

RICARDO KOSZUOSKI

**LEVANTAMENTO DAS COMPLICAÇÕES DOS PACIENTES
SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL NO
HU-UFSC.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão do Curso de graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1998

RICARDO KOSZUOSKI

**LEVANTAMENTO DAS COMPLICAÇÕES DOS
PACIENTES SUBMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL
DE QUADRIL NO HU-UFSC.**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
graduação em Medicina**

Coordenador do Curso: Edson José Cardoso

Orientador: José Francisco Bernardes

Co-orientador: Abel Raimundo Viga do Rosário

FLORIANÓPOLIS

1998

Koszuoski R., *Levantamento das Complicações dos Pacientes Submetidos a Artroplastia Total de Quadril no HU-UFSC, Florianópolis, 1998.* 220p. 2006

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para conclusão do Curso de Graduação em Medicina - UFSC.

1. Complicação 2. Artroplastia 3. Quadril

AGRADECIMENTOS

Ao prof. José Francisco Bernardes por aceitar a responsabilidade deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos ao prof. Abel Raimundo Viga do Rosário, que sempre esteve a disposição para ajudar e transmitir seus conhecimentos.

Agradeço aos funcionários do SAME-HU pela simpatia e colaboração no fornecimento dos prontuários.

Aos amigos, que em todas às vezes que recorri fui bem acolhido. Pelos votos de confiança, companheirismo e consideração demonstrada, muito obrigado.

Finalmente, agradeço àqueles que estiveram ao meu lado dando carinho, apoio e incentivo em todas as etapas de minha vida. Desde as travessuras da infância até hoje na responsabilidade de ser Médico: *Aos meus pais e irmãos, minha eterna gratidão!!*

ÍNDICE

1. Introdução.....	3
2. Revisão Literária.....	4
3. Objetivos.....	12
4. Método.....	13
5. Resultados.....	14
6. Discussão.....	18
7. Conclusões.....	21
8. Referências.....	22
Resumo.....	25
Abstract.....	26

1. INTRODUÇÃO

A Artroplastia Total do Quadril - ATQ, definida como uma plástica total da articulação coxofemural, que objetiva restabelecer seus movimentos, o mais próximo possível de sua biomecânica e de forma indolor, teve início no século passado [ATLAS, 1994].

Devido o sucesso e a confiabilidade do procedimento, a ATQ é atualmente indicada para tratamento cirúrgico de várias patologias do quadril.

Como todo o procedimento cirúrgico a ATQ apresenta complicações, com grande repercussão sobre o paciente, e é em cima destes problemas que iremos realizar este trabalho. Através dos dados levantados vamos estar contribuindo diretamente com o Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HU-UFSC, pois iremos descobrir os índices das complicações e fatores correlacionados com tais complicações.

As complicações podem ser divididas em precoces e tardias. As precoces são aquelas apresentadas nos trans-operatório e/ou no pós-operatório imediato. As tardias são aquelas apresentadas num período médio e longo (vários dias, meses ou anos) depois da cirurgia.

Sempre devemos ter em mente, que quando o procedimento da ATQ é bem indicada, realizado com técnica esmerada e com a colaboração do paciente no período pós-operatório, as complicações tendem a ser menos freqüentes.

2. REVISÃO LITERÁRIA

A ATQ é atualmente o procedimento reconstrutivo, no quadril adulto, mais executado nos Estados Unidos e em muitos outros países [HARKESS, 1998].

Desde que foi introduzido no arsenal das cirurgias ortopédicas, a ATQ vem sofrendo, ao longo deste meio século de utilização, grande avanço na área de bioengenharia e metalurgia, com desenvolvimento nas técnicas de cimentação e melhoria de instrumental cirúrgico, bem como melhor treinamento de pessoal especializado, levando a melhores resultados e crescente indicação no tratamento das patologias do quadril [FREITAS et al., 1997].

Sem dúvida, coube a Chanrley, na década de 60, com seus conceitos revolucionários sobre o desenho, os materiais utilizados e a forma de aplicação dos implantes, a sistematização na utilização das Artroplastia totais de substituição da articulação coxofemural. Os resultados, a princípio bastantes animadores, desencadearam a realização de milhares de cirurgias anualmente [TURÍBIO et al., 1996].

É necessário ter consciência do passado para apreciar onde nos encontramos em relação as técnicas e próteses utilizadas na ATQ, então faremos um breve comentário dos resultados encontrados no decorrer dos anos de sua evolução.

Em 1938, Wiles criou próteses acetabulares e femurais, feitas de aço, e colocou-as em seis pacientes portadores de moléstia de Still. Em 1951, uma de suas pacientes foi vista por ele, com 13 anos de evolução, com reduzida flexão, mas caminhando sem dor. Mais tarde, em 1955, Lowi examinou um paciente

operado por Wiles e encontrou-o praticamente sem dor e flexão de 60 graus[LOWY, 1968].

Em 1951, no Norwich Hospital, McKee & Farrar implantaram em três pacientes um sistema de articulação, cujo o acetábulo era parafusado na pelve e o componente femural constituído de uma esfera ligada a uma haste que atravessava a cortical lateral do fêmur para ser acoplada a uma placa aí parafusada. Duas das próteses era feitas em aço inoxidável e a terceira em cromo-cobalto; esta última durou três anos [McKee, 1966].

Em 1953, após contato com a prótese de Thompson, McKee adotou o mesmo desenho para o desenho femural e, em 1960, por sugestão de Watson-Farrar, ele tornou a cabeça femural esférica [McKee, 1970]. Essas próteses, ainda com o acetábulo parafusado, foram usadas entre 1956 e 1960 em 40 quadris, com 57% de bons resultados após sete anos e alguns ainda funcionando com 12 a 16 anos de pós-operatório [McKee, 1973].

Em 1954, McBride começou a aplicar a sua prótese, cujo componente acetabular era dotado de um colar que era para ser adaptado no rebordo do acetábulo [McBRIDE, 1961].

Em 1970, Shorbe relatou o resultado de 86 ATQ, 67% de bons resultados, embora com segmento curto. Em outra série Lunceford referiu 20 casos com segmento de até cinco anos com resultados bastantes favoráveis [LUNCEFORD,1970].

O cimento como elemento de fixação das próteses começou a ser empregado por McKee em 1961 e numa primeira série de 100 pacientes operados até 1964 ocorreram 35 falhas e revisões. O colo alargado do componente femural levava à colisão com o acetábulo provocando a soltura. A melhoria dos componentes com o estreitamento do colo femural e a redução do diâmetro do acetábulo levaram a 84% de bons resultados após três a sete anos de evolução.

Em 1968, McKee notou que o ajuste perfeito da cabeça e do acetábulo levava o contato localizado na região equatorial da cabeça e a maior desgaste. Após esta data as próteses foram confeccionadas com a cabeça ligeiramente menor do que o componente acetabular, provocando contato na região polar e reduzindo o desgaste [AMSTUTZ,1996].

Os resultados precoces nas artroplastias feitas com a prótese de McKee-Farrar pareciam favoráveis, porém, com o decorrer da evolução, apenas cerca de 50% poderiam ser considerados como bons ou excelentes [AUGUST, 1986] [CHAPCHAL, 1970].

Ring, em 1964, desenhou uma prótese cujo componente acetabular era destinado a ser colocado na bacia através de um longo parafuso, associado a uma prótese femural de Moore. Até 1968, tinha implantado 180 dessas próteses e, em 141 analisadas, apenas um tinha requerido revisão [RING, 1968]. Em 1973, Ring publicou os resultados de 169 quadris com cinco a oito anos de evolução como sendo 74% bons e excelentes, e de 852 com até cinco anos de evolução, subindo para 93% de bons e excelentes.

Estimulado pelos resultados obtidos por Chanrley com a prótese metal-plástico, Ring desenvolveu um componente acetabular de polietileno, guardando ainda o princípio de ser rosqueado na bacia. Em 164 quadris operados, 98,5% apresentavam bons ou excelentes resultados depois de período de um a três anos [RING, 1983].

A prótese de Stanmore, implantada em 1963, apresentava um componente acetabular em duas peças encaixadas, que inicialmente eram fixadas ao osso através de mutiplos pinos e mais tarde com cimento acrílico. O aprimoramento na fabricação fez melhorar acentuadamente seu desempenho. Os resultados publicados sobre esta prótese mostraram que após 11 anos, em 173 artroplastias, 53% de bons resultados. Por outro lado, esta mesma prótese utilizando

polietileno na confecção do acetábulo levou, após oito anos, a índices de 88% [DOBBS, 1980].

Em 1962, Chanrley começou a empregar o polietileno de alta densidade para confecção do componente acetabular, no sentido de reduzir o atrito das articulações [CHOHFI,1997].

O desempenho superior e os bons resultados clínicos entusiasmaram os ortopedistas de tal forma que, paulatinamente, o acetábulo de metal foi sendo abandonado em favor do polietileno [CHOHFI,1997].

Com o passar dos tempos surgiram duas grandes escolas: uma defendendo a cimentação dos componentes acetabular e femural e a outra pregando o princípio da fixação biológica na prótese não cimentadas. Devido ao sucesso inicial, a prótese cimentada passou a ter sua indicação estendida a pacientes jovens, pessoas obesas e indivíduos com vida ativa. Os resultados com este tipos de pacientes foram desalentadores, com grande índices de soltura dessas próteses. Como conseqüência, passou-se a desenvolver novos modelos usando métodos de fixação não cimentada, mas cujo resultados continuam encobertos. Com as modernas técnicas de cimentação nos dias atuais, como o polimetilmetacrilato (PMMA), parece ter conseguido prolongar a vida útil da prótese cimentada, aumentando as expectativas para um futuro próximo [FREITAS et al., 1997]. A discussão sobre prótese cimentada *versus* não cimentada vem engrossando os principais periódicos da literatura ortopédica.

2.1. INDICAÇÕES DA ATQ

São grandes os números de patologias do quadril que requerem cada vez mais o tratamento cirúrgico, e a ATQ resolve com bons resultados a maioria delas.

Podemos destacar tais indicações para a ATQ:

1. Artrite Reumatóide;
2. Artrite Reumatóide Juvenil (Doença de Still);
3. Espondilite Anquilosante;
4. Doenças Articulares Degenerativas;
 - 4.1 Primária;
 - 4.2 Secundária;
 - 4.3 Doença de Paget;
 - 4.4 Doença de Legg-Perthes;
 - 4.5 Displasia Congênita do Quadril;
 - 4.6 Hemofilia;
5. Necroses Avasculares ;
 - 5.1 Pós-fratura ou Luxação;
 - 5.2 Idiopáticas;
 - 5.3 Anemias Falciformes;
 - 5.4 Lupus;
 - 5.5 Doença de Caisson;
 - 5.6 Doença de Gaucher;
6. Fratura do Colo do Fêmur;
7. Luxação ou Subluxação Congênita;
8. Osteoartrose ou Pseudartrose;
9. Tumor Ósseo de Fêmur proximal ou Acetábulo;
10. Distúrbios Hereditários (Acondroplastia);
11. Tuberculose;
12. Falhas de outras técnicas cirúrgicas do quadril.

2.2. CONTRA INDICAÇÕES

Segundo Harkess (1998), a ATQ é contra indicada para pacientes que:

1. Não apresentam esperança em deambular após a cirurgia por outros problemas;
2. Não apresentam maturidade esquelética;
3. Tenha infecções ativa do quadril, bexiga, pele, tórax ou qualquer outra região;
4. Apresentam Osteopenia Progressiva Generalizada;
5. Apresentam articulação neurotrófica, ausência ou insuficiência da musculatura abdução;
6. Doenças Neurológicas.

2.3. COMPLICAÇÕES APRESENTADAS NA ATQ

A ATQ é um procedimento cirúrgico de grande porte, associado com um número significativo de complicações e com uma taxa de mortalidade de 1 a 2% [HARKESS, 1998].

Já é consenso que as complicações na ATQ são divididas em precoces e tardias.

2.3.1. COMPLICAÇÕES PRECOSES:

1. Fraturas
 - 1.1 Fratura do Fêmur;
 - 1.2 Fratura do Acetábulo;
 - 1.3 Fratura do Ramo Púbico.

2. Lesões Nervosas;
3. Lesões Vasculares;
4. Hemorragias;
5. Lesões Trato Urinário;
6. Hematomas;
7. Discrepância no Comprimento do Membro;
8. Luxações Sublimações;
9. Infecção Pós-Operatório Aguda.

2.3.2. COMPLICAÇÕES TARDIAS:

1. Soltura da prótese;
2. Falência da Haste;
3. Infecções Tardias;
4. Ossificação Heterotópica;
5. Tromboembolismo

A luxação é a complicação mais freqüente em pacientes submetidos a ATQ [TAINÉ,1985]. Ocorre principalmente nas primeiras semanas do período pós-operatório [COSTA,1992] [GREGORY, 1991].

A infecção pós-operatória de ATQ é quase sempre uma catástrofe. É dolorosa, incapacitante, de custo elevado e normalmente exige a remoção do prótese. Sendo os *Stafilococcus aureus*, *S. epidermidis* e *S. aubius* as causas mais comuns das Infecções [HARKESS, 1998].

A soltura emergiu como a complicação tardia mais séria da ATQ e é a indicação mais comum para a cirurgia de revisão [HARKESS, 1998]. Sua incidência é muito variável, pois depende de vários fatores, como por exemplo:

técnicas utilizadas, cimentado ou não cimentado e o tempo de acompanhamento dos pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Fazer o levantamento das complicações apresentadas pelos pacientes submetidos a ATQ no período de janeiro/94 a junho/98 no Hospital Universitário da UFSC.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar comparativo entre as complicações apresentadas no trabalho e a literatura.

Sugerir fatores correlacionados aos pacientes, que possam justificar tais complicações.

4. MÉTODO

Estudo descritivo das cirurgias realizadas pelo Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Universitário HU-UFSC, no período de jan/94 a jun/98.

Foram estudados 21 pacientes, sendo 18 submetidos a ATQ unilateral e 3 a ATQ bilateral, dando um total de 24 ATQ.

Para o levantamento das complicações e fatores correlacionados aos pacientes que possam justificar tais complicações, foram feitos estudos nos prontuários padrões do HU-UFSC, visitas domiciliares aos pacientes e contatos telefônicos diretamente com os mesmos, visando dados como: a idade, o sexo, o lado do quadril onde foi realizada a cirurgia, a indicação da ATQ, presença de doenças associadas e as complicações manifestadas pelos pacientes. Todas as abordagens com protocolo padronizado.

5. RESULTADOS



GRÁFICO 1 - Relação entre os quadris estudados que apresentaram complicações e os que não apresentaram.

Ocorreu complicação em 6 (25%) quadris.

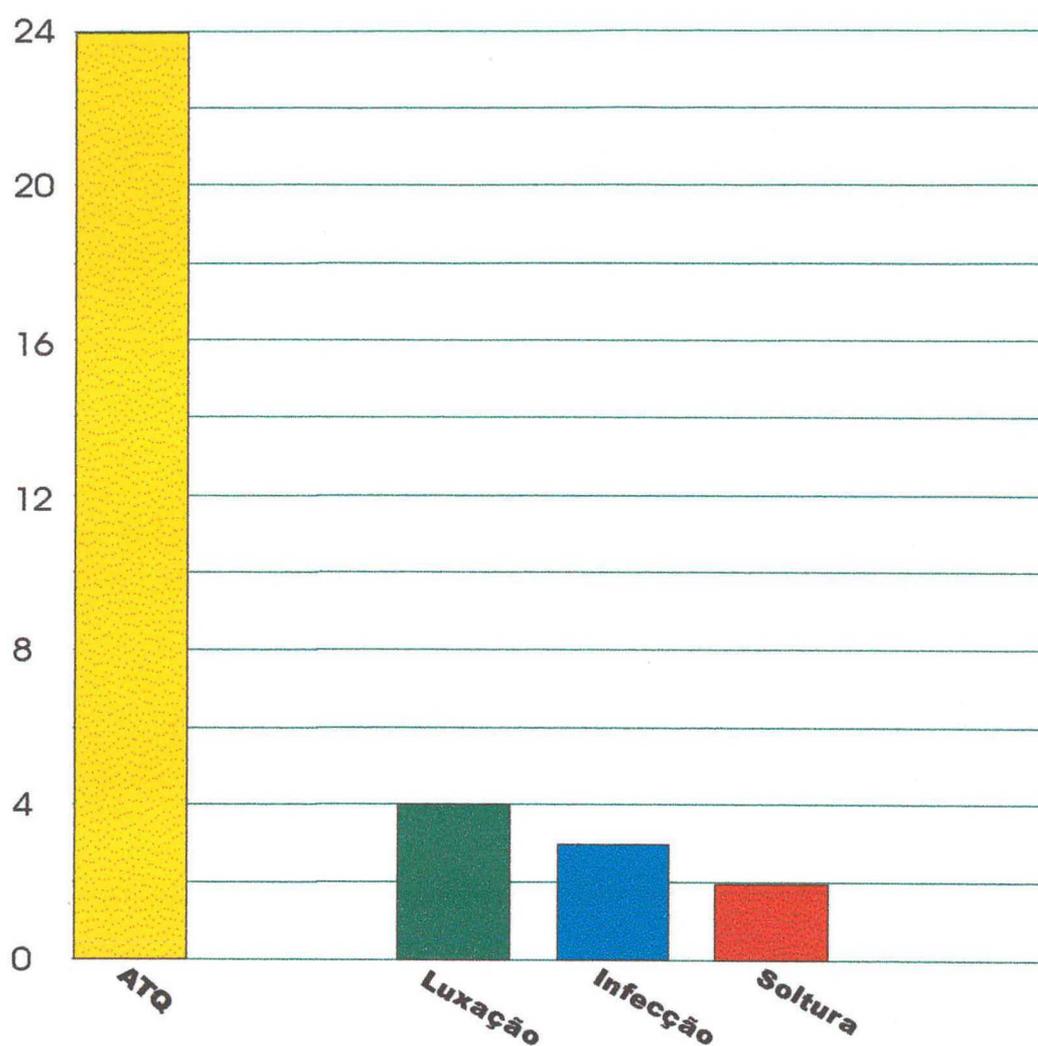


GRÁFICO 2 – As diferentes complicações apresentadas em relação ao numero total de quadris.

A complicação mais freqüente foi a luxação apresentando-se em 4 (16,6%) quadris, dando 44,4 % das complicações; seguido de Infecções com 3 (12,5%) quadris, dando 33,3% das complicações; e Soltura com 2 (8,3%) quadris sendo em 1 (4,15%) quadril o componente femural e 1 (4,15%) o componente acetabular, dando ambos 22,2% das complicações.

Tabela I - Fatores relacionados aos pacientes que possam ter contribuídos para as complicações

Complicações	Idade	Sexo	Indicações ATQ	Doenças Associadas
Luxação	56	M	Fratura Colo Fêmur	AVC ^(*) /HAS ^(**)
Luxação Infecção	72	M	Osteoartrose Quadril	Etilista
Soltura Femural	64	F	Osteoartrose Quadril	-
Luxação Infecção	56	M	Osteoartrose Quadril	DM ^(***) /HAS
Luxação Infecção	58	M	Fratura Colo Fêmur	Etilista/DM
Soltura Acetabular	33	M	Luxação Congênita Quadril	-

() Acidente Vascular Cerebral*

*(**) Hipertensão Arterial Sistêmica*

*(***) Diabetes mellitus*

A Tabela I expõe informações sobre os pacientes que apresentaram complicações, como a complicação, idade, sexo, a indicação da ATQ e se apresentava alguma doença associada.

Do total dos 21 pacientes estudados, 12 (57%) do sexo masculino e 9 (43%) do sexo feminino; 8 (38%) tinham idade inferior a 55 anos e 13 (62%) superior a 55 anos.

Das 24 ATQ realizadas 12 (50%) do lado esquerdo e 12 (50%) do lado direito; 7 (29%) com indicação por Fratura do Colo de Fêmur; 14 (58,5%) por Osteoartrose de quadril, 2 (8,5%) Necrose Asséptica da Cabeça Femural, 1 (4,0%) Luxação Congênita do Quadril.

6. DISCUSSÃO

Foram analisados 21 pacientes, num total de 24 ATQ, sendo 3 pacientes bilaterais, apresentando complicações em 6 quadris (25% dos casos), num total de 9 complicações (3 quadris apresentaram duas complicações).

A complicação mais freqüente foi a luxação, ocorrendo em 4 quadris (16,6% das cirurgias e 44,4% das complicações apresentadas), seguido de infecção com 3 quadris (12,5% das cirurgias e 33,3% das complicações) e 2 solturas (8,3% das cirurgias e 22,2% das complicações), sendo uma do componente acetabular (4,15%) e outra do componente femural (4,15%).

Primeiramente vamos discutir a complicação mais observada neste trabalho, que foi a luxação. A incidência em pacientes submetidos a ATQ por causas diversas são 1,5% [CHANRLEY, 1972]; 3,0% [HARKESS, 1998]; e nos pacientes submetidos a ATQ por Fratura de Colo de Fêmur é alta comparada com outros diagnósticos [LINDBERG, 1982]. Alguns autores citam índices acima de 10% para pacientes com Fratura de Colo de Fêmur [CARTLIDGE, 1981] [TAINÉ, 1985]. Há trabalhos que citam 9,8% de luxações nos casos de indicação de Fratura de Colo de Fêmur e 2% para outros diagnósticos [ARISTIDE et al., 1997].

Na análise que fizemos no Serviço de Ortopedia e Traumatológico do HU-UFSC, obtivemos uma incidência de 16,6%, índice superior do que os encontrados na literatura.

A incidência de infecção nas cirurgias de ATQ são de 1 a 2% [HARKESS, 1998]; 1 a 8,7% [CHANLEY, 1972]. O índice de infecção

encontrada na nossa análise no serviço do HU-UFSC foi de 12,5%, superior aos encontrados na literatura.

Os índices de soltura encontrados nas literaturas são de 5 a 26% [BECKENBAUGH, 1978]; 11 a 25% [CHANLEY, 1972]. Há relatos de 57% em pacientes abaixo de 30 anos, em estudo de 5 anos de seguimento, apresentaram evidência de fato de Soltura ou um grande potencial para tal, e que, a soltura do componente acetabular ocorria duas vezes mais que o do componente femural [CHANDLER, 1984]. Outros trabalhos, também mostram, 26% para o componente acetabular, 7% femural e 7% para ambos num total de 40% de soltura em dez anos de acompanhamento [FREITAS et al., 1997].

O índice de 8,3% para soltura encontrado na nossa análise, sendo 4,15% para acetabular e 4,15% para femural, apesar do tempo reduzido de acompanhamento, média de 2,5 anos, está bem abaixo dos citados na literatura.

São inúmeros os fatores que contribuem para um maior ou menor índice de complicações em procedimentos cirúrgicos como ATQ, mas também é consenso que os fatores correlacionados aos pacientes são primordiais para o sucesso da cirurgia.

É sabido que o estado psíquico, nutricional, imunológico, cardio-circulatório, vícios e idade dos pacientes submetidos à ATQ são de grande importância para o surgimento ou não das complicações, principalmente para luxação, infecção e soltura, apresentadas na análise deste trabalho.

Na discussão da TABELA I, observamos dados importantes que possam vir a justificar os índices de complicações apresentadas neste trabalho. A idade dos pacientes que apresentaram as complicações, com exceção de 1, eram superiores a 55 anos, dando idade média destes de 61,5 anos.

Há no grupo, dos que apresentaram complicações, 2 (25%) etilistas sendo 1 portador de *Diabetes mellitus*. Onde um deles sofreu queda no pós-operatório e o outro desenvolveu Síndrome de Abstinência Alcoólica e ambos

apresentaram luxações. E o portador de *Diabetes mellitus* também apresentou infecção. Há outro com *Diabetes mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica que também apresentou infecção.

O paciente com Acidente Vascular Cerebral prévio e Hipertensão Arterial Sistêmica também apresentou luxação.

Percebemos que os quatro (4) pacientes que apresentaram luxações, três (3) possuíam comprometimento psíquico, sendo 2 etilistas e 1 seqüelado de Acidente Vascular Cerebral. Dos três que apresentaram infecção, dois eram portadores de *Diabetes mellitus* e 1 etilista. Somente os que desenvolveram soltura não apresentaram fatores associados, pois, não dá para deixar de relacionar com uma possível hiperatividade por gozarem de boa saúde, e com isso ter contribuído para tal complicação.

É de grande importância citarmos as complicações que não foram encontradas na amostra deste trabalho e suas respectivas incidências, dentro da disponibilidade em bibliografias.

1. Lesões Nervosas – 0,7 a 3,5%;
2. Lesões Vasculares – 0,2 a 0,3%;
3. Hemorragias;
4. Infecções do Trato Urinário – 7 a 14%;
5. Hematomas;
6. Discrepância do Comprimento do Membro;
7. Ossificação Heterotópica;
8. Tromboembolismo – 5,3 a 38,7%;
9. Falência das Hastes – 0,23 a 6,1%;
10. Fraturas [HARKESS, 1998].

7. CONCLUSÕES

Entre as diversas complicações que a ATQ pode apresentar, somente a luxação, infecção e soltura foram encontradas na análise da amostra deste trabalho.

A luxação com índice de 16,6% e a infecção com 12,5%, ambos ficaram acima dos índices citados na literatura.

A soltura com 8,3%, sendo uma do componente acetabular e outra do componente femural, ficou abaixo dos índices citados na literatura.

Pacientes etilistas, portadores de *Diabetes mellitus* e seqüelados de Acidente Vascular Cerebral foram fatores correlacionados aos pacientes que contribuíram de maneira direta para os índices das complicações encontradas.

8. REFERÊNCIAS

1. Atlas S, Turíbio FM, Takata ET. Antologia das artroplastias do quadril. F. Med. 1994; 109: 69-71.
2. Harkess JL. Arthroplasty of hip. In: Campbell, editors. Operative Orthopaedics, 9th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Year Book Inc;1998. p.296-472.
3. Freitas E, Cabral FP, Penedo J, Carvalho PI, Rudge O, Rondinelli PC, et al. Artroplastia total do quadril com prótese cimentada de Chanrley. Rev. Bras. Ortop. 1997; 32(10):767-70.
4. Turíbio FM, Chohfi M, Laredo JF, Oliveira H. Alterações radiográficas no fêmur após artroplastia não cimentada de Parhofer-Mönch. Rev. Bras. Ortop. 1996; 31(10):785-91.
5. Lowy M. Total hip replacement. Proc. R. Soc. Med. 1968; 61:665.
6. McKee GK, Farrar WJ. Replacement of arthritic hips by the McKee-Farrar prosthesis. J. Bone Joint Surg. 1966; 48:245-59.
7. McKee GK. Development of total prosthetic replacement of the hip. Clin Orthop 1970; 72:85-105.
8. McKee GK, Chen SC. The statistics of the McKee-Farrar method of total hip replacement. Clin Orthop 1973; 95:26-33.

9. McBride ED. The flanged acetabular replacement prosthesis. Arch. Surg. 1961; 83:721-28.
10. Lunceford EM. Total hip replacement. Proc. R. Soc. Med. 1970; 72:201-04.
11. Amstutz HC, Grigoris P. Metal on metal bearing in hip arthroplasty. Clin. Orthop. 1996; 329S:11-33.
12. August AC, Aldam CH, Pynsent PB. The McKee-Farrar hip arthroplasty. J. Bone Joint Surg. 1986; 68:520-27.
13. Chapchal G, Müller W. Total hip replacement with the McKee prosthesis. Clin. Orthop. 1970; 72:115-22.
14. Ring PA. Complete replacement arthroplasty of the hip by the Ring prosthesis. J. Bone Joint Surg. 1968; 50:720-31.
15. Ring PA. Ring UPM Total hip arthroplasty. Clin. Orthop. 1983; 177:115-23.
16. Dobbs HS. Survivorship of total hip replacements. J. Bone Joint Surg. 1980; 62:168-73.
17. Chohfi M., Köberle G, Reis FB. Próteses metal/metal: uma tendência? Rev. Bras. Ortop. 1997; 32(10):760-65.
18. Taine WH, Armour PC. Primary total hip replacement for displaced subcapital fractures of the femur. J. Bone Joint Surg. 1985; 67: 214-17.
19. Costa RC, Schwartsmann CR, Bernabé AC. Subluxação após a artroplastia total do quadril: apresentação de três casos. Rev. Bras. Ortop. 1992; 27: 51-4.

20. Gregory RJH, Gibson MJ, Moran CG. Dislocation after primary arthroplasty for subcapital fracture of the hip: wide range of movement is a risk factor. *J. Bone Joint Surg.* 1991; 73:11-2.
21. Chanrley J. The long-term results of low-friction arthroplasty of the hip performed as a primary intervention. *J. Bone Joint Surg.* 1972; 54: 61-76.
22. Lindberg HO, Carlsson AS, Gentz CF. Recurrent and norecurrent dislocation following total hip arthroplasty. *Acta Orthop. Scand.* 1982; 53: 947-52.
23. Cartlidge IJ. Primary total hip replacement for displaced subcapital femoral fractures. *Injury* 1981; 13: 249-53.
24. Aristide RSA, Honda E, Polesello G, Miashiro EH, Reginaldo SS. Luxação da prótese total do quadril em pacientes com fratura do colo do fêmur. *Rev. Bras. Ortop.* 1997; 32(10): 787-91.
25. Beckenbaugh RD, Ilstrup DM. Total hip arthroplastic: a review of three hundred and thirty-three cases with long-term follow-up. *J. Bone Joint Surg.* 1978; 60:306.
26. Chandler DR, Tarr RR, Gruen TA, Sarmiento A. Radiographic assessment of acetabular cup orientation: a new design concept. *Clin. Orthop.* 1994; 186: 60.

RESUMO

A partir de estudo descritivo foram analisadas 24 Artroplastia Total do Quadril, em 21 pacientes, realizadas pelo Serviço Ortopedia e Traumatologia do HU-UFSC, no período de janeiro de 1994 a julho de 1998, objetivando levantar as complicações e os possíveis fatores correlacionados aos pacientes que possam ter contribuído para tais complicações.

Para o levantamento dos dados foram feitos estudos nos prontuários padrões do HU-UFSC, visitas domiciliares aos pacientes e contatos telefônicos diretamente com os mesmos. Todas as abordagens com protocolo padronizado.

Foi encontrado luxação em 16,6% quadris, infecção em 12,5% quadris e soltura em 8,3% dos quadris, sendo 4,15% para o componente acetabular e 4,15% para o componente femural.

Os índices de luxação e infecção ficaram acima dos encontrado na literatura, os índices de soltura, abaixo.

O etilismo, *Diabetes mellitus* e Acidente Vascular Cerebral foram os prováveis fatores que correlacionados aos pacientes contribuíram para tais complicações.

ABSTRACT

From a descriptive study, there were analyzed 24 Total Hip's Artroplasties of 21 patients, accomplished by the Serviço de Ortopedia e Traumatologia of HU-UFSC. The aims of these study were to find out its complications and check possible patient's correlated factors that might have contributed to such complications.

For this research, information were quest in the standart patient's registry of HU-UFSC, there were made home visits and phone calls directly to the same ones. All these approaches were based on a defined protocol.

It was found 16,6% of hip's luxation, 12,5% of hip's infection and 8,3% of hip's dislocation, wich is devided in 4,15% for the acetabular component and 4,15% for the femural component.

The level of infection found in this study is higher than the one found in literature and the level of dislocation, lower.

The intake of alcoholic beverages, melitus diabetes and stroke were the patient's correlated factors that probably have contributed to the appearance of such complications.

**TCC
UFSC
CC
0214**

N.Cham. TCC UFSC CC 0214

Autor: Koszuoski, Ricardo

Título: Levantamento das complicações do



972806535

Ac. 253036

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM