Qual a melhor via de acesso para uma prótese de quadril?

Essa pergunta representa uma dúvida mesmo para os cirurgiões mais experientes. Independente de opinião e experiência pessoais, não existem evidências cientificas que possam demonstrar – de fato- superioridade de uma via sobre a outra.

Cada acesso tem vantagens e desvantagens inerentes a cada abordagem utilizada. Pode-se afirmar que não existe uma unanimidade ou consenso quanto a via de acesso ideal e cada caso poderá exigir uma abordagem diferente, dependendo das circunstâncias, da formação e do treinamento do cirurgião.

Embora algumas abordagens apresentem pequenas diferenças positivas na evolução pós-operatória das primeiras semanas, a análise de longo prazo mostra que estas tendem a desaparecer ao longo do tempo.
Portanto, as promessas de recuperação mais rápida ou resultados melhores com uma técnica ou outra precisam ser interpretadas com cautela, especialmente em tempos de uso intensivo e muito popularizado de redes sociais, nem sempre de forma adequada.

Didaticamente são mais utilizados o acesso posterior, o acesso lateral ou antero-lateral (Hardinge modificado) e o acesso anterior, todos com algumas variações. Podem ainda ser relacionadas algumas técnicas tidas como menos invasivas, mas utilizadas por um número restrito de cirurgiões e sem grande repercussão.

Recentemente, o **acesso anterior** tem ganho muitos adeptos e já observa-se variações quanto a incisão utilizada na busca de melhor cosmética. Os defensores deste acesso alegam que se preservam os músculos da região e que a recuperação é mais rápida. No entanto, lesões do nervo cutâneo lateral da coxa em números elevados segundo alguns estudos, uma exposição mais limitada e maior incidência de fraturas são associados a este acesso.

Tradicionalmente, o **acesso lateral ou antero-lateral** é classificado como o mais estável e com menor risco de luxações mas, pelo fato de seccionar a porção anterior do musculo glúteo médio, pode cursar com alguma claudicação por algumas semanas por fraqueza transitória do musculo, fato que estatisticamente não é significativo nos médio e longo prazos. No Brasil, estima-se que 35% dos casos são operados através deste acesso.

Recentemente, estudos mostram que na população idosa, a maioria já possui lesões dos músculos glúteos previamente à cirurgia e somente a via lateral ou antero-lateral proporciona uma oportunidade de retensionar ou inclusive reparar estas lesões e assim o que parecia uma desvantagem torna-se um ponto favorável. Ou seja, o

resultado funcional depende em parte da condição previa dos músculos abdutores e da qualidade de sua reparação ou reinserção.
Este fato pode inclusive explicar porque em acessos que não interferem com o glúteo médio, há casos em que a recuperação funcional é mais difícil, mais lenta e a claudicação persistir visto ser uma alteração que dificilmente se detecta pré-operatóriamente e pela via anterior ou posterior é impossível identificar e aborda-la.
.

Lesão degenerativa com rotura do glúteo médio em exame de ressonância magnética

O acesso posterior, provavelmente o mais prevalente em todo o mundo e adotado por 60% dos cirurgiões brasileiros, tem como inconveniente uma taxa mais elevada de luxações segundo vários estudos mas, por outro lado, possui uma menor incidência de claudicação no pós-operatório e oferece uma exposição articular ampla. A reparação da capsula posterior e dos músculos seccionados diminuiu a instabilidade articular neste acesso .

Em resumo, pode se dizer que o melhor acesso é sempre aquele que o cirurgião está mais familiarizado e que executa com mais segurança e precisão visto que todos tem prós e contras.

Fontes :
Sociedade Brasileira do Quadril
AAOS Clinical Practice Guidelines : Surgical Management of Osteoarthritis of the Hip