Osteotomias femorais proximais na criança espástica

Dr Marcio Garcia Cunha

1. Espasticidade

* Tetraparesia (simétricas ou assimétricas)
* Diparesia
* Hemiparesia

1. Em deambuladores diparéticos e hemiparéticos, as osteotomias femorais são mais realizadas para a correção de torção femoral interna.
2. Em não deambuladores tetraparéticos, para a correção da displasia do quadril.
3. Doença do quadril espástico : termo utilizado para definir a presença de displasia associada a :

* Dificuldade de higiene
* Dificuldade de sedestação
* DOR
* Piora do quadro convulsivo
* Agravamento da escoliose
* Piora da qualidade de vida

1. Como objetivo do tratamento ortopédico, enfatizamos a BUSCA DA SIMETRIA dos membros e nivelamento da pélvis. Para isso, torna-se relevante a avaliação clinica da criança e não somente de exames radiológicos.
2. O tratamento cirúrgico do quadril displásico tem como objetivo, evitar e tratar, quando presente, a subluxação / luxação dos quadris.
3. Procedimentos mais utilizados :

* Profiláticos :

Alongamento isolado de partes moles em crianças abaixo de 4 anos com intuito de diminuir as forças deformantes que atuam sobre o quadril espástico

Flexão (psoas)

Adução (adutor longo, ocasionalmente parte do brevis, gracilis proximal)

Flexão dos joelhos (isquiotibiais)

Abdução nas crianças assimétricas em “golpe de vento”(tensor da fascia lata)

* + - Reconstrutivos :
      * + Partes moles + osteotomia varizante com encurtamento e rotação externa cuidadosa + osteotomia pélvica (Dega)
        + Importante a obtenção de boa abdução para realizar a variação (pode ser necessária a capsulotomia medial)
    - De Salvação :
      * + Osteotomias de : Schanz / McHale Schanz / Castle
        + Artrodeses são contra indicadas

1. Quando indicamos a reconstrução do quadril ?

* Falha após liberação de partes moles
* Subluxação progressiva

1. Quanto varizar ?

* Deambuladores – 110o
* Não deambuladores – 90o a 110o

1. Varo isolado ?

* Quando não existe displasia do teto acetabular (índice acetabular < 27o)

1. Varo + osteotomia pélvica

* Com displasia acetabular
* Banco de osso versus enxerto autólogo do encurtamento femoral

1. Qual implante ?

* Placa lâmina angulada
* Placas bloqueadas de fêmur proximal
* Obejtivo principal é obter estabilidade suficiente para abreviar o tempo de imobilização pós operatória

1. Varização contralateral ?

* SIM, para a “busca da simetria” de membros e pélvis

1. Contra indicação à reconstrução

* Deformidade severa da cabeça femoral
* Alterações degenerativas articulares