

## Relato de Caso – Ortopedia

# Artroplastia Primária de Revisão Após Sequela de Doença de Blount: Relato de Caso



Eduardo Alencar Filho<sup>1</sup>, Marcelo Passos<sup>1</sup>, Robson Rocha<sup>1</sup>,  
Marcus Frederico<sup>1</sup>, Daniel Araújo<sup>1</sup>, Rodrigo Daniel<sup>1</sup>

## RESUMO

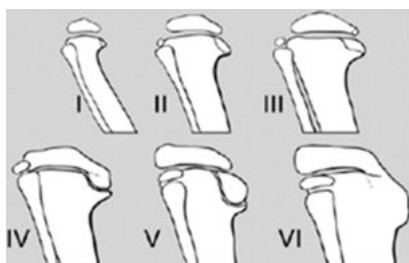
Os autores relatam um caso de doença de Blount bilateral em paciente adulto, após falha do tratamento cirúrgico realizado na infância, tendo como resultado uma deformidade multiplanar complexa e limitante, associada a um quadro de artrose.

## INTRODUÇÃO

A doença de Blount é caracterizada por um distúrbio do desenvolvimento da parte medial da fise proximal da tíbia, resultando em uma deformidade multiplanar do membro inferior. O alinhamento no plano frontal apresenta uma deformidade em varo, que se associa em graus variados com recurvato do joelho e rotação interna do membro. O envolvimento bilateral é comum.

Langenskold descreveu seis estádios radiográficos, com mudanças progressivas na metáfise e epífise proximal da tíbia. Com o avançar da idade e nos estágios mais avançados de Langeskold, alterações permanentes podem ocorrer na epífise proximal da tíbia.

Com a melhora dos métodos cirúrgicos na infância, sequelas com deformidade graves são bastante incomuns, mesmo nos grandes centros. As sequelas da doença de Blount, quando não adequadamente tratadas ou que evoluíram de forma desfavorável após o tratamento, podem resultar em graves deformidades nos membros inferiores associadas ao desenvolvimento de artrose com defeitos ósseos na tíbia.



Estadiamento de Langeskold

## RELATO DE CASO

Foi encaminhado no dia 17/05/2013 para o Ambulatório Silva Lima, do SUS do Hospital Santa Izabel, um paciente masculino, V.P.F., ex-pedreiro, 49 anos de idade, devido a uma deformidade progressiva em varo grave de ambos os joelhos, associada à dor crescente, limitando de forma considerável sua deambulação. Relatou que possui esta deformidade desde a infância e que, aos 15 anos, foi submetido a um procedimento cirúrgico em ambos os joelhos, para correção que não obteve o resultado esperado, tendo evoluído com varização progressiva dos joelhos.

Ao exame físico apresentava uma deformidade em varo bilateral assimétrico pior à direita, acentuado com aproximadamente 60°, que se acentuava com a deambulação por uma marcante flambagem de ambos os joelhos. A deformidade era irreduzível e se acentuava com o stress em varo a 0 e 30°. Seu arco de movimento era de 0 a 110° em ambos os joelhos, com dor em extremos de movimento. Apresentava ainda uma marcante atrofia muscular dos membros inferiores que estava associada com o desuso crescente dos membros inferiores.



Figura 1 - Raio X panorâmico dos membros inferiores

Trouxe radiografias de 30/01/2013 com acentuado genu-varo bilateral e consequente redução do compartimento medial do espaço articular fêmoro-tibial. Grampos de Blount projetados sobre a metáfise proximal da tíbia, bilateralmente. A radiografia panorâmica dos membros inferiores que esta apresentada na figura 1 e o Rx do joelho na figura 2. O ângulo metáfise-diáfise (Levin e Drennan) apresentava um valor de 45°.



Figura 2 - Raio X Ap e perfil do joelho

Devido ao quadro apresentado, foi indicado ao paciente uma artroplastia total do joelho direito (lado mais doloroso), com implante de prótese constrita, usualmente utilizada em casos de revisão de prótese, indicado nesse caso pela gravidade do defeito ósseo. No intraoperatório, os cortes do fêmur, com algumas adaptações, correu de forma habitual. E na tíbia, pelo tamanho do defeito ósseo medial, além de calços metálicos, foi utilizado enxerto ósseo autólogo na parte distal do enxerto e fixado com 02 parafusos de tração de pequenos fragmentos para complementar o preenchimento do defeito ósseo medial. Foi realizada a liberação medial extensa de tecidos moles para adequação de tensão dos tecidos ao balanceamento dos GAPS ósseos de flexão e extensão.

A prótese está apresentada na figura 03, já com 06 meses de evolução e com enxerto integrado à tíbia. O resultado final foi um joelho estável, com excelente alinhamento do membro inferior e um arco de movimento de 0 a 100° (figura 4).



Figura 3 - Raio X do pós-operatório



Figura 4 - Resultado do pós-operatório

### DISCUSSÃO

A doença de Blount gera um padrão de deformidade único, com um varo excessivo e aumento do solte da tíbia com defeito ósseo posterior. Em crianças com esqueleto em crescimento, procedimentos como hemiepifisiodeses são utilizados de forma sistemática. Já no adulto, esta não é mais uma opção. Com o desenvolvimento de artrose, a opção cirúrgica mais indicada seria a artroplastia total do joelho. O grau acentuado de varo no joelho leva a uma excessiva frouxidão dos estabilizadores laterais do joelho e um encurtamento das estruturas mediais. Durante a cirurgia foi necessário um descolamento maciço dos contedores mediais, no sentido de diminuir a diferença de espaço entre os compartimentos medial e lateral. Mesmo assim é necessário aumentar o grau de constrição da prótese para evitar instabilidade articular.

O defeito ósseo apresentado na tíbia foi classificado como um defeito não contido, que, para ser corrigido, necessitou, além dos calços metálicos, a colocação de

enxerto ósseo autólogo, retirado dos cortes ósseos realizados previamente no fêmur. Em situações de grave perda óssea, ou deformidades extensas associadas à destruição articular, a literatura nos apresenta algumas possibilidades de tratamento que, em geral, exigem a utilização de recursos de alta tecnologia, tais como: uso de banco de tecidos associado a próteses especiais que constam de componentes para substituição óssea e componentes estabilizadores. Natoli RM et al., em uma revisão do tema, apresentou uma série de cinco casos operados com deformidades semelhantes. Em sua série dois casos revisaram nos primeiros dois anos para próteses em dobradiça mais constritas que a utilizada no caso apresentado.

Em nosso meio, em especial nos pacientes da rede pública, encontramos grande dificuldade para tratar tais casos, por não contarmos com tecidos provenientes de Banco e também por não contarmos com próteses mais avançadas, as que são geralmente de fabricação estrangeira e, portanto, de alto custo.

Para o tratamento utilizamos um recurso muito utilizado tanto na cirurgia de reconstrução articular quanto no trauma: o Planejamento Pré-operatório, no qual, de posse dos exames de imagem, são antevistos todos os desafios e estratégias para tratar de forma eficaz os problemas. No caso, os desafios eram a extrema deformidade e a instabilidade articular, associadas às perdas ósseas.

Desta forma, partindo do que estava disponível, o planejamento realizado nos conduziu para uma combinação de técnicas utilizadas em ortopedia e na cirurgia do trauma, para correção dos defeitos acentuados, além dos implantes de revisão, utilizamos técnica transplante autólogo de tecido ósseo. Para a instabilidade e a deformação articular foi planejada a utilização de um material de revisão constrito, que permitiria tanto a correção da deformação quanto a obtenção de estabilidade articular.

Outro desafio encontrado foi a bilateralidade, com procedimentos estagiados com uma perna com alinhamento correto e outra com deformidade extrema, dificultando a deambulação. No momento, o paciente aguarda autorizar para realizar a artroplastia do lado contralateral.

### CONCLUSÃO

Apesar da dificuldade técnica, é possível obter um resultado bastante satisfatório com a artroplastia total do joelho em pacientes com deformidades graves, secundárias à doença de Blount.

### REFERÊNCIAS

1. Sabharwal S. Blount disease. J Bone Joint Surg Am. 2009;91:1758-76.
2. Blount WP. Tibia vara. Osteochondrosis deformans tibiae. J Bone Joint Surg. 1937;19:1-29
3. Hofmann A, Jones RE, Herring JA. Blount's disease after skeletal maturity. J Bone Joint Surg Am. 1982;64:1004-9.
4. Zayer M. Osteoarthritis following Blount's disease. Int Orthop. 1980;4:63-6
5. Natoli RM1, Nypaver CM1, Schiff AP1, Hopkinson WJ1, Rees HW1. Total Knee Arthroplasty in Patients with Blount Disease or Blount-Like Deformity. J Arthroplasty. 2016 Jan;31(1):124-7.

1- Serviço de Ortopedia do Hospital Santa Izabel

Endereço para correspondência:  
eduardoalencar1978@gmail.com