

# Cirurgia na Artrite Idiopática Juvenil



Fernando Judas<sup>1</sup>, Luís Teixeira<sup>2</sup>,  
Portela da Costa<sup>3</sup>, Armando Pires<sup>4</sup>

**D**e acordo com o Comité Pediátrico da ILAR (Durban 1997), as artrites idiopáticas infantis são definidas como artrites idiopáticas que se manifestam antes dos 16 anos de idade, com uma evolução persistente mínima de 6 semanas e após a exclusão de outros diagnósticos. As artrites idiopáticas infantis e juvenis não são doenças raras. Com efeito, apresentam uma prevalência de 0,01% nos Estados Unidos e de 0,02% em Portugal, neste último relativo à artrite idiopática juvenil<sup>(1)</sup>.

A evolução natural a longo termo da artrite idiopática juvenil é variável. Numa fase precoce, torna-se muito difícil estabelecer o prognóstico individual, o qual requer a avaliação realizada por uma equipa multidisciplinar que inclui, entre outros, a intervenção de pediatras, reumatologistas, fisiatras, oftalmologistas e terapeutas ocupacionais<sup>(2,3)</sup>. Sendo

## Resumo

Apresenta-se o caso clínico referente a uma doente com 17 anos de idade, portadora de artrite idiopática juvenil poliarticular, que apresentava uma anquilose da anca esquerda com um flexo de 35° e uma rigidez em extensão do joelho esquerdo de 20°. Por mecanismo compensatório, instalou-se progressivamente uma hiperlordose lombar, uma bacia oblíqua e um equinismo do pé homolateral. Apesar da terapêutica farmacológica e da instituição de um programa intenso de fisioterapia, verificou-se um agravamento progressivo das deformidades dolorosas da anca e do joelho, condicionando uma marcha só possível com o auxílio de canadianas.

Procedeu-se, num primeiro tempo cirúrgico, à implantação de uma prótese total autobloqueante cimentada na anca esquerda e, passados 2 meses, ao desbridamento intra-articular do joelho por via artroscópica.

Presentemente a doente deambula sem canadianas, apresenta uma anca e joelho indolores com mobilidades próximas da normalidade, manifestando um grau elevado de satisfação face ao resultado dos procedimentos cirúrgicos.

Como conclusão, importa dizer que, por um lado, apesar da idade jovem da doente só uma artroplastia da anca conduz a uma solução satisfatória e, por outro lado, o resultado alcançado pelo desbridamento do joelho por via artroscópica permite um ganho de tempo precioso, em relação à realização de uma eventual artroplastia total do joelho.

### Palavras chave:

Artrite Idiopática Juvenil; Cirurgia da Anca e do Joelho.

certo que a maioria dos tipos de artrite idiopática juvenil apresenta um bom prognóstico<sup>(4)</sup>, não é menos verdade que alguns doentes manifestam lesões articulares destrutivas extensas que podem ser causa de uma impotência funcional marcada, com repercussões na sua vida social, na actividade escolar e no equilíbrio psíquico, apesar de um tratamento médico e fisiátrico bem conduzido. O tratamento destes casos requer a intervenção do ortopedista com experiência em cirurgia reumatológica.

Na última década tem-se registado um

notável progresso no tratamento da artrite idiopática juvenil, com inegáveis benefícios para os doentes<sup>(5)</sup>. Esses avanços devem-se particularmente aos fármacos anti-reumáticos de acção lenta modificadores da doença, aos antagonistas do TNF-alfa, e bem assim aos anticorpos monoclonais, antagonistas da IL-1, às citocinas anti-inflamatórias IL-4 e IL-10, ao TGF-beta e ao IFN-beta, agentes que iniciam a fase II dos ensaios clínicos com perspectivas promissoras. Nos casos mais severos e resistentes à estratégia terapêutica está a ser desenvolvida a transplanta-

ção de medula óssea autógena e também a transplantação de células mesenquimatosas pluripotências autógenas, as "stem cells" (6, 7, 8, 9).

Mas, como se disse, apesar de uma coordenação eficaz da equipa multidisciplinar que trata estes doentes, a doença pode escapar ao controlo médico e provocar alterações articulares graves, com a presença de dor e rigidez, que requerem uma intervenção cirúrgica.

Neste trabalho apresenta-se o resultado do tratamento cirúrgico de uma anquilose da anca em posição viciosa e de uma rigidez do joelho homolateral dolorosas, resistentes a um conjunto de medidas conservadoras e medicamentosas, numa doente portadora de artrite idiopática juvenil poliarticular, seronegativa para os factores reumatóides IgM.

### Caso Clínico

Trata-se de uma doente com 17 anos de idade (AMOB, PU 19850500244) portadora de artrite idiopática juvenil poliarticular diagnosticada na puberdade. Ao exame clínico apresentava: uma anquilose da anca esquerda com uma atitude viciosa dolorosa em adução, rotação externa e com um flexo de 35°, devido a coxite no estágio radiológico Larsen IV; uma rigidez dolorosa em extensão no joelho homolateral de 20°, com um estágio de degradação radiológica Larsen III; dor de tipo inflamatório na anca contralateral, com coxite no estágio Larsen I (Fig. 1) Por mecanismo compensatório, instalou-se progressivamente uma hiperlordose lombar, uma bacia oblíqua e um equinismo do pé esquerdo. Apesar da terapêutica farmacológica (diclofenac, prednisolona, metotrexato, hidroxidoroquina e ácido fólico) e da instituição de um programa intenso de fisioterapia, durante 2 anos, as deformidades dolorosas da anca e do joelho evoluíram para o agravamento, a tal ponto que a marcha só era possível com o auxílio de canadianas. Torna-se importante realçar que houve necessidade de acompanhamento psiquiátrico para compensação de um quadro de depressão e também que estava em estu-

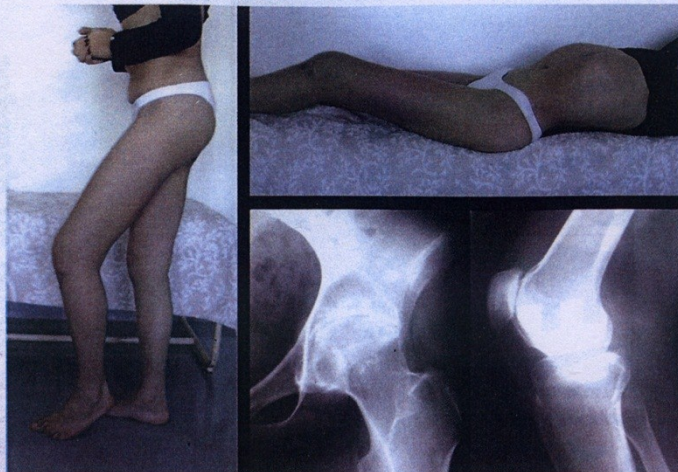


Fig. 1- Presença de uma anquilose da anca e flexo do joelho numa doente com artrite idiopática juvenil. Marcha em equino com apoio de canadianas. Imagens radiológicas das lesões da anca e joelho, estádios Larsen IV e Larsen III

do a implementação de uma terapêutica biológica com etanercept.

Procedeu-se, num primeiro tempo cirúrgico, à implantação de uma prótese total autobloqueante cimentada na anca esquerda com tenotomia da musculatura anterior (Fig. 2). A doente fez levante no dia seguinte, deambulou

com o auxílio de canadianas e teve alta da enfermaria aos cinco dias do pós-operatório. Num segundo tempo, decorridos 2 meses, realizou-se um desbridamento intra-articular do joelho por via artroscópica (Fig. 3).

Em ambos os procedimentos cirúrgicos cumpriu-se a profilaxia anti-infec-

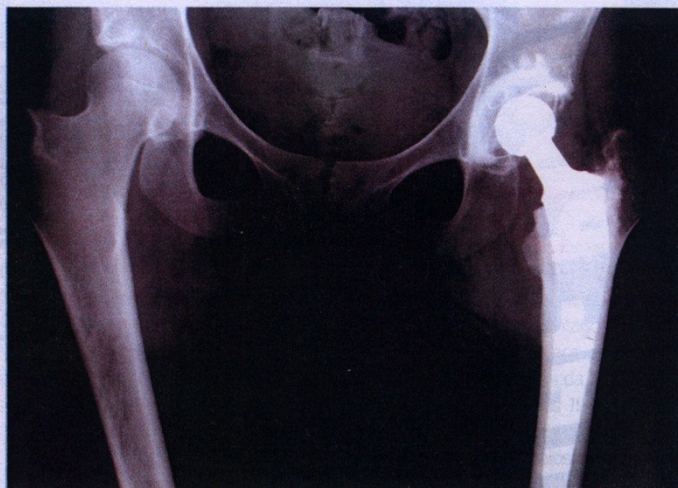


Fig. 2 -- Aspecto radiológico da prótese total cimentada da anca esquerda, aos 10 meses de evolução



Fig. 3 – Imagens per-operatórias do desbridamento intra-articular do joelho por via artroscópica, observando-se o restabelecimento da extensão do joelho

ciosa com antibiótico de largo espectro de acção durante 48 horas (cefixima) e também a profilaxia anti-trombótica com heparina de baixo peso molecular. Não se registaram complicações per e pós-operatórias. Após o desbridamento artroscópico do joelho, reiniciou-se o programa de fisioterapia.

Observada em regime de consulta externa a doente apresentou, 11 meses após primeira intervenção cirúrgica, uma anca e joelho esquerdos indolores com mobilidades próximas da normalidade, uma marcha plantígrada sem apoio externo (Fig. 4) e manifestou um elevado grau de satisfação face ao resultado dos procedimentos cirúrgicos.

#### Discussão e Conclusões

O resultado do tratamento da artrite idiopática juvenil está estreitamente dependente do trabalho de um equipa multidisciplinar que deve ser coordenada pelo reumatologista. A estratégia da terapêutica varia, naturalmente, de doente para doente e de acordo com a intensidade do processo inflamatório e a gravidade da doença. Quando indicada, a cirurgia

representa, apenas, uma das etapas do tratamento global e, se for efectuada em tempo útil, ocupa um lugar de primeiro plano no tratamento da doença com reconhecida eficácia no alívio da dor e na preservação/restabelecimento da função<sup>(10)</sup>. No percurso da cirurgia do membro inferior no tratamento das doenças reumáticas e antes do aparecimento das substituições protéticas das articulações destruídas, as osteotomias de realinhamento, os gestos cirúrgicos sobre as partes moles, as imobilizações dos membros por tracção e os gessos posturais, representavam as técnicas mais utilizadas, com resultados menos conseguidos<sup>(11,12)</sup>. As tenossinovectomias e sinovectomias articulares foram, por sua vez, igualmente propostas, particularmente a sinovectomia do joelho por via artroscópica, neste caso com resultados satisfatórios ao invés do que acontece com a anca. Com efeito, a sinovectomia da anca por via aberta está, actualmente, praticamente abandonada. As artrodeses da anca e joelho não encontram indicação no tratamento destas afecções, devido ao compro-



Fig. 4 – Aspecto clínico após as intervenções cirúrgicas: anca e joelho indolores com mobilidades próximas do normal. Marcha sem canadianas com apoio plantígrado

misso de múltiplas articulações. No caso clínico apresentado, a implantação de uma prótese total da anca representa a melhor solução para o tratamento da anquilose da anca esquerda, apesar da idade da doente<sup>(13,14)</sup>. A imaturidade esquelética não constitui contra-indicação para a substituição artroplástica, embora esta deva ser realizada, sempre que tal for possível, após o crescimento. O crescimento em altura dos membros inferiores depende em 70% do joelho enquanto que a anca participa em 0,8%<sup>(15)</sup>.

Todavia as próteses totais da anca, quer as cimentadas quer as não cimentadas e à semelhança do que acontece com todas as próteses articulares disponíveis actualmente para aplicação clínica em Ortopedia, não resistem à prova do tempo. A longo termo, assiste-se a uma falência mecânica da artroplastia, com desprendimento dos implantes do suporte ósseo, associado a lises ósseas que, em determinadas situações, obri-

ga a reconstruções anatómicas difíceis com enxertos ósseos alógenos ou mesmo à excisão da prótese, particularmente nos casos em que as próteses não foram substituídas em tempo útil<sup>(16,17)</sup>.

Em relação à rigidez do joelho homolateral, o desbridamento cirúrgico por via artroscópica associado a um programa de reabilitação funcional permitiu resolver a deformidade residual em flexão, após a artroplastia da anca. Concomitantemente, estes resultados permitiram um apoio plantígrado e a correção do equinismo em virtude do tornozelo homolateral apresentar uma conservação das mobilidades. No entanto, é de prever, a médio ou longo prazo, a colocação de uma prótese total do joelho em virtude do estado avançado de degradação articular Larsen III. Esta situação está naturalmente dependente da evolução da doença e do compromisso funcional daí resultante.

Como conclusões, importa dizer que, por um lado, só uma artroplastia da anca permite uma solução satisfatória e durável no tratamento da anquilose da anca reumatóide. Se não tivéssemos intervenido precocemente, é de supor que a persistência das alterações biomecânicas conduziriam a uma estruturalização fibrosa das articulações ainda mais grave, mormente a nível tendino-muscular que, por sua vez, poderia estar na origem de dificuldades operatórias acrescidas, obrigando ao recurso a gestos cirúrgicos complementares comprometendo, por isso, o resultado da intervenção cirúrgica. Por outro lado, o desbridamento do joelho permitiu alcançar um resultado funcional satisfatório, sendo no entanto de supor que, futuramente, a implantação de uma prótese total do joelho se torna inevitável. ●

<sup>1</sup> Assistente Hospitalar Graduado de Ortopedia; <sup>2</sup> Interno do Internato Complementar de Ortopedia; <sup>3</sup> Assistente Hospitalar de Ortopedia; <sup>4</sup> Assistente Hospitalar de Ortopedia

Serviço de Ortopedia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Unidade de Cirurgia Reumatológica (Director: Prof. Adrião Proença).

## Bibliografia

1. Queiroz MV. Reumatologia Pediátrica, II – Artrite Idiopática Infantil e Juvenil. Em Reumatologia Vol 4: 259-267, Coodenador Queiroz MV, Edições Lidel, 2002.
2. Chronic polyarthritis – classification, prevalence, and natural course. In Rheumatic diseases – surgical treatment - . A systematic literature review by SBU – the Swedish council on technology assessment in health care - . Acta Orthopaedica Scandinavica Supplementum nº 294 vol 71: 1-7, 2000.
3. Oen K. Long-term outcomes and predictors of outcomes for patients with juvenile idiopathic arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 16 (3): 347-360, 2002.
4. Prieur AM. Arthrites chroniques juvéniles. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris-France), Appareil locomoteur, 14-255-A-10, 14p, 1996.
5. Spencer CH, Bernstein BH. Hip disease in juvenile rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol 14(5): 536-541, 2002.
6. Chikanza IC. Juvenile rheumatoid arthritis: therapeutic perspectives. Paediatr Drugs 4 (5): 335-348, 2002.
7. Ilowite NT. Current treatment of juvenile rheumatoid arthritis. Pediatrics 109 (1): 109-115, 2002.
8. Lepore L, Kiren V. Autologous bone marrow transplantation versus alternative drugs in pediatric rheumatic diseases. Haematologica 85 (11 Suppl): 89-92, 2000.
9. Murray KJ, Lovell DJ. Advanced therapy for juvenile arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 16 (3): 361-378, 2002.
10. Monteiro J, Fernandes P. Cirurgia ortopédica das doenças reumáticas. In Reumatologia Vol 1: 473-483, Coodenador Queiroz MV, Edições Lidel, 2002.
11. Kerboull M. Les problemes poses par l'arthrite chronique juvenile au niveau des articulations des membres inferieurs. Journées de Chirurgie Orthopedique et Traumatologique, Hopital Bichat, Paris, 1992.
12. Kuntz F, Duparc J. Les arthroplasties totales de hanche et de genoux dans l'arthrite chronique juvenile. Journées de Chirurgie Orthopedique et Traumatologique, Hopital Bichat, Paris, 1992.
13. Rheumatic surgery—overview. Surgical treatment – general options. In Rheumatic diseases – surgical treatment - . A systematic literature review by SBU – the Swedish council on technology assessment in health care - . Acta Orthopaedica Scandinavica Suppl nº 294 vol 71: 8-14, 2000.
14. Rheumatic surgery—overview. The shoulder, the elbow, the wrist, the hand, the hip, the knee, the ankle and the foot. In Rheumatic diseases – surgical treatment - . A systematic literature review by SBU – the Swedish council on technology assessment in health care - . Acta Orthop Scand Suppl nº 294 vol 71: 21-88, 2000.
15. Cassidy JT, Martel W. Juvenile rheumatoid arthritis. Clinoradiologic correlations. Arthritis Rheumat: 20: 207-211, 1977.
16. Judas F. Contribuição para o estudo de enxertos ósseos granulados alógenos e de biomateriais. Tese de Doutoramento. Coimbra, 2002.
17. Proença A, Judas F, Cabral R, Canha N. Revisões de próteses da anca. Reconstrução das lises ósseas com enxertos alógenos. Coimbra, 1996.