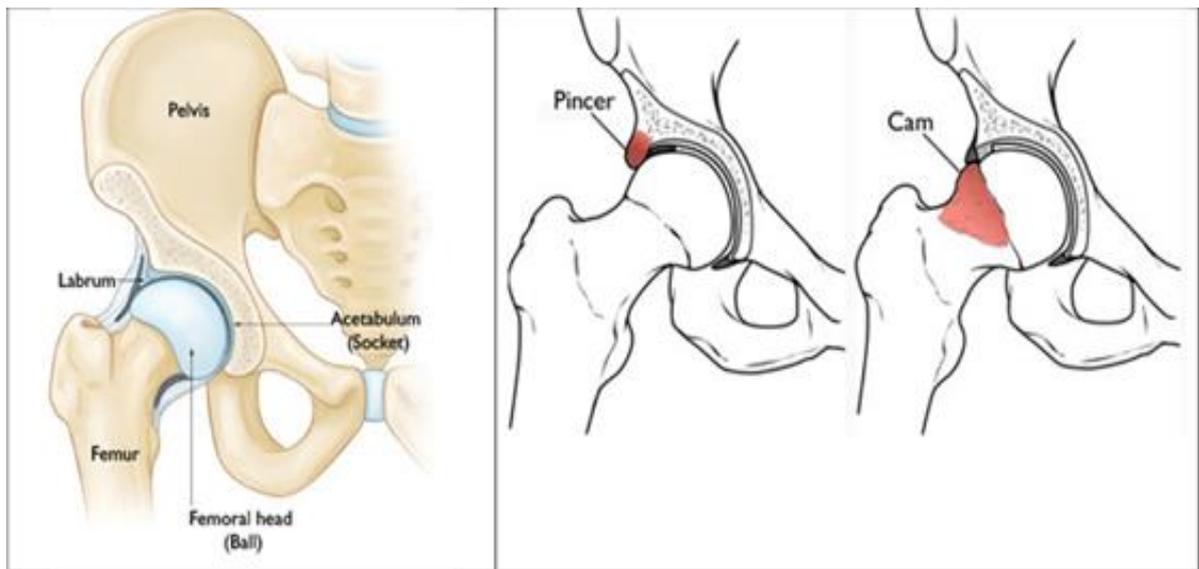


Impacto Fêmoro-Acetabular e Lesões do Labrum

O conceito de Impacto Fêmoro Acetabular (I.F.A.) é relativamente recente e refere-se a uma alteração do formato do colo femoral e/ou do acetábulo e conseqüentemente da biomecânica do quadril. Nesta situação, ocorre contato anormal entre o fêmur e o acetábulo determinando um "conflito" mecânico.

Estas alterações morfológicas podem levar a uma lesão do labrum acetabular e da cartilagem articular.

O labrum (ou lábio da articulação) é uma fibrocartilagem situada na periferia da articulação do quadril e tem papel fundamental na dinâmica de funcionamento da mesma.



Esta patologia tem sido cada vez mais reconhecida e entendida. É mais comum principalmente em corredores e praticantes de esportes que envolvem flexão e rotação dos quadris, como no tênis, futebol e artes marciais.

Pode ocorrer em qualquer grupo populacional e atualmente é apontada como uma das causas mecânicas de osteoartrose do quadril, em situações antes rotuladas como coxartrose primária.

As lesões do labrum acetabular podem ocorrer abruptamente em decorrência de trauma ou gradualmente, através do desgaste e rompimento de suas fibras devido ao micro traumas de repetição provocados pelo impacto.

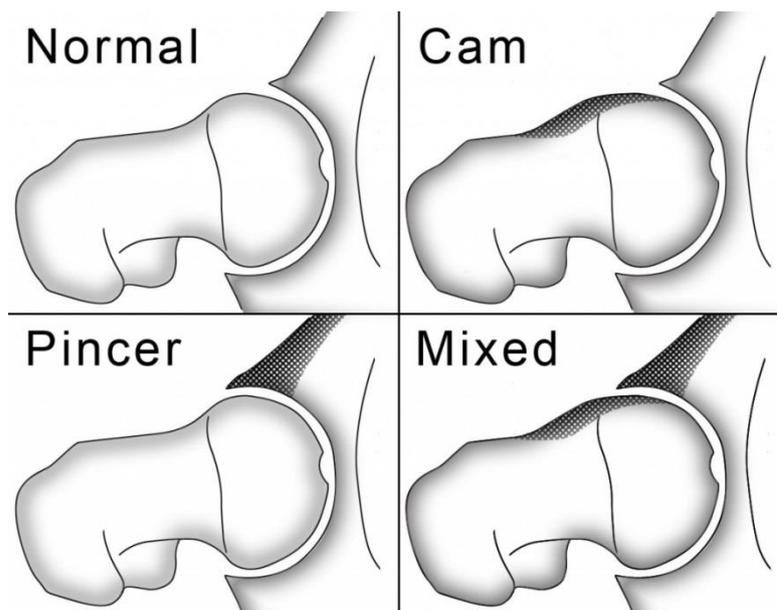
Tipos de impacto: Cam, Pincer e Misto.

O impacto tipo Cam (ou Came) ocorre secundariamente à uma alteração (dismorfismo) na transição entre o colo e a cabeça do fêmur. Existe uma protuberância na região que colide contra a margem da articulação em determinados movimentos. Este impacto leva a lesão labral e mais tarde ao descolamento da cartilagem do acetábulo e à lesão cartilaginosa na cabeça femoral.

Esta deformidade geralmente surge durante o desenvolvimento do indivíduo e pode ser considerada uma variação anatômica e também pode ocorrer secundariamente a um deslizamento da epífise na adolescência chamado de epifisiólise. Pode ser totalmente assintomático em alguns casos, gerando sintomas somente anos ou décadas após seu estabelecimento ou mesmo passando toda a vida sem nenhuma manifestação.

No impacto do tipo Pincer a alteração está no lado acetabular. Normalmente há um excesso de cobertura ou uma orientação anormal na pelve. Ocorre então o impacto da margem do acetábulo diretamente no colo femoral normal. Ocorre na evolução uma lesão labral que pode calcificar-se (aumentando ainda mais o excesso de cobertura) e uma lesão cartilaginosa secundária. Também notado quando se diagnostica uma "coxa profunda", outra alteração razoavelmente frequente.

O impacto do tipo Misto é considerado o mais comum. Está presente em mais de 50% dos casos de impacto e reúne algumas características dos dois anteriores (Cam e Pincer) em graus variados.



Geralmente os primeiros sintomas são dores agudas e fugazes tipo "pontadas" ou "fisgadas" ou sensação de travamentos no quadril.

Estes sintomas podem surgir em movimentos como entrar e sair do carro, ao levantar-se da cama, ao calçar sapatos, etc. Não é raro o relato de estalidos.

É frequente o desconforto após muito tempo sentado. A dor é referida na frente da virilha, na raiz da coxa. O indivíduo delimita a área usando os dedos na forma conhecida como sinal do "C".

Diagnóstico:

A anamnese e o exame físico são o primeiro passo para se suspeitar da existência destas lesões. Existem vários testes semiológicos.



São solicitamos exames complementares que permitem confirmar o diagnóstico e estadiar a lesão. Podem ser indicadas radiografias, ressonância ou artroressonância ou ainda tomografia com reconstrução 3D para diagnóstico e planejamento de tratamento.

O diagnóstico diferencial com outras patologias do quadril e da coluna é essencial para uma terapêutica bem-sucedida. Muitas vezes o diagnóstico pode não ser tão evidente e são necessários outros exames e avaliações com especialistas de outras áreas.

Tratamento:

Utiliza-se medicação analgésica e anti-inflamatória para alívio da dor, mudança de atividade física e fisioterapia em alguns casos. O mais importante é a readequação no trabalho, nas atividades esportivas e no cotidiano. O paciente precisa entender o seu problema e como lidar com ele. A maioria dos casos melhora com o tratamento clínico e com mudanças nos hábitos de vida.

Nos casos em que não há resolução satisfatória após o tratamento conservador indica-se a cirurgia para correção ou regularização da lesão do labrum ou cartilagem e para correção da deformidade óssea que ocasionou a lesão.

A indicação para o tratamento é individualizada na dependência de vários fatores, entre eles a localização e gravidade das lesões, nível de atividade pretendido pelo paciente, presença ou não de lesões de cartilagem e, especialmente da presença de coxartrose e sua graduação. Os piores resultados da cirurgia estão associados a graus mais avançados de osteoartrose.

O tratamento destas lesões iniciou-se com cirurgia convencional, por via aberta. Na última década houve uma grande evolução da cirurgia vídeo - artroscópica no tratamento destas lesões e sua utilização é cada vez mais frequente.

Entretanto, cada caso deve ser analisado individualmente pois a artroscopia apresenta também limitações técnicas e alguns pacientes ainda serão melhor tratados pela técnica cirúrgica convencional.

Obviamente toda cirurgia apresenta riscos e o cliente precisa estar ciente dos prós e contras que devem ser totalmente esclarecidos junto ao cirurgião antes de se tomar qualquer decisão sobre o tratamento invasivo.

Após a cirurgia é necessário o uso de muletas por duas a seis semanas, de acordo com a gravidade da lesão e com os procedimentos realizados durante a cirurgia.

Um programa de reabilitação fisioterápico é importante e grande número de pacientes retorna aos esportes depois da cirurgia bem indicada.

De qualquer forma, a correção do IFA e da lesão labral na época adequada pode concorrer para retardar o desenvolvimento de uma coxartrose ou pelo menos postergar significativamente a realização de uma artroplastia total, o que é muito relevante por se tratar de uma população muito jovem.