**Desenvolvimento Displásico de Quadril Secundário a Trauma: Um Relato de Caso**

Cecilia Matos Fialho¹, Arthur Glanzel Costa¹, Ricardo Issler Unfried².

¹Acadêmico(a) de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria; ²Médico Ortopedista, Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Hospital Universitário de Santa Maria.

**Palavras-Chave**: displasia, quadril, trauma.

Introdução

O presente estudo apresenta caso clínico de displasia do desenvolvimento do quadril devido luxação crônica após atropelamento por carro. Sendo a luxação uma emergência ortopédica, espera-se que o estudo seja base e alerta para colegas frente a casos semelhantes.

Caso Clínico

Paciente feminina, 55 anos, parda, hipertensa, com sobrepeso, queixa-se de dor em quadril esquerdo (E) e dificuldade de deambular. Relata que foi vítima de atropelamento há 45 anos, havendo luxação anterior da articulação coxofemoral (ACF), porém não havia buscado atendimento médico até o presente momento. Ao exame físico, evidenciou-se marcha claudicante com momento de apoio maior em membro inferior direito (MID), e dismetria de membros com membro inferior esquerdo (MIE) em discreta rotação externa e encurtamento de cerca de 5cm. Em testes passivos de mobilidade, havia grande limitação da ACF E em movimentos rotacionais, flexo-extensores e abdu-aducentes, com reações antálgicas, e limitação de movimentos articulares em ACF direita (D). À radioscopia, observou-se coxoartrose em ACF D e, em ACF E, luxação anterior e neoacetábulo em asa ilíaca E, sob o qual repousava e articulava a extremidade proximal do fêmur E, com destruição da cabeça deste e resquícios de colo femoral, além de alterações de trocânter maior (TM) e parede cortical de diáfise medial femoral E. Discute-se com a paciente sobre tratamento cirúrgico em ACF E, porém, por opção própria, realiza-se apenas tratamento analgésico.

Considerações Finais

Indicou-se a artroplastia total do quadril E, não aceita pela paciente, devido à dor crônica e à limitação funcional presentes. Não cremos que conseguir-se-ia compensação total da dismetria devido às limitações quanto ao ganho de comprimento cirúrgico das estruturas neuro-vasculares. Havendo assim riscos de lesão vascular e do feixe por tração do membro.

Cirurgicamente, consideramos a fresagem e fixação do componente acetabular no “primo” acetábulo, devido a maior incidência de afrouxamento da cúpula quando não colocada sob o verdadeiro acetábulo. O posicionamento femoral, realizaríamos pela osteotomia de DUNN e HESS do TM e ressecção da metáfise femoral proximal, reduzindo a articulação sem tensão exagerada no nervo ciático, apesar de risco de fratura da diáfise femoral associado a técnica.

Dado a complexidade do tratamento necessário e os prejuízos à qualidade de vida da paciente, evidencia-se a importância de uma abordagem precoce em casos semelhantes.