

Kit de Instrumental para Artroscopia de Quadril

O Kit de Instrumental para Artroscopia de Quadril tem por finalidade fornecer ao cirurgião a visualização de cavidades para a execução dos procedimentos artroscópicos de quadril.

O kit cirúrgico é composto de instrumentos guia e de perfuração com tamanhos e formatos diversos, para atender as diferentes necessidades do profissional. Cada modelo foi desenvolvido para uma finalidade específica durante a cirurgia.

Registros ANVISA: 80356130072,
*80356130104, **80356130121
e ***80356130034
Imagens meramente ilustrativas



Trocater de acesso
2 trocateres - 175 mm*
Fio guia de nitinol
Cânula guia 4 mm
Cânula guia 5,5 mm
Endoscópio 175 mm / 30° / 4,0 mm**
Endoscópio 175 mm / 70° / 4,0 mm**

Guia angulado
Agulha de acesso
Cânula de acesso roma
Cânula de acesso oblíqua
Cânula de acesso perfurante
Guia de acesso
Probe curto
Probe longo



Ice pick reto
Ice pick 30°
Ice pick 45°
Suture Hook
Empurrador de nó curto
Empurrador de nó longo
Faca banana 1 corte
Faca banana 2 cortes

Bird beak, straight tip***
Bird beak, up 30° tip***
Bird beak, straight tip, curved right 30°***
Grasper, straight tip, 3,4 mm bite width,
loose body***
Punch, straight tip, 3,6 mm bite width***
Bird beak, straight tip, curved left 30°***



ABC

Características

- Kit de instrumentais permanentes destinados a visualização e acesso a cavidades para a realização de procedimentos artroscópicos de Quadril.
- Composto por instrumentais de guia e perfuração desenvolvidos especificamente para cada etapa dos procedimentos.

Benefícios

- Ampla gama de patologias possíveis de serem tratadas.
- Incisões de pequena dimensão o que causa um trauma muito reduzido nos tecidos e músculos.
- Redução no tempo de internação e recuperação.

Aplicações

- Permite maior agilidade e precisão na abordagem artroscópica de quadril.
- Ampla visualização da articulação através dos endoscópios de 30° e 70°.
- Troca de portal de visualização de maneira prática e rápida através dos trocateres intercambiáveis.

ARTROSCOPIA DE QUADRIL

Dentro da cirurgia artroscópica, a abordagem da articulação do quadril foi renegada até recentemente, devido a dificuldade de diagnóstico das patologias intra-articulares e da dificuldade técnica da cirurgia.

A cápsula articular do quadril é a mais espessa do corpo humano, é localizada em planos profundos, acessados através de músculos volumosos, como o glúteo médio, e tem como estruturas vizinhas o triângulo femoral e o nervo ciático, que limitam os portais de acesso. O espaço coxofemoral é exíguo, acessível somente com tração articular, e a manipulação de instrumentos é dificultada pelo formato convexo da cabeça femoral.

Nas últimas duas décadas, o desenvolvimento da ressonância magnética permitiu a avaliação de inúmeras lesões articulares e periarticulares e novos conceitos foram introduzidos, como o impacto femoroacetabular (IFA) e o espaço peritrocantariano.

Houve também o desenvolvimento de instrumentais específicos, como cânulas longas, óticas especiais, shavers e probes de radiofrequência de menor diâmetro e flexíveis.

A artroscopia de quadril oferece uma técnica minimamente invasiva para procedimentos que requereriam uma luxação cirúrgica do quadril. Em adição, ela permite ao ortopedista acessar alterações intra-articulares que previamente não eram diagnosticadas, muito menos tratadas. As patologias mais comumente tratadas são o IFA, as lesões labrais, do ligamento redondo e o ressalto externo e interno. As indicações diagnósticas envolvem a avaliação da cartilagem em osteonecrose ou em conjunto com osteotomias, de artroplastias dolorosas e a coleta de tecidos para culturas. As doenças sinoviais (condromatose, sinovite vilonodular pigmentada e artrite reumatoide) apresentam-se como uma boa indicação cirúrgica, assim como o tratamento da dor glútea profunda (antiga síndrome do piriforme).

Estão sendo estudadas novas indicações de artroscopia, como a reconstrução do ligamento redondo, a capsulorrafia nos casos de instabilidade e o reparo das lesões dos tendões glúteos.

A principal contra-indicação da artroscopia do quadril é a existência de processo infeccioso ativo, exceto nos casos de drenagem de piodartrite ou avaliação de infecção em próteses. Infecções de pele ativas e especialmente na região dos portais impedem a cirurgia. Dificuldades técnicas devem ser esperadas, mas não contra-indicam absolutamente a cirurgia em pacientes obesos com osteoatrose avançada ou artrofibrose.

Técnica Cirúrgica - Kit de Instrumental para Artroscopia de Quadril Artroscopia de Quadril

Descrita por Dr. Luiz Fernando Teochi, consultor Razek.

As diretrizes a seguir foram feitas com base nas técnicas Cirúrgicas utilizadas pelo Cirurgião Consultor da Razek. Porém, cada cirurgião precisa avaliar a adequação dos procedimentos baseados na sua formação médica e experiência profissional. Procedimentos e técnicas cirúrgicas apropriadas são da responsabilidade do profissional médico.

Antes de utilizar o sistema, o cirurgião deve consultar o Manual do Usuário, onde encontrará todas as instruções indispensáveis para realização do procedimento (avisos, precauções, indicações, contraindicações e efeitos adversos).

A técnica de artroscopia do quadril é considerada uma via de acesso. É, portanto, uma maneira de abordagem cirúrgica minimamente invasiva a uma articulação profunda e cercada por músculos e estruturas vasculares e nervosas.

Pode ser utilizada para a realização de um grande número de procedimentos, desde a simples inspeção articular (artroscopia diagnóstica), passando pela retirada de corpos estranhos e biópsia sinovial até os casos mais complexos de Impacto Femoroacetabular com lesões condrais e do labrum acetabular, sem dúvida sua maior indicação na atualidade.

Para obter a tração adequada ao membro a ser operado e assim, aumentar o espaço femoroacetabular o suficiente para introduzir os instrumentos artroscópicos, é imprescindível que a anestesia consiga o melhor relaxamento muscular possível. Por isso, o ideal é realizar anestesia geral.

O paciente deve ser colocado em mesa ortopédica de tração, em decúbito dorsal horizontal, com 10 a 15 graus de desvio lateral para o lado contralateral.

O membro superior ipsilateral deve estar apoiado sobre o tórax.

A equipe cirúrgica ficará posicionada ao lado do membro a ser operado.

O rack de equipamentos artroscópicos e o aparelho de radioscopia devem ficar posicionados no lado contralateral e o monitor da radioscopia junto aos pés do paciente.

É importante obter a tração adequada, aproximadamente 1,5 cm de espaço entre a cabeça femoral e o rebordo acetabular.

Os pés devem fixar bem presos às botas da mesa ortopédica para evitar que possam escapar durante o procedimento.

O membro a ser operado deve ser colocado em flexão de 10 a 15 graus que auxilia a diminuir a tensão da porção anterior da cápsula articular e abdução neutra. Também é mantido em rotação interna para alinhar o eixo do colo femoral paralelamente ao solo.

Ao aplicar tração ao membro contralateral, deve-se empurrar a pelve do paciente contra o poste perineal para obter-se um vetor de força transversal que auxiliará a obter a melhor abertura do espaço articular.

Através de imagem radioscópica, deve-se controlar a abertura do espaço articular para que seja suficiente.

Ao obter-se a abertura articular adequada, deve-se diminuir a tração no membro a ser operado, de maneira que possa ser reproduzida posteriormente. Isso evita que o período de tração seja prolongado, evitando dessa maneira, complicações neurológicas. O tempo total de tração não deverá exceder o período de 2 horas.

A colocação de campos deve buscar um isolamento seguro da região perineal e expor uma área anterior, lateral e posterior da região do quadril, que permita a visualização e palpação da espinha íliaca ântero-superior e do trocânter maior, que são as proeminências ósseas utilizadas como referências para a confecção dos portais.

Deve-se inicialmente localizar a espinha íliaca ântero-superior e traçar uma linha dela até o centro da patela. Essa linha deverá ser uma referência de segurança, já que o feixe vasculonervoso femoral se encontra medialmente a ela.

Deve-se identificar todo o contorno do trocânter maior, com seus limites anterior, superior e posterior.

O primeiro portal a ser realizado é o ÂNTERO-LATERAL, que deve ser realizado a partir da intersecção da linha anterior e superior do grande trocânter.

A introdução da Cânula de Punção que deve ser orientada paralela ao solo, inclinada.

Com o Fio Guia de Nitinol, é possível avaliar se o portal estará bem posicionado, já que sua extremidade deve tocar o fundo acetabular, dividindo-o ao meio.

Como a cápsula articular é espessa, e sob tração encontra-se bastante tensa, utiliza-se a Cânula Guia 4 mm ou 5,5 mm (wissinger) para atravessá-la mais facilmente e com menor risco de dano aos tecidos.

Como trocater, utiliza-se uma cânula metálica e a ela se acopla o dispositivo para infusão e drenagem de soro fisiológico. A esse conjunto, conecta-se o Endoscópio de 70 graus.

Após a realização do primeiro portal e colocação do Endoscópio, posiciona-se o conjunto para visualização anterior, com o objetivo de identificar o espaço triangular entre o labrum acetabular e a cabeça do fêmur.

O segundo portal a ser realizado é o anterior modificado. O ponto de entrada utiliza como referência uma linha perpendicular à espinha íliaca ântero-superior, que une-se à linha a partir da extremidade superior do trocânter maior. Deste ponto de união, traça-se uma linha diagonal. O ponto de entrada da Cânula de Punção fica a cerca de 6 cm distante do portal ântero-lateral, nessa linha diagonal.

Após a confecção dos 2 portais (anterolateral e anterior modificado), realiza-se a capsulotomia interportais com a Faca Banana.

Essa capsulotomia permite melhor mobilidade dos instrumentos para a realização da cirurgia.

Assim, pode-se utilizar a Peça de Mão com a Cânula de Microdebridação para Quadril Razek de partes moles para debridamento, o Eletrodo para Quadril Razek na ablação de tecidos moles e a Cânula de Microdebridação para Quadril Razek na ressecção do rebordo acetabular alterado (PINCER).

Quando houver indicação de realizar sutura do labrum e fixação com âncoras, é necessário a utilização de cânulas plásticas. Para o quadril, são necessárias cânulas mais longas, portanto, optamos pelas Cânulas para Artroscopia Razek de 8,5 mm de diâmetro e 110 mm de comprimento.



Dr. Luiz Fernando Teochi

CRM 82215-SP

Ortopedia e Traumatologia, Medicina Esportiva e Cirurgia do Quadril

Referências

CABRITA. H. A.B.A et al. Artroscopia de Quadril. Revista Brasileira de Ortopedia, São Paulo, v.50, n. 3, p.245-263, Scielo, Março 2014.