comparados para cada paciente. A correção das diferentes magnificações radiográficas teve que ser feita. Considerou-se solto o componente no qual as medidas realizadas, juntamente com observações da reação óssea provocada, indicavam migração do mesmo^(4,8,11) com deslocamento do componente acetabular superior a 10% do valor encontrado na radiografia inicial.

A avaliação clínica da dor foi realizada conforme o sistema proposto por Johnston et al.⁽¹¹⁾, sendo a dor graduada em:

- Ausente: sem dor;
- Discreta: dor leve e ocasional que não altera as atividades ou o trabalho;
- Moderada: dor que levou o paciente a modificar hábitos ou desistir de algumas atividades, mas ainda é ativo;
- Severa: dor forte causando limitação importante.

Além de ser graduada, a dor foi analisada quanto a sua ocorrência em:

- Nenhuma dor;

Trabalho realizado no Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-USP.

1. Professor Doutor
2. Médico Assistente
3. Médico Aprimorando
4. Membro titular da SBOT

Endereço para correspondência: Av. Bandeirantes, 3.900, Campus Universitário da USP - 14048-900 - Ribeirão Preto, SP. Tel.: (16) 602-2513; fax: (16) 633-0336. E-mail: cfpicado@fmrp.usp.br

- Dor nos primeiros passos e que logo desaparece;
- Dor que aparece após andar mais de 30 minutos;
- Dor durante toda a marcha;
- Dor durante todo o tempo.

ACETÁBULO FIXO	23
ACETÁBULO SOLTO	14
TOTAL	37

Tabela 1 - Total de próteses CO-10

RESULTADOS

Das 37 artroplastias avaliadas 23 se mostravam fixas e 14 apresentavam sinais de soltura acetabular. (Tabela 1 e Gráfico 1)

Dos pacientes que apresentavam o componente acetabular fixo, foi observado ausência da dor em 14 pacientes, dor discreta em 6, dor moderada em 3 e nenhum paciente com dor severa.

Em relação à ocorrência da dor nestes pacientes, 14 pacientes não relatavam dor nenhuma, 3 apresentavam dor nos primeiros passos, 3 após andar mais de 30 minutos, nenhum durante toda a marcha e 3 apresentavam dor todo o tempo. (Tabela 2 e Gráfico 2)

Dos pacientes que apresentavam o componente acetabular solto no exame radiográfico, observamos 4 pacientes com ausência de dor, 5 com dor discreta, 3 com dor moderada e 2 com dor severa.

Em relação à ocorrência de dor nos pacientes com acetábulo solto, foi observado que 4 pacientes não apresentavam nenhuma dor no quadril em questão, 4 apresentavam dor nos primeiros passos, nenhum após andar mais de 30 minutos, 3 durante toda a marcha e 3 durante todo tempo. (Tabela 3 e Gráfico 3)

Comparando-se os resultados entre os dois grupos em relação aos diferentes graus de dor e sua ocorrência, temos as seguintes tabelas e gráficos. (Tabelas 4 e 5)

DISCUSSÃO

Admite-se que, clinicamente, o componente acetabular solto provoca dor com localização na região inguinal ou coxa quando da marcha com carga, sendo pior nos primeiros passos⁽⁷⁾ ou como uma dor na região glútea⁽²⁾.

Vários autores têm relatado elevados índices de soltura de componente acetabular não cimentado rosqueado^(4,10,13,15), o que foi confirmado em nossa pesquisa (38%), embora outros tenham mostrado bons resultados^(3, 6, 9).

A dor também é um item avaliado por vários escores para o estudo dos resultados dos procedimentos no quadril^(8,13) e geralmente é mostrado num contexto geral. Alguns trabalhos relatam índices

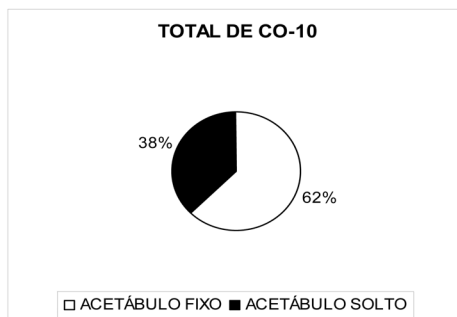


Gráfico 1 - Resultado, em porcentagem, do total de acetábulos CO-10

GRAU DA DOR	NENHUMA	PRIMEIROS PASSOS	OCORRÊNCIA DA DOR APÓS ANDAR 30 MIN.	TODA MARCHA	TUDO TEMPO
AUSENTE	14	0	0	0	0
DISCRETA	6	0	3	1	0
MODERADA	3	0	0	2	0
SEVERA	0	0	0	0	0
TOTAL	23	14	3	3	0

Tabela 2 - Acetábulo Fixo

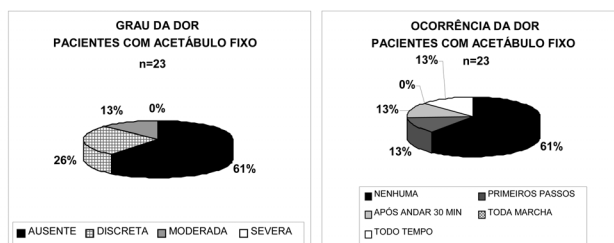


Gráfico 2 - Resultados, em porcentagem, do acetábulo fixo

GRAU DA DOR	NENHUMA	PRIMEIROS PASSOS	OCORRÊNCIA DA DOR APÓS ANDAR 30 MIN.	TODA MARCHA	TUDO TEMPO
AUSENTE	4	4	0	0	0
DISCRETA	5	0	4	0	1
MODERADA	3	0	0	2	1
SEVERA	2	0	0	1	1
TOTAL	14	4	4	3	3

Tabela 3 - Acetábulo solto

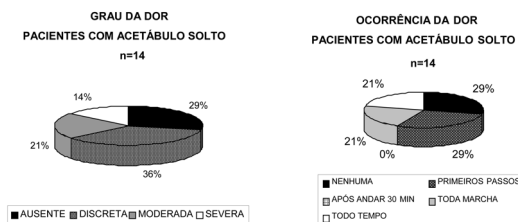


Gráfico 3 - Resultados, em porcentagem, dos pacientes com acetábulo solto

de 86% de pacientes sem dor após artroplastia de quadril sem cimento⁽⁵⁾, enquanto outros mostram índices de 36% e 60% de pacientes com dor após a operação em questão^(1,12).

Em 1991, Puppato e Engh⁽¹⁴⁾ publicaram um estudo onde verificaram soltura de 16 (28,57%) de um total de 56 acetábulos rosqueados após dois a quatro anos de seguimento. Destes 16, 11 pacientes (68,75%) apresentavam dor e cinco (31,25%) não sentiam dor alguma.

Constatamos em nosso levantamento, um elevado índice de pacientes onde o componente acetabular encontrava-se radiograficamente solto.

A comparação das características de grau e ocorrência da dor entre os pacientes com o componente acetabular solto mostrou que não podemos confiar no sintoma dor como indicativo de soltura acetabular da prótese rosqueada tipo CO-10.

A dor ocorreu em grau ausente ou discreta em 65% dos pacientes com acetábulo solto. Nos pacientes com acetábulo fixo este percentual é maior, sendo de 87%, como é de se esperar.

Caso fosse considerado o grau da dor no diagnóstico destes pacientes, 65% não seriam considerados como tendo o acetábulo solto, por não sentirem dor ou a terem de forma leve e ocasional sem alterações de suas atividades. Também deve ser considerado o fato que 35% dos pacientes com o acetábulo solto queixaram-se de dor importante, mas 13% daqueles com o acetábulo fixo também apresentaram este tipo de queixa.

A análise da ocorrência de dor mostrou que 58% dos pacientes com o acetábulo solto não tinham nenhuma dor ou a apresentavam somente nos primeiros passos e, portanto, este sintoma não pode ser considerado característico da soltura. Embora em 42% deste grupo a ocorrência da dor aparecesse em toda a marcha ou durante todo o tempo, no grupo dos pacientes em que o acetábulo estava fixo, 13% também apresentavam esta queixa.

A soltura do acetábulo é acompanhada de perda do estojo ósseo acetabular, e

	FIXO	SOLTO
AUSENTE	61%	29%
DISCRETA	26%	36%
MODERADA	13%	21%
SEVERA	0%	14%
TOTAL	100%	100%

Tabela 4 – Grau da dor – comparação entre acetábulo fixo e solto

quanto maior a perda óssea mais difícil torna-se a cirurgia de revisão. Cada vez mais torna-se importante a decisão do ortopedista em revisar precocemente os acetábulos soltos procurando impedir uma maior destruição óssea. Esta decisão reveste-se de maior responsabilidade quando é indicada uma grande cirurgia para um paciente que praticamente não tem dor; no entanto, nossos resultados mostram que esta é a conduta que se deve adotar.

	FIXO	SOLTO
NENHUMA	61%	29%
PRIMEIROS PASSOS	13%	29%
APÓS ANDAR 30 MIN	13%	0%
TODA MARCHA	0%	21%
TODO TEMPO	13%	21%
TOTAL	100%	100%

Tabela 5 - Ocorrência da dor - comparação entre acetábulo fixo e solto

CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados, os autores concluem que, na artroplastia total de quadril não cimentada tipo CO-10, a dor, isoladamente, não é sintoma indicativo de soltura do componente acetabular, e que tampouco a sua presença deva ser considerada elemento constante e imprescindível para este diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Apel DM, Smith DG, Schwartz CM, Paprosky WG. Threaded cup acetabuloplasty. Early clinical experience. Clin Orthop 241:183-189, 1989.
2. Berry JD. Evaluation of the painful total hip arthroplasty. In: Morrey BF. Joint replacement arthroplasty. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2003. p.811-823.
3. Delaunay CP, Kapandji A. Survivorship of rough-surfaced threaded acetabular cups. 382 consecutive primary Zweymüller cups followed for 0.2-12 years. Acta Orthop Scand 69:379-383, 1998.
4. Engh CA, Griffin WL, Marx CL. Cementless acetabular components. J Bone Joint Surg Br 83:1598-1610, 2001.
5. Garcia-Cimbrelo E, Pardos AC, Madero R, Andreu MO. Total hip arthroplasty with use of the cementless Zweymüller alloclassic system. A ten to thirteen-year follow-up study. J Bone Joint Surg Am 85:296-303, 2003.
6. Gröbl A, Chiari C, Gruber M, Kaider A, Wolf FG. Cementless total hip arthroplasty with a tapered rectangular titanium stem and threaded cup. A minimum ten-year follow-up. J Bone Joint Surg Am 84:425-431, 2002.
7. Harkess JW. Arthroplasty of hip. In: Canale ST. Campbell's Operative Orthopaedics. 10th ed. Philadelphia: Mosby, 2003. p.315-482.
8. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. J Bone Joint Surg Am 51:737-755, 1969.
9. Hartley WT, McAuley JP, Culpepper WJ, Engh Jr CA. Osteonecrosis of the femoral head treated with cementless acetabular components. J Bone Joint Surg Am 82:1408-1413, 2000.
10. Havelin LI, Vollset SE, Engesaeter LB. Revision for aseptic loosening of uncemented cups in 4.352 primary total hip prostheses. A report from the Norwegian Arthroplasty Register. Acta Orthop Scand 66:494-500, 1995.
11. Johnston RC, Fitzgerald RB, Harris WH, Poss R, Muller ME, Sledge CB. Clinical and radiographic evaluation of total hip replacement. A standard system of terminology for reporting results. J Bone Joint Surg Am 72:161-168, 1990.
12. Kawamura H, Dunbar MJ, Murray P, Bourne RB, Rorabeck CH. The porous coated anatomic total hip replacement. J Bone Joint Surg Am 83:1333-1338, 2001.
13. Merle d'Aubigné R, Postel M. Functional results of hip arthroplasty with acrylic prosthesis. J Bone Joint Surg Am 31:451-475, 1954.
14. Puppato F, Engh CA. Comparison of porous-threaded and smooth-threaded acetabular components of identical design. Two- to four-year results. Clin Orthop 271:201-205, 1991.
15. Sismank HG, Brocai DRC, Reiser D, Thomsen M, Sabo D, Lukoschek M. Middle-term results of threaded acetabular cups. J Bone Joint Surg Br 79:366-370, 1997.