

Manual de Artroscopia do Quadril



Giancarlo
Polesello

ORTOPEDIA ESPECIALIZADA EM QUADRIL

Prof. Dr. Giancarlo Polesello
Ft. Dra. Adriana de Bortoli

Introdução

A maioria de nós, em algum momento da vida necessitará de algum cuidado médico. Com o avanço da tecnologia e do conhecimento, a vida estendeu-se bastante desde o último século. Com isso, o número de lesões que antes nem chegavam a incomodar também cresceu.

Bom saber que também cresceram as possibilidades de que se pode, mesmo sofrendo alguma lesão ao longo da vida, recuperar-se plenamente a ponto de retornar às atividades do dia-a-dia, sem dores.

Saber detalhadamente sobre a afecção do seu quadril, o procedimento necessário e também sobre passar algum tempo em reabilitação é parte importante para que isto ocorra da maneira mais natural e descontraída possível.

Além disso, ter apoio adequado e suporte de um time de especialistas é reconfortante. Se a operação foi indicada para o seu quadril, você deve saber que temos confiança no seu grande potencial de sucesso.

Juntos, vamos passar por algumas fases que o levarão à melhora funcional e grande possibilidade de retorno às atividades em níveis semelhantes ao período anterior à lesão. Para isso trabalharemos juntos.

Trabalhar junto significa nós e você. A propósito, você é a parte crucial para o bom resultado, já que sua participação ativa é fundamental para o sucesso, comprometendo-se a realizar as atividades prescritas, mesmo que isso lhe tome tempo, exija esforço e algum sacrifício, principalmente nos primeiros 3 meses.

A Anatomia do Quadril

É importante a compreensão da anatomia do quadril para que você possa familiarizar-se com a nomenclatura médica das diferentes estruturas e assim entender melhor, tanto as explicações recebidas até a leitura dos “laudos” médicos. Particularmente não recomendo que isso seja feito por um bom motivo:

Como tratam-se de afecções descritas há não muito tempo, a

imagem é somente um dos inúmeros elementos que utilizamos para estabelecer um diagnóstico e assim uma eventual indicação cirúrgica. Outros elementos muito mais importantes do que as imagens são a história clínica e a cronologia dos acontecimentos, assim como a forma do aparecimento dos sintomas, além do exame físico dirigido especificamente ao quadril.

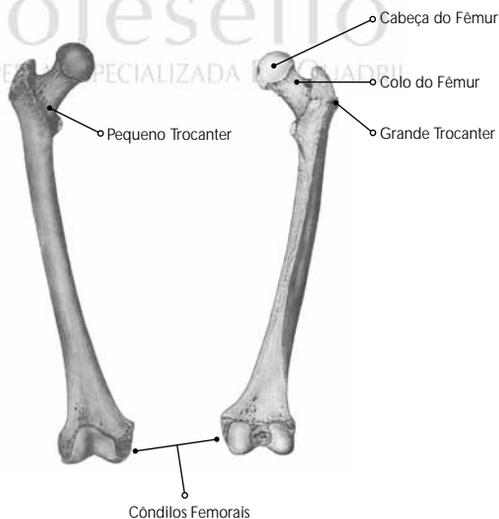
A história clínica, o exame físico e as imagens em conjunto devem convencer o especialista de que há necessidade do procedimento. Para reforçar a importância disso, recentemente foi realizado um estudo em que dois diferentes radiologistas foram chamados a localizar lesões do lábio acetabular em imagens de ressonância magnética de voluntários sadios. Acharam 80% de imagens com lesão! Sem maiores comentários da importância da associação dessas fontes de dados e sua interpretação por um especialista para que a conduta não seja equivocada.

Costumo exemplificar que no dia da operação, na sala cirúrgica não estará um exame, nem um pedaço de papel com um laudo sobre a mesa de operação, mas sim um paciente. E isso faz toda a diferença.

O Fêmur

O fêmur é o mais longo e o mais forte osso do corpo humano, constituindo mais de $\frac{1}{4}$ da altura do indivíduo. O motivo disso é a necessidade da biomecânica adequada para a marcha e a sua força para agüentar a contração muscular fortíssima, além do peso corporal. Apresenta um corpo e duas extremidades expandidas: a

extremidade perto do quadril possui uma cabeça, um colo (sinônimo de pescoço; lembrar da palavra colar, como a jóia que adorna o pescoço) e um grande e um pequeno trocanter. Essas formas anatômicas servem



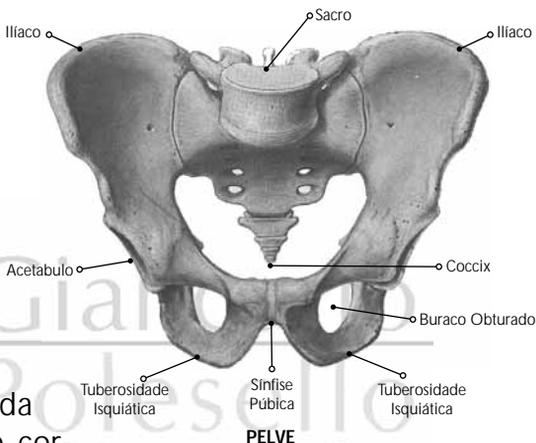
para a inserção e origem de diversos tendões.

Na outra extremidade, perto do joelho, o fêmur alarga-se e dá contorno ao joelho, os chamados côndilos femorais.

A Pelve

A pelve compreende os dois ossos do quadril, ou ilíacos e o sacro junto com o coccix.

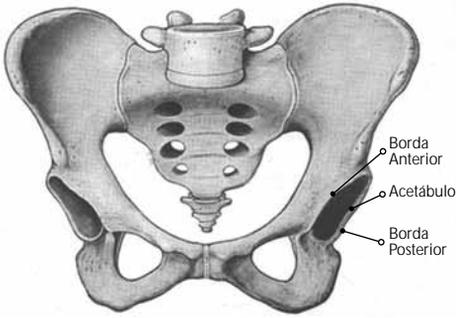
O sacro articula-se de cada lado com os ilíacos, enquanto os ilíacos unem-se anteriormente pela sínfise púbica. Existe muito pouco movimento entre os ossos ilíacos e o sacro. A pelve comporta-se como uma unidade em todos os movimentos do corpo, relacionados aos movimentos da coluna vertebral. O peso do corpo é transmitido aos membros inferiores através da pelve ou seja, grandes forças atuam de diversas formas e sentidos na pelve. Não é de se estranhar que essa região seja alvo constante de dores de todas as naturezas.



Quando sentados, o peso do corpo é transmitido às tuberosidades isquiáticas, enquanto que na posição ereta o peso é transmitido da pelve para os membros inferiores.

O osso ilíaco tem uma parte superior alargada e uma porção inferior com uma grande abertura, o buraco obturado. Na face externa desse osso e acima desse buraco, há uma cavidade em forma de taça, o acetábulo. Antigas taças para colocar vinagre (acetos) da época dos romanos com o mesmo formato do acetábulo deram origem ao nome.

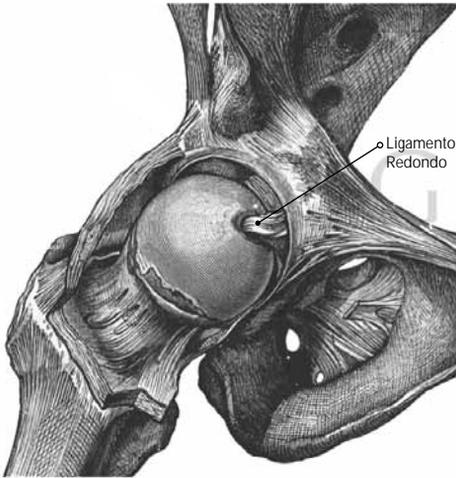
Existem diferenças mecânicas entre a pelve masculina e feminina. A pelve feminina é mais larga para que permita passar o bebê ao nascer.



Pelve Feminina

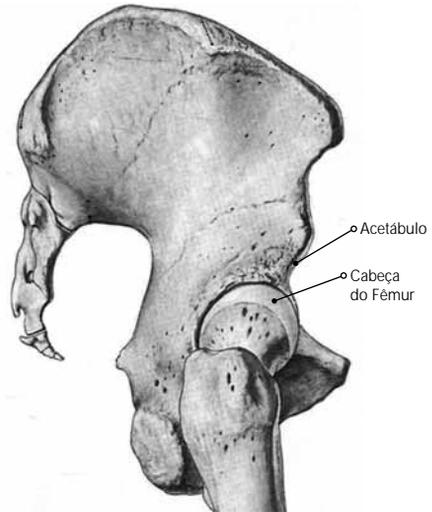


Pelve Masculina



Ligamento da cabeça do Fêmur

O acetábulo tem 2 bordas, anterior e posterior e sua porção interna apresenta uma fenda, onde insere-se o ligamento redondo, também chamado ligamento da cabeça do fêmur.

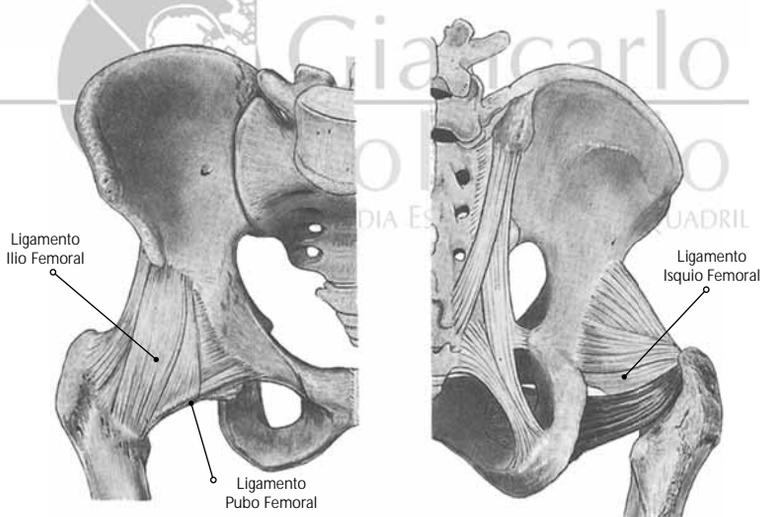


Articulação do Quadril

Os Ligamentos que estabilizam a articulação do quadril

Sem os ligamentos, os ossos não teriam estabilidade suficiente para cumprir a sua função, de promover amplo movimento sem que um osso se desloque em relação ao outro. Imagine, numa articulação como o quadril, quão fortes têm que ser estes ligamentos para suportar as forças que tendem a deslocar a articulação do quadril. O conjunto dos ligamentos que fecham a articulação chamam-se cápsula articular. Por dentro da cápsula e em contato com a articulação, há uma camada de células, que produzem um líquido que lubrifica a articulação, chamado líquido sinovial. Esse líquido fornece nutrientes para a cartilagem, pois dentro da articulação não há sangue para cumprir esta tarefa.

Os principais ligamentos da cápsula da articulação do quadril são chamados ilio-femoral, isquio-femoral e pubo-femoral.



Ligamentos do Quadril

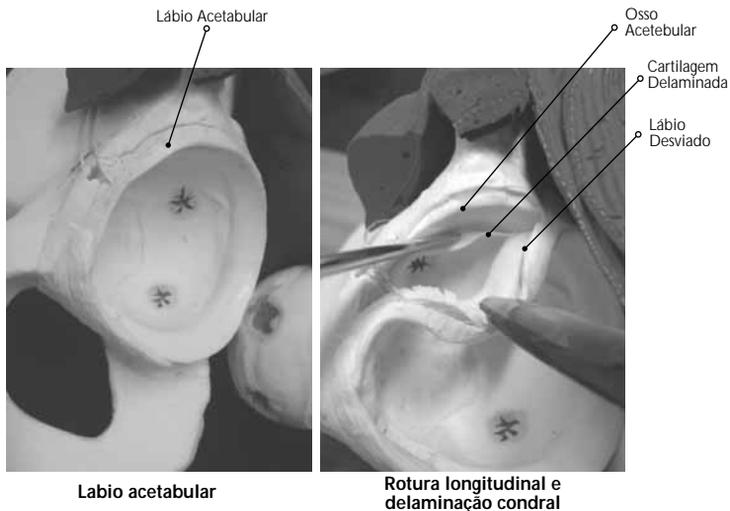
O lábio acetabular

A palavra lábio acetabular vem de *labrum*, que em latim significa lábio. Chama-se lábio porque fecha a entrada; fecha a boca acetabular com o objetivo de ajudar na estabilidade articular do quadril por promover vácuo entre os ossos e também aumentar a superfície de contato entre a cabeça femoral e o acetábulo (em cerca de 22%), com isso aliviando as pressões de carga entre esses dois ossos.

O Impacto Fêmoro-acetabular (IFA)

O principal motivo de indicar-se uma artroscopia do quadril nos dias de hoje é o IFA.

Para ter chegado até aqui na sua leitura, você já deve ter ouvido do seu médico sobre essa afecção. Tanto o tipo Pincer quanto o tipo CAM, apesar de algumas diferenças clínicas entre eles, causam o mesmo tipo de conflito: o choque anormal do fêmur contra a borda do acetábulo, conforme pode-se notar na parte de anatomia deste manual. No meio desse conflito ósseo existem partes moles que sofrem as conseqüências, rompendo-se. Lembrando que a articulação do quadril está num sistema fechado e irrigado por líquido sinovial é até compreensível que a cicatrização de eventuais lesões seja mais difícil, senão impossível. Mais que isso, o líquido sinovial deve circular pela articulação quando o quadril se movimenta, afinal ele é um lubrificante. Sem contar a falta de irrigação sanguínea, é mais um fator de diminuição do potencial de cicatrização nesse ambiente. Uma lesão no lábio acetabular, que geralmente ocorre de forma longitudinal, provoca circulação inadequada do líquido, agora através da lesão e não contornando-o, provocando um efeito valvular. O líquido passa pela lesão e não retorna pelo mesmo caminho. Tudo isto previne sua cicatrização e inicia um ciclo hidrodinâmico, muitas vezes provocando o aparecimento de cistos ósseos ao redor do complexo osso-lábio-cartilagem, num mecanismo que por vezes é silencioso em termos de sintomas, mas destrutivo para a articulação do quadril.



Muitas vezes nos perguntam porquê, se a doença é crônica e provavelmente sempre tiveram esse conflito ósseo, não sentiam dor no passado. A resposta a essa questão é que, até ocorrer ruptura do láblio acetabular, (geralmente isso acontece na transição condro-labial ou seja, entre a cartilagem e o láblio acetabular; *chondros* em latim significa cartilagem) ou seja, entre estruturas de densidades diferentes, pois a cartilagem é bem mais fraca que o láblio, que por sua vez é bem mais fraco que o osso não há dor.

Entretanto, quando acontece a ruptura, geralmente a parte mais fraca, a cartilagem, inicia um processo de delaminação do osso que não acaba mais, como um carpete descolando do chão.

Como o impacto ósseo é bem mais precoce que a dor, não é incomum o médico ouvir dos pacientes queixas de desconforto ao sentar e levantar, ao vestir-se e amarrar sapatos, ao girar na cama ou ao mudar de direção, de que sempre teve os músculos “encurtados”, que nunca conseguiam fazer ou acompanhar os alongamentos dos colegas de escola e outras queixas não relacionadas à dor, porém importantes para o diagnóstico do IFA.

Tudo o que foi escrito acima parece agora óbvio. Porém, desde a década de 50, observam-se nos trabalhos científicos publicados, que as artroses (desgastes) do quadril são divididas em causas primárias e secundárias. As primárias são assim chamadas porque ninguém sabe

(ou sabia) o que causa o desgaste articular. As secundárias são decorrentes de doenças conhecidas, como uma doença articular inflamatória que lesou a cartilagem articular ou seqüela de traumatismo no quadril, entre outras. O ponto comum dessas doenças é que a lesão (delaminação) da cartilagem articular inicia e progride, acontecendo então o desgaste articular total.

O IFA provavelmente é a causa de muitas artroses “primárias”, já que as alterações nos exames de imagem são sutis até ao exame físico ou seja, muitas artroses de causa “desconhecida”. Sendo assim, temos a chance de mudar a história natural do ciclo impacto-lesão mais impacto-mais-lesão articular quando atuamos nesses quadris, procurando alterar este ciclo vicioso. O que se espera com o tratamento é que consigamos realmente alterar a história natural da artrose ou seja, terminando em desgaste articular total num quadril afetado pelo impacto.

O que já se sabe é que para tratar a dor e melhorar a função desses quadris, as técnicas atuais são comprovadamente eficientes. Se vamos conseguir alterar a história natural da artrose, isso requer mais tempo de seguimento dos casos que já estão sendo operados. Em teoria sim, conseguiremos mudar a história natural e isso é o que nos motiva.

Com relação à evolução do tratamento do IFA, quando não se sabia que as lesões do lábio acetabular eram causadas pelo impacto ósseo, somente cerca de 20% dos pacientes melhoravam após a intervenção isolada no lábio. Temos alguns exemplos conhecidos desse tipo de tratamento isolado do lábio acetabular em atletas profissionais que não melhoraram a contento e até tiveram que encerrar a carreira, há alguns anos atrás. Depois, passou-se a identificar as sutis alterações ósseas causando as lesões de partes moles dentro da articulação. Quando passou-se a tratar tanto o lábio acetabular quanto as alterações do formato do osso ao redor esse resultado inverteu, para cerca de 80% de bons resultados.

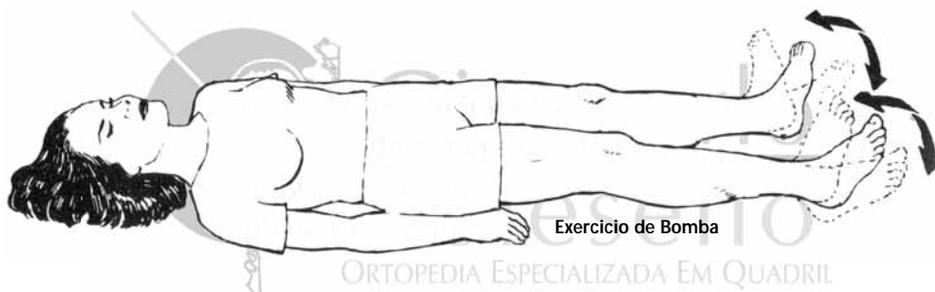
Depois de mais algum tempo, naturalmente ocorreu a preocupação em não mais remover o lábio doente e sim repará-lo, já que se sabe que o lábio tem funções importantes e deve ser preservado o quanto possível.

Preservá-lo tanto quanto possível é o ideal, mas nem sempre se consegue, dado o estado degenerativo do lábio acetabular pelas pancadas

sofridas continuamente, o que acontece num número apreciável de casos. O principal objetivo é melhorar a anatomia óssea alterada, tanto no lado femoral quanto no lado acetabular. Reparar a lesão do lábio acetabular melhorou ainda mais os resultados da operação, tanto quando realizada de forma aberta quanto de forma artroscópica.

Quando internado no hospital

Logo após a operação você irá para a sala de recuperação pós-anestésica, onde passará algum tempo até acordar bem da anestesia. Um membro da equipe ortopédica quase sempre fica por perto para ensiná-lo os primeiros exercícios que já podem e devem ser realizados.



- Exercício de bomba: consiste em empurrar o joelho para baixo com a perna esticada e ao mesmo tempo movimentar o pé para cima com toda a força que se possa, com a perna parada em ciclos de 6 segundos. O objetivo desse exercício é a contração muscular. Porquê desse exercício? Primeiro, para estimular que o sangue flua pelas veias dos membros inferiores e evitemos problemas, como a trombose venosa profunda (TVP). Não somente durante ou após cirurgias pode acontecer a TVP. Para evitá-la nos vôos internacionais, onde ficamos muito tempo sentados numa mesma posição é que frequentemente observamos, durante viagens aéreas mais longas, orientações nos manuais do avião para movimentarmos-nos.



Orientação no avião

Se você toma anti-concepcionais ou fuma o risco de TVP é maior. Comunique isso à equipe.

Segundo, para “despertar” o músculo da coxa, que tende a ficar inibido após procedimentos cirúrgicos. Esse exercício pode ser realizado na cama do hospital, nas posições sentado ou deitado.

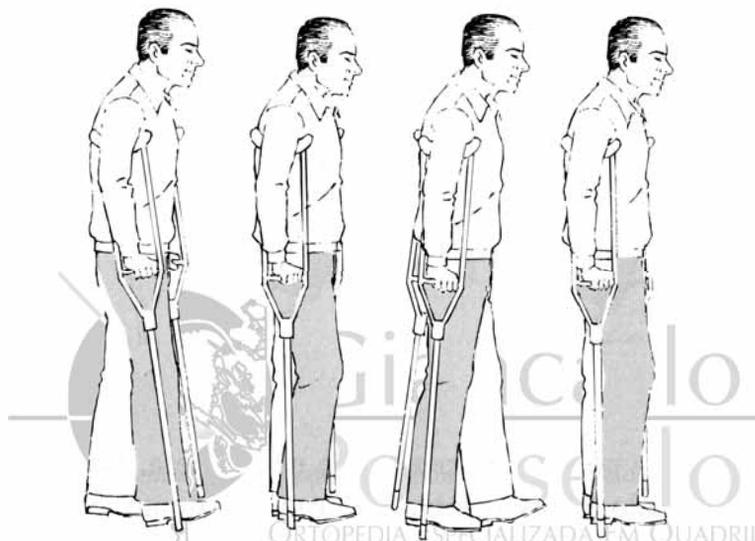
- Exercício de dobrar e esticar a perna: iniciar assim que consiga. Consiste em flexionar e estender o joelho continuamente enquanto o pé desliza na cama. Esses movimentos nunca deverão ser realizados sem o contato do pé na cama e nunca na posição sentada.



Flexo extensão

- Exercício respiratório: puxar bem o ar pelo nariz até sentir o peito insuflar e soltar pela boca esvaziando o peito. Tussa forte, assim você poderá expelir as secreções que porventura possam ter acumulado durante a anestesia.

- Caminhar com 2 muletas e subir e descer escadas: você será orientado como fazer para caminhar com 2 muletas aplicando carga parcial ao solo e também a subir e descer escadas. O esquema de como fazer isso está no desenho abaixo e no site: www.oquadril.com.br. Caso não entenda algo, não há problema. Nossa equipe o ensinará tudo.



Note que o membro operado (cinza) sempre está acompanhado pelas duas muletas (preto).



Cuidados com as incisões

No mesmo dia da operação ou durante o primeiro dia o curativo vai ser trocado, pois com frequência está molhado de líquido, o mesmo utilizado durante a operação para poder visibilizar o interior da articulação. Por isso, é comum que o curativo fique molhado e não raramente continue molhado após a primeira troca. A propósito, é bom comentar, mesmo não tendo nada a ver com as incisões, que pelo líquido utilizado na operação você urine com uma frequência maior nos primeiros 2 a 3 dias.

Enquanto houver saída de algum líquido pelo orifício cirúrgico é recomendável que fique fechado com curativos. Depois disso, pode-se deixar sem curativo e lavar o local com água e sabão.

Animais domésticos no colo devem ser evitados nas primeiras 4 semanas. A remoção das suturas da pele deve ser feita entre o 11º e o 14º dia do período pós-operatório.

Medicações para o período pós-operatório imediato e até 4 semanas

Atenção: Se você tiver alguma alergia, deverá avisar nossa equipe sobre quais são e a qual tipo de medicação.

Segue uma lista das medicações que provavelmente necessitará e o porquê do seu uso:

Voltaren 50 mg. Nome genérico: Diclofenaco sódico 50mg.

Usar 1 comprimido via oral a cada 12 horas durante 3 semanas contínuas. O Voltaren nesse caso não é administrado com o intuito de reduzir a dor e deve ser tomado sem interrupções. A função anti-inflamatória e analgésica é somente uma das funções de um remédio anti-inflamatório. Outra função importante é diminuir a incidência de ossificação heterotópica no local da operação. Ossificação heterotópica é quando o osso removido numa osteoplastia (nome médico para a remodelação do contorno do fêmur ou do acetábulo) não é removido completamente do sítio cirúrgico, ficando aderido nas partes moles ao redor, posteriormente ossificando-se. Quando uma ossificação acontece em outro lugar onde não deveria estar, dá-se o nome de ossificação heterotópica.

Tylenol 750 mg. Nome genérico: Paracetamol 750 mg.

Usar 1 comprimido via oral até cada 8 horas, somente se necessário. O Tylenol é um analgésico potente e capaz de aliviar as dores, principalmente após os exercícios que são necessários para sua recuperação durante o período pós-operatório.

Plamet 10 mg. Nome genérico: Bromoprida 10mg

Usar 1 comprimido até cada 6 horas se tiver náuseas ou vômitos.

Náuseas podem acontecer no período pós-operatório inicial, por conta da anestesia e das múltiplas medicações utilizadas. Sendo assim, pode ser necessário o uso desse medicamento.

Vonau Flash 8 mg. Nome químico: Ondansetrona

Um medicamento extremamente eficiente contra náuseas ou vômitos no período pós-operatório, deve ser diluído debaixo da língua uma ou 2 vezes ao dia ou conforme a necessidade.

Pantozol 40 mg. Nome genérico: Pantoprazol 40 mg.

Usar 1 comprimido via oral por dia, tomando-o em jejum, 30 minutos antes do café da manhã e durante 28 dias. O objetivo do uso desse medicamento é evitar complicações gastro-intestinais, como úlcera e esofagite devido ao uso continuado de anti-inflamatórios.

Medicações para obstipação intestinal

É comum haver obstipação pós-operatória devido aos medicamentos utilizados e à anestesia. Por isso, é recomendável que no período pós-operatório inicial tomem-se algumas precauções para evitar ao máximo a obstipação intestinal. Importante beber água ou água de coco/bebida isotônica em grandes quantidades, além de se evitar bebidas "diet" e refrigerantes. Adicionar à dieta vegetais, grãos e fibras pode ajudar bastante. Utilizar durante um tempo Metamucil durante as refeições ou 1 comprimido de Tamarine também pode ser bastante útil. Para obstipação mais acentuada, utilizar Lactulona, 1 colher de sopa até a cada 8 horas.

Complementos alimentares sugeridos

Tomar ou não complementos alimentares com o objetivo de melhorar a qualidade da sua cartilagem vai depender do que foi observado na sua artroscopia. Alguns dos complementos citados podem ser úteis, mas a adaptação de cada organismo aos complementos depende de cada um, podendo haver diferentes respostas.

- Glucosamina e Condroitina: No Brasil o mais comum é o Condroflex sachet, onde deve-se tomar 1 sachet ao dia. Como essa medicação é de uso crônico, deve-se tomar inicialmente durante um período de 6 meses continuamente e depois reavaliar a necessidade ou não de continuar utilizando. Outra formulação que envolve Glucosamina e Condroitina existe nos Estados Unidos (www.nutramaxlabs.com) e chama-se Cosamin. Existem 2 tipos de Cosamin; o Cosamin-ASU e o Cosamin-DS. Um ou outro pode ser prescrito conforme a necessidade e a dose será adaptada a cada caso, normalmente iniciando-se com uma dose mais alta e ajustando-se para menor com o decorrer do tempo de utilização.

- Ácidos graxos Omega-3: comprovadamente os ácidos graxos Omega-3 são úteis em proteger as articulações e melhorar a dor, mas seu uso também deve ser prolongado. A única coisa que deve certificar-se antes de adquirir cápsulas de Omega-3 é que seja o puro Omega-3 de cadeia longa, sem a presença de Omega-6 na fórmula. Dose recomendada: 3 cápsulas ao dia. Uma marca de Omega-3 conhecida chama-se "Mega-Red".

- Óleo de abacate: há no Brasil uma formulação que pode ser útil pelos efeitos anti-inflamatórios do óleo de abacate. O óleo deve ser tomado 3 vezes ao dia nos primeiros 3 meses, 1 colher de sopa. www.avocadobr.com.br

Existem outros complementos que podem ser discutidos e recomendados caso a caso.

A sua reabilitação

A fisioterapia é uma parte fundamental no processo de recuperação após uma intervenção no quadril. Desenvolvemos um protocolo que o levará a uma recuperação bem sucedida.

A única coisa que não poderemos fazer são os movimentos e o

esforço físico para você. Por isso, apesar de já termos conhecimento dos benefícios do protocolo pré e pós-operatório para a maioria de nossos pacientes, sem seus próprios músculos, movimentos, tempo e boa vontade não chegaremos longe.

Para monitorar o ganho de sua força física e equilíbrio muscular, tanto no pré quanto no pós-operatório utilizaremos aparelhos para medir sua força e assim poder comparar sua evolução e corrigir eventuais desequilíbrios. Isso chama-se dinamometria.

O protocolo básico da reabilitação será explicado em fases, que o farão chegar ao terceiro mês do período pós-operatório já querendo preparar-se para retornar às atividades físicas mais intensas. Deve-se lembrar que, quanto mais “atletizado” você estiver por ocasião da cirurgia, mais rápida será sua recuperação. Não raramente observamos pacientes que nunca fizeram nenhum tipo de atividade física e que demoram bem mais de um ano no período pós-operatório para atingir o mesmo resultado que um atleta leva apenas algumas semanas.

Por outro lado, simplesmente sair por aí “atletizando-se”, sem orientação adequada de um profissional que tenha experiência com pacientes que têm lesões no quadril, não raramente provoca aparecimento de novas lesões ou piora dos sintomas que já existiam, podendo ainda ocorrer lesões sobre as estruturas operadas e recém reparadas. Por isso, procure saber mais informações sobre quem vai ajudá-lo no período pré e pós-operatório.

Caso o profissional não tenha o perfil que necessita também há solução, mesmo que não a ideal. Nossa equipe pode ajudar a esclarecer as principais dúvidas. Nesse manual você encontrará o protocolo básico que vai guiá-lo.

FASE 1- do pós-operatório imediato até 6 semanas

-Bicicleta estacionária assim que se obtiver alta hospitalar: chegar a 2 horas por dia já na primeira semana, em vários períodos do dia. Não há necessidade de ser contínua, nem veloz, nem com carga, com movimento de 0 a 90 graus. Sugestão: 3 períodos de 40 minutos ao dia.



Bicicleta Ergométrica

O importante é o movimento contínuo e o objetivo é chegar rapidamente a 3 séries de 40 minutos ao dia.

- Gelo na forma de cubos colocados em uma bolsa própria para isso, associado a compressão. De preferência realizada com uma faixa de velcro e com uma quantidade de gelo capaz de cobrir a área operada. Realizar por 20 minutos a cada 2 horas até a segunda ou terceira semana do período pós-operatório. É importante providenciar uma bolsa de gelo que se adapte ao quadril assim como faixa elástica específica para compressão do gelo no local.



-Muleta carga parcial 15-20 Kg. Pisar numa balança pode ajudá-lo a saber o quanto representa esse peso ao tocar o solo. Você também vai aprender isto com a nossa equipe.

-Massagem profunda na região operada, deitado com o lado operado para cima e com travesseiro entre as pernas.



Massagem Profunda

- Circundução com o quadril flexionado 45 graus: sentido horário e sentido anti-horário, por 5 minutos, uma a duas vezes ao dia.

ATENÇÃO: essa movimentação é totalmente passiva, ou seja: alguém deverá fazer para você!



Circundução

- Exercício de abrir a fechar a perna com os joelhos esticados, 20 repetições. ATENÇÃO: essa movimentação é totalmente passiva, ou seja: alguém deverá fazer para você!



Adução e abdução

- Exercício de dobrar e esticar a perna:20 repetições.ATENÇÃO: essa movimentação é totalmente passiva, ou seja: alguém deverá fazer para você!



Flexo Extensão Passiva



Gato

- Gato: Alongamento da cápsula posterior
- Contração isométrica de quadríceps
- Contração isométrica de adutores e abdutores
- Exercício de contração abdominal

- Ponte

- Deitar de barriga para baixo a partir da segunda semana para alongar a coxa e virilha.

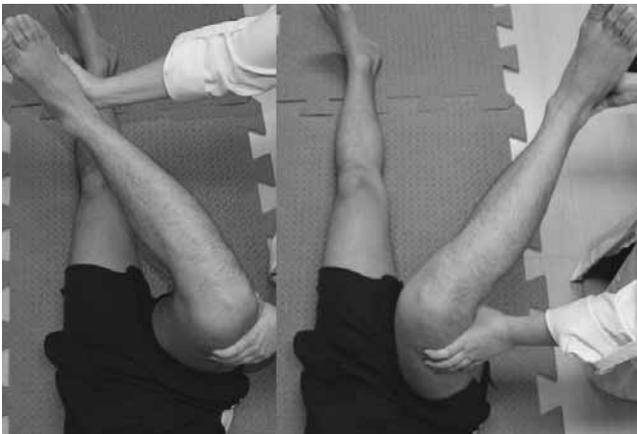
-Alongamento anterior: ílio-psoas, cápsula anterior, reto femoral e parte anterior da coxa, MUITO suave e a partir do 15º dia. Nessa fase até o 21º dia, evitar deixar a perna rodar externamente quando estiver deitado. Melhor ficar mais sentado ou deitar de lado. Como deitar sobre o lado operado geralmente provoca dor, é recomendável deitar sobre o lado oposto, com travesseiro entre as pernas.

- Liberação manual da Banda ílio-tibial.



Banda ílio tibial

Exercícios F-RI-RE: de flexão-rotação interna-rotação externa. 3 séries de 10 repetições. Este exercício deve ser precedido de relaxamento e concentração, que lhe será ensinado. A ajuda de um amigo ou familiar é fundamental para a sua execução.



F-RI-RE

Dormir de barriga para cima evitando rotação externa enquanto o quadril está em extensão nas primeiras 3 semanas.



Note o travesseiro ao lado do joelho

Ou de lado. Nesse caso é recomendável utilizar um travesseiro entre as pernas.



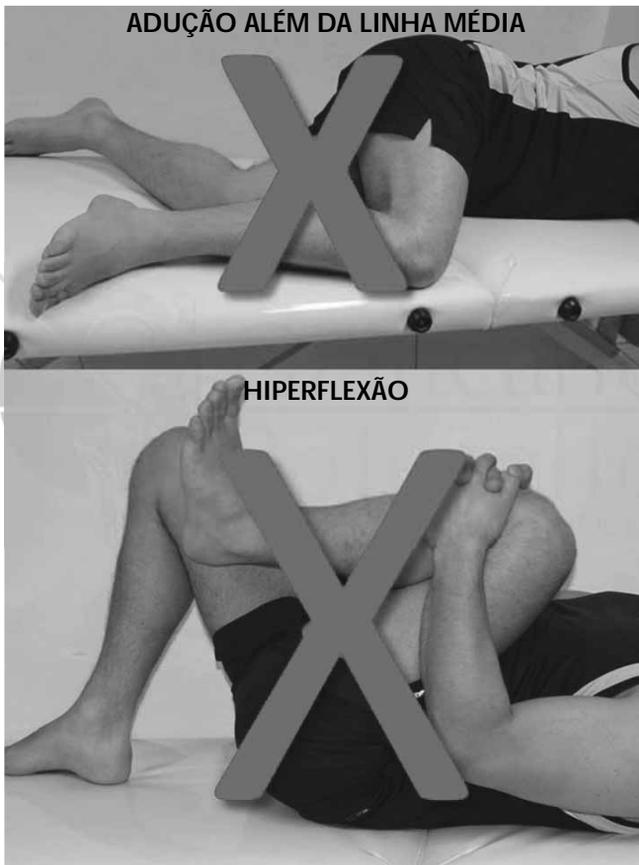
Posição de conforto

- Core Training

Proibida flexão acima de 90° e adução além da linha média em todas essas fases. Proibido "Leg Press! na academia.

Proibido SLR.

Atenção: exercícios de Pilates contém muitos movimentos SLR. Não faça



Hiperflexão e adução além da linha média

Apesar de poucas proibições, todas estas movimentações são muito importantes para evitarmos a formação de aderências internas no quadril operado, como uma cicatriz articular indesejada, principal causa de dor persistente durante o período pós-operatório e um motivo para re-operações.

FASE 2: 6 a 8 semanas

-Muleta carga 15-20 Kg. Na 6ª semana (início) tirar a muleta do mesmo lado operado.

-Ganho de massa muscular e força, progressivamente. “Core Training” progressivo. Ressaltamos que devem ser evitados todos os exercícios que provoquem ou perpetuem dores no quadril operado.

-Alongamento anterior e ilio-psoas mais vigoroso. Alongamento do reto anterior da coxa.

-Vencer a APREENSÃO



Alongamento do Reto Anterior da Coxa

FASE 3- de 8 a 12 semanas

- Maior força: início da “atletização”.
- Caminhada leve e quanto tolerar.
- Treino de marcha/ propriocepção profunda.
- Máquina de musculação. CORE TRAINING mais avançado.
- Alongamento de isquio-tibiais e ponte.



Isquiotibiais e Ponte

-Musculatura para vertebral e ADUTORES FORTES é MUITO IMPORTANTE.

-Valorizar a fase excêntrica do músculo (principalmente o adutor) é importantíssimo. Na contração excêntrica, esperar ao menos oito segundos para finalizar o movimento adutor.

FASE 4 - da 12 A 16 semanas

-Volta progressiva ao esporte. Treino de gesto esportivo.

-Atletização mais vigorosa. Pliométricos.

-Corrida leve na esteira e ir aumentando gradativamente o tempo e a velocidade.

-Musculação com aumento gradativo de força.

-Adequação postural com exercícios de isostretching, Pilates e RPG, mantendo sempre core training.

-Dinamometrias de controle recomendadas: aos 3 meses, 6 meses, 12 meses e de ano em ano posteriormente.

Por fim, desejamos que este manual ajude-o a superar esta fase e que em breve possamos comemorar o sucesso do seu tratamento.

Mais informações no site: www.oquadril.com.br

Prof. Dr. Giancarlo Cavalli Polesello
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril e Artroscopia
CRM 66064 SP

Professor Assistente Doutor da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Chefe do grupo de quadril

Membro da Sociedade Brasileira de Quadril (SBO) e da Sociedade Brasileira de Artroscopia e Trauma do esporte

Presidente da Regional Paulista da Sociedade Brasileira do Quadril(SBO) no biênio 2012/2013

Membro fundador da ISHA (International Society for Hip Arthroscopy). Research Secretary da ISHA

Associate Master Instructor da AANA (Arthroscopy Association of North America – USA)

Ft. Dra. Adriana de Bortoli
Fisioterapeuta
CREFITO 3/39576



Giancarlo
Polesello
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA EM QUADRIL

Fisioterapeuta com especialização em Fisioterapia Motora pela Santa Casa de São Paulo

Pós-Graduação em Fisiologia do Exercício e Treinamento Resistido pela Faculdade de Medicina da USP

Especilização em Capacitação em Metodologia e Pesquisa Músculo Esquelética pela Universidade Federal de São Paulo

Membro da Sociedade Nacional de Fisioterapia Esportiva - SONAFE

Fisioterapeuta visitante da Steadman-Hawkins Clinic, Vail, USA

