

## LAUDO MÉDICO PERICIAL.

### **Preâmbulo.**

Aos vinte e quatro dias do mês de abril do ano 2003, o Perito Dr. OSCAR LUIZ DE LIMA E CIRNE NETO, designado pelo MM Juiz de Direito da 13.<sup>a</sup> Vara Cível da Comarca da Capital, para proceder ao exame pericial indireto nos Autos do processo N.º: **xzxzxzxzx** onde consta como Autora **xzxzxzxzx** e como Réu **xzxzxzx e/Outro.**, descrevendo com verdade e com todas as circunstâncias, o que vir, descobrir e observar, bem como responder aos quesitos das partes. Em conseqüência, passa ao exame pericial solicitado, as investigações que julgou necessárias, as quais findas, passa a declarar:

### **Identificação.**

**xzxzxzxzx**, brasileira, viúva, nascida no dia, natural do Rio de Janeiro, portadora da C.I. N.º RG **xzx**, vivendo e residindo a Rua Saldanha nº 6, Apto. 02, de profissão comerciante.

### **Histórico.**

Pelo que pudemos depreender dos autos do processo, a Autora em 1997 procurou um médico de nome Dr. José Luiz, para que este avaliasse um problema do seu joelho. Nesta consulta o Dr. José detectou que o problema era em verdade no quadril, razão pela qual foi encaminhada a um especialista, pois o Dr. José entendeu tratar-se de uma patologia da Cabeça do Fêmur.

Foi examinada então pelo primeiro réu, que indicou uma prótese de substituição da articulação do quadril por tratamento cirúrgico.

Alega a Autora ainda na inicial, que lhe foi garantido que era uma cirurgia sem risco e que, a sua recuperação, se daria em cerca de uma semana.

Após os exames de praxe foi a Autora internada na no Hospital da Beneficência em 23 de setembro de 1997.

A cirurgia iniciou-se por volta de 11:30 h e terminou por volta de 14:30 h tendo o primeiro réu,

comparecido ao quarto da paciente e pedido que ela mexesse os dedos do pé, o que ela não conseguiu.

Durante a noite, a Autora sentiu seus pés como se fossem uma "bota de chumbo", além de choques intensos e ardência na operação.

No dia seguinte, ainda não conseguia mover o pé tendo percebido que o mesmo estava caído. Seis dias após ainda sem recuperar a mobilidade do pé foi de alta para casa sendo obrigada a alugar um leito do tipo hospitalar contratar acompanhante. Tão logo foi possível iniciou a fisioterapia prescrita pelo 1º Réu.

Mais de um mês depois a Autora continuava com problemas, só se locomovia de muletas e sentia dores e choques e fortes contrações musculares.

Seu pé se mantinha frio e caído fato que perdura até hoje.

Visitada em domicílio pelo primeiro réu, este lhe explicou que ela sofrera uma paralisia alta do nervo ciático, fato este que só agora ela tomava conhecimento.

Aduz a Autora que como não sabia exatamente o que tinha, foi ela impedida de buscar tratamento adequado e/ou ouvir outras opiniões.

Nesta época foi informada, que deveria fazer uma outra operação com uma amigo do primeiro réu, para descomprimir o nervo ciático ao nível do joelho.

Examinada pelo primeiro réu e pelo seu amigo, segundo réu, foi orientada no entanto a esperar o nervo descer até o "joelho", daí o porquê ter sido esta segunda operação marcada somente para abril.

Neste período, a Autora andava com dificuldades e foi orientada a usar uma "calha", tendo inclusive levado vários tombos gerando atendimentos no Hospital Municipal Miguel Couto.

Realizada a segunda cirurgia, foi orientada a aguardar de três a quatro meses, quando então as coisas voltariam ao normal.

Tal no entanto não aconteceu inviabilizando a o seu retorno à vida normal.

Alega ainda, que o primeiro réu agiu com imperícia, ao realizar uma hipertração do afastador lesando o nervo ciático.

Alega também, que a segunda cirurgia foi eivada de equívocos, pois o segundo réu que lhe foi apresentado como especialista em nervos periféricos era em verdade micro-cirurgião de mão.

Ao final alega que a segunda cirurgia foi realizada em local equivocado, pois deveria ter sido feita no quadril, quando em verdade foi realizada ao nível do joelho. Além de tudo isto se esperou por demais para a realização da segunda cirurgia.

Em sua peça de bloqueio o primeiro réu, alega que a Autora já era portadora de Depressão e Distúrbios do ritmo Cardíaco antes de operar, que não é verdade que a Autora caminhasse normalmente, uma vez que era portadora de grave coxoartrose.

Alega também que a Autora já tinha encurtamento do membro, com perda de movimentos e claudicação. Informa que não é verdade que a Autora não tivesse sido informada dos riscos da operação e que todas as suas dúvidas foram tiradas. Para comprovar, fala em um informativo padrão que teria sido apresentado à Autora e traz a declaração de um magistrado também operado da mesma patologia.

Informa inclusive, que tão logo detectada a "parestesia" foi a Autora tratada com o medicamento Sinaxial.

Aduz que o aluguel de leito hospitalar e muletas, fazem parte do pós-operatório normal e que não é verdade, que tenha suspenso a fisioterapia.

Ressalta de modo enfático que não houve uso inadequado do afastador e que não houve erro médico.

O segundo réu, afirma que é competente para a realização da cirurgia a que se propôs, que a cirurgia foi feita para abrir o canal anatômico que existe na altura do joelho, e facilitar a regeneração do nervo.

Afirma também, enfaticamente, que o nervo não é nem tocado na operação, apenas o local por onde ele passa é "desobstruído" na operação.

Em réplica argumenta a Autora que seus distúrbios emocionais se preexistentes a cirurgia, não faz diferença pois estes se agravaram.

Que não é verdade que a Autora apresentasse muita dificuldade para caminhar pois só apresentava em verdade ligeira dificuldade.

Reitera que não foi alertada de nenhuma complicação, levantado à hipótese de que os documentos dos autos devem ter sido produzidos após os fatos.

Reitera também, que a operação foi realizada tardiamente e que deveria ter sido feita em outro sítio anatômico.

#### **Discussão.**

Trata-se de um processo de Responsabilidade Civil, por alegado erro médico, estando a Autora na condição de paciente.

Não tendo a Autora comparecido à nenhuma das vezes que foi chamada à perícia, restou-nos o Laudo indireto, que foi solicitado e deferido pelo MM julgador.

Gostaríamos de colocar que nem todos os documentos que pensávamos constar dos autos, ali se apresentavam e solicitamos dos assistentes técnicos, a entrega destes documentos, sendo que o primeiro a fazê-lo foi o Dr. Júlio César, A Técnico do segundo réu, que no entanto não fez anexar a avaliação pré-operatória realizada pelo 2º Réu, razão pela qual fica dificultada a nossa manifestação a este respeito.

Igualmente posicionou-se o Dr. xxxzxxxz, CRM N.º xxxzxxxz, A. Técnico do 1º Réu que também não nos trouxe as anotações de consultório de seu cliente.

A osteoartrose é uma patologia degenerativa da cartilagem articular, de caráter lento e progressivo com sintomatologia dolorosa lenta e insidiosa acompanhando a evolução do processo, determinando deformidade e limitação articular, podendo chegar à rigidez e estar associada a manifestações inflamatórias.

O tratamento inicial é clínico, mas com o passar do tempo pode evoluir para a necessidade de uma cirurgia.

Gostaríamos de ressaltar, entretanto, que com o que consta do Laudo radiológico de fls.189, corroborada pelas informações de fls. 188, **esta paciente possuía para o tratamento da artrose de quadril (coxoartrose) uma indicação cirúrgica indubitável.**

Contudo nos parece, em face destas mesmas documentações, que a declaração de que a Autora fosse portadora de um distúrbio leve da marcha, possa não espelhar a realidade.

É igualmente importante que se saiba, que a artroplastia total do quadril, é uma cirurgia complicada, de grande porte e que é executada no Rio de Janeiro, por seleto grupo de especialistas.

Também deve ficar claro, que o registro radiológico de: "*... acentuada redução da entrelinha articular ...*", é compatível com encurtamento importante do membro inferior.

Quando há encurtamento do membro, passa a existir exatamente um fator predisponente para complicações neurológicas do ciático, que se fazem exatamente por distensão do nervo, no momento em que **o encurtamento é corrigido na cirurgia.**

Destaco para melhor compreensão de V. Excia, que as neuropaxias dos nervos ciático, femoral e obturador estão amplamente descritas na literatura médica, como complicações conhecidas da artroplastia total do quadril e não encontramos nenhuma série descrita pelos autores de renome, que não reportasse pelo menos um caso desta desagradável complicação.

A argumentação de que o 2º réu não seria uma pessoa qualificada para o tratamento cirúrgico que foi realizado, tal argumentação carece de fundamentação lógica.

Um micro-cirurgião é uma das pessoas mais adequadas para tratar nervos periféricos, se na mão ou se na perna, no antebraço ou na face, não faz qualquer

diferença, pois os princípios da cirurgia para reconstrução dos nervos são os mesmos.

Quanto pretendida à alegação de que o local da cirurgia, foi inadequado, sobre este infelizmente não podemos nos manifestar por absoluta falta de informação.

Muito embora solicitado, não nos chegou às mãos, nenhum relato que pudesse fundamentar a escolha do cirurgião pela área de eleição para o procedimento cirúrgico mas uma coisa é certa: **existe base de fundamentação técnica para que esta cirurgia seja feita ali.**

Neste local, existe uma zona de estreitamento anatômico pois o nervo fibular passa superficial e apoiado sobre a cabeça da fíbula (perônio). Tal situação anatômica favorece o efeito de "entrapment" (que poderia ser traduzido por "preso na armadilha"), quando da re-inervação (em sentido figurado e meramente fisiológico), re-inervação essa que é feita paulatinamente após a complicação.

A descrição da incisão a cirúrgica "... Acesso lateral ao 1/3 superior da perna direita ...", é compatível com uma exploração do nervo fibular, aliás como descrito no diagnóstico de internação: "*Paralisia do nervo Fibular*" a qual peço vênha para sublinhar em amarelo.

Só para situar os operadores do direito, a face externa dos membros é conhecida como lateral e a interna, como medial.

**Portanto, se o diagnóstico de paralisia do nervo fibular estava correto, o local da exploração cirúrgica também estava.**

Esta exploração cirúrgica constou de neurólise (liberação do trajeto do nervo), tenólise (liberação de tendões) e transposição de tendões.

Chamo a atenção para a declaração de fls. 50, que embora não tenha data, é sem dúvida alguma, do pós-

operatório da primeira cirurgia (artroplastia do quadril).

**Nesta declaração, consta que a paciente teria uma neuropraxia do nervo tibial.**

Portanto tratava-se de uma lesão de nervo periférico e, em nosso modesto entendimento, como se demonstrará através dos desenhos anatômicos anexados ao final deste trabalho, o somatório de todos os fatos, aponta ter havido progressão da recuperação, entre o momento da avaliação do fisioterapeuta e o momento em que foi indicada e depois realizada a segunda cirurgia.

Apenas para deixar bem claro os termos, que das três possíveis lesões de nervos periféricos, (neuropraxia, neurotímese e axonotímese) a neuropraxia é a de melhor prognóstico e o seu tratamento, é no mais das vezes clínico acompanhado de fisioterapia.

A asseveração de que a paciente foi obrigada a usar uma órtese do tipo Calha, (fls. 06 - Inicial) sugere que houvesse um pé caído, situação esta compatível com uma alteração do nervo fibular. Da mesma forma a declaração da Autora, que lhe foi informado que deveriam aguardar o nervo "descer" até o joelho, é absolutamente coerente, com uma lesão que estava respondendo ao tratamento e, a recuperação, evoluindo.

**De qualquer maneira, tanto o nervo tibial, como o nervo fibular são ramos (prolongamentos por divisão) do nervo ciático, sendo este último um ramo mais inferior.**

### **Conclusão.**

A cirurgia de artroplastia total do quadril, apresentou correta indicação. Dentre as suas possíveis dificuldades, principalmente quando há encurtamento do membro, encontramos a neuropraxia do ciático, que é uma complicação sabida e conhecida, passível de acontecer, porém não dependente de atuação falha do profissional.

A alegação de que houve hipertração de afastadores, durante o ato cirúrgico, não pode ser provada, porém perde força, frente ao Laudo radiológico de fls. 189.

Quanto à segunda cirurgia, esta se faz no intuito de tratar a complicação da primeira e foi

executada em local compatível com o diagnóstico da folha de internação do paciente.

Este diagnóstico guarda relação de coerência, com o relato da peça inaugural e com a declaração do fisioterapeuta.

Após a análise de todos os fatos este Perito não encontrou, nos autos e nos documentos que fez trazer para análise, nenhuma demonstração de conduta médica profissional inadequada ou discrepante da boa prática.

### **Breves comentários sobre artrose de quadril:**

Podemos dizer trocando em termos leigos, que é uma doença da articulação degenerativa, que atinge 5 a 10% da população e que ocorre com maior frequência em adultos de meia idade e idosos, principalmente acima de 65 anos. Algumas vezes não apresenta uma causa específica ou conhecida, entretanto, na maior parte dos casos, ela é conseqüência de outras doenças, como defeitos congênitos do quadril, artrite reumatóide, necrose avascular da cabeça femoral, doenças ocorridas na infância e após traumatismos.

De qualquer forma, ocorre um desgaste da cartilagem articular (que forra as extremidades das superfícies das juntas dos ossos) que de uma superfície absolutamente lisa e harmônica transforma-se em uma superfície áspera e irregular.

Os primeiros sintomas podem ser um leve desconforto na região inguinal (virilha), nádega, coxa ou mesmo no joelho ou alguma rigidez articular (endurecimento da junta). Normalmente a dor piora com atividade física, mesmo que leve, e melhora com repouso.

Com o passar do tempo os sintomas tendem a se intensificar e a dor e a rigidez podem estar presentes mesmo em repouso. Muitas vezes o paciente percebe que está com dificuldade de vestir as meias ou calçar os sapatos. Isto é um sinal de que a cartilagem está cada vez mais fina e irregular. Quando finalmente o tecido cartilaginoso se esgota, o movimento passa a acontecer osso com osso o que é extremamente doloroso. O paciente

neste estágio diminui sensivelmente a capacidade de movimentação de rotação, flexão e extensão da bacia e percebe que está cada vez mais limitado nos seus movimentos e que o mancar torna-se evidente.

### **Diagnóstico.**

A história detalhada do paciente é importante, uma vez que as osteoartroses podem estar relacionadas ao alcoolismo, anemia falciforme, uso prolongado de corticosteróides, atividades físicas de alto impacto, doenças na infância, traumatismos e fraturas do quadril entre outras.

O exame físico da articulação coxo-femoral (quadril) demonstra, normalmente, diminuição da mobilidade articular (rotações interna e externa, adução, abdução e flexão) e dor à mobilização passiva do quadril. O diagnóstico é confirmado através de radiografias que mostram alterações articulares características. Eventualmente, outros exames como cintilografia óssea ou ressonância nuclear magnética podem ser necessários para fazer diagnóstico precoce ou diferencial com outras patologias.

O tratamento cirúrgico está indicado nos estágios avançados da doença. Este estágio é determinado pela dor intensa e diminuição incapacitante da mobilidade do quadril. Em alguns casos a cirurgia indicada é a osteotomia (modificação da posição do fêmur ou da bacia). Mas, na maioria das vezes a artroplastia total do quadril é a cirurgia de eleição e consiste na substituição da articulação por uma prótese.

Este procedimento elimina a dor e devolve a mobilidade da articulação.

É importante salientar que apesar dos benefícios que a cirurgia proporciona (alívio da dor e melhora da mobilidade) o paciente deverá continuar evitando esportes de impacto e atividades que sobrecarreguem a prótese, pois o sucesso e a duração da vida útil da cirurgia dependem muito dos cuidados pós-operatórios recomendados pelo médico.

As próteses que são colocadas com cimento permitem que se pise sobre ela mais cedo.

**Próteses Cimentadas:** Durante as primeiras 3 semanas depois da operação, você deve andar com o auxílio do andador ou da muleta, colocando o mínimo de peso no pé do lado operado. Depois deste tempo, você pode ir soltando cada vez mais o peso até livrar-se das muletas. Passe então a usar uma bengala, segurando-a do lado oposto ao da cirurgia, até adquirir confiança para caminhar sem auxílio.

**Próteses Não Cimentadas:** Estas próteses, precisam de um tempo maior, para ficarem firmes. Deve-se evitar carga total durante as primeiras 6 semanas, usando sempre uma muleta ou andador.

A partir das 6 semanas, até completar 12 semanas (3 meses), a carga sobre a prótese deve aumentar progressivamente, até que por fim se possa pisar com todo o peso do corpo.

### **Sobre artroplastia total de quadril. Uma revisão feita pela Equipe Médica da Medgraf - São Paulo**

Foi John Charnley do Wrightington Hospital de Lancashire, Inglaterra, que inventou a primeira prótese para artroplastia do quadril em 1966. Esse tipo de prótese que leva o nome do autor ainda é usada (5).

A conduta ortopédica em pacientes portadores de desgastes articulares progrediu significativamente nas últimas décadas. A artroplastia total do quadril tomou-se um dos procedimentos ortopédicos mais freqüentemente realizados. Estima-se que mais de 200 mil cirurgias sejam realizadas anualmente nos Estados Unidos. Agora, no início do século 21 ainda há grandes controvérsias sobre a melhor maneira de realizar a artroplastia do quadril.

### **Uso do cimento.**

O grande debate atual é sobre o uso ou não de cimento na fixação das próteses de quadril. Essa questão está baseada em projeções teóricas da longevidade de cada tipo de fixação. A fixação com cimento tem sido usada há cerca de quatro décadas. A fixação sem cimento,

implantada há duas décadas, ainda está em desenvolvimento.

Devido à grande disparidade na duração do acompanhamento dos casos de cada categoria, é impossível comparar os dados clínicos existentes entre os dois tipos de fixação. Além disso, alterações contínuas da geometria das próteses, materiais biológicos, textura da superfície, modularidade e técnicas cirúrgicas diferentes têm complicado ainda mais as comparações entre as duas modalidades de fixação.

Os tipos de cimentos, as propriedades mecânicas do material são capazes de influir na liga entre o cimento e o osso, assim como entre o cimento e a prótese.

Na fixação da haste femoral com cimento, as técnicas de primeira geração incluem mistura e aplicação artesanal do material; não há preparação do canal medular femoral, tampão intramedular ou pressurização do cimento. As técnicas de segunda geração incluem cimento misturado à mão, aplicação do cimento com pistola de injeção e utilização de um tampão intramedular. A terceira geração trouxe medidas de redução da porosidade, como mistura a vácuo ou centrifugação do cimento, junto com a utilização de um sistema de aplicação semelhante ao das técnicas de segunda geração.

Além disso, o desenho da haste femoral tem sido modificado de várias formas: para eliminar os cantos afiados que podem criar pontos de estresse concentrado no manto do cimento; para proporcionar textura superficial para maior ligação entre o cimento e o a prótese.(2)

O sucesso das artroplastias cimentadas com as técnicas de primeira geração foi bem documentado em algumas grandes séries de pacientes dos maiores centros ortopédicos, com período de acompanhamento de 15 a 20 anos.

O parâmetro que se considera como falha da cirurgia obrigando uma revisão ou re-operação é definida como remoção das próteses comprometidas por qualquer razão, incluindo quebra, instabilidade, infecção ou deslocamento recorrente. Define-se falha mecânica como a incidência dos quadris classificados como frouxos, com critérios radiológicos. A incidência de falha mecânica é

um meio mais preciso de avaliação da eficácia de uma prótese específica.

O sucesso da prótese cimentada tem aumentado com modernas técnicas de cimentação (segunda e terceira gerações) (3). Mas a incidência de revisão e falha mecânica continuou a aumentar com acompanhamento mais prolongados, mesmo com modernas técnicas de cimentação. Estes aumentos têm sido relativamente pequenos quando se considera a fixação da prótese no fêmur.

Em contraste, a deterioração da fixação do acetábulo da prótese tem aumentado no acompanhamento mais prolongado.

Há pouca discussão de que as taxas de instabilidade das artroplastias do quadril cimentadas sejam mais altas em pacientes jovens, ativos, obesos, com osteonecrose e após cirurgia de revisão. Alguns estudos demonstraram taxa de falha terapêutica (por critérios clínicos ou radiológicos) de 10% a 50% em pacientes com idade inferior a 50 anos.

Pesquisadores verificaram que os resultados a longo prazo das técnicas de cimentação precoce em pacientes com menos de 20 anos de idade, a probabilidade de falha foi estimada em 45% após 15 anos.

Além disso, a probabilidade de instabilidade da prótese identificada por radiografia foi de 60% para a cúpula e de 20% para a haste. Foi então recomendado que as próteses sem cimento sejam utilizadas nestes grupos de alto risco. Deve-se enfatizar que existem poucos dados sobre o acompanhamento destes pacientes a médio e longo prazos, e pouca documentação sobre a real eficácia da prótese sem cimento.

Além disso, a performance clínica da prótese cimentada utilizando *designs* modernos e técnicas contemporâneas melhorou muito, mesmo nestas situações de alto risco. Mas quando o tempo de acompanhamento aumenta, a osteólise devido à geração de desgaste nas superfícies articulares é o mecanismo principal de falha em praticamente todas as artroplastias, qualquer que seja o método de fixação utilizado.(1)

### **Prótese Articular sem cimento**

Nas duas últimas décadas, a geometria e os materiais biológicos utilizados na confecção das próteses sem cimento vêm sendo alterados mais frequente

e significativamente do que as cimentadas. Essas alterações, associadas a modificações nas técnicas cirúrgicas, tomaram a avaliação acurada do sucesso ou fracasso clínico muito difícil.

Nos Estados Unidos, muitos cirurgiões preferem atualmente a superfície microentrelaçada em implantes sem cimento, ao invés dos designs macroentrelaçados populares na Europa. O tamanho ótimo dos poros para favorecer aderência do osso e a fixação à prótese foi determinado em estudos com animais (4).

A estabilidade inicial máxima do implante na hora da cirurgia é crítica para o sucesso da fixação sem cimento. A geometria da prótese, materiais biológicos, textura da superfície, técnicas cirúrgicas e a qualidade do osso do paciente influenciam o sucesso clínico destas próteses.

Em estudos post-mortem de avaliação de próteses não-cimentadas, um terço das próteses não apresentou crescimento ósseo um terço mostrou crescimento ósseo em menos de 2% das superfícies disponíveis e no terço restante houve crescimento em 2% a 10% de todas as superfícies. Os componentes femorais geralmente demonstraram maior crescimento ósseo do que os componentes acetabulares.

Além disso, o grau de crescimento ósseo aparentemente não se correlacionava com o estado clínico ou radiológico da reconstrução da artroplastia .

O maior problema relacionado com o uso das não-cimentadas é a incidência relativamente alta de dor proximal, quando comparada com pacientes que utilizam a prótese fixada com cimento. Dor na coxa foi relatada por cerca de 10% a 25% dos pacientes com estes três modelos de prótese não-cimentada.

### **Complicações da Artroplastia Total de Quadril**

Independente da seleção da prótese, várias complicações são inerentes à realização da artroplastia, sendo que as duas mais importantes a curto prazo são a ocorrência de infecção e de tromboembolismo e a longo prazo seja a perda da fixação da prótese e a osteólise ocasionando a geração de debris (partículas) do desgaste

da superfície articular, particularmente de polietileno, tanto no fêmur quanto no acetábulo. (6)

Lesões nervosas:

A incidência de 0,3-4% de todos os procedimentos e, os troncos mais cometidos são: o nervo ciático, seguido pelos nervos femoral e obturador.

Procedimentos onde o alongamento do membro inferior seja maior que 3 cm estará associado a um maior risco, para esta complicação.

Feito o diagnóstico, este deverá ser acompanhado em observação durante 8 a 12 semanas, de fisioterapia para então ser reavaliado.

A necessidade de cirurgia nestas complicações é pouco freqüente.

### **Referências Bibliográficas:**

1-McMinn D, Treacy R, Lin K,- Metal on metal surface replacement of the hip. *Clin Orthop.* 1996 Aug; (329 Suppl):S89-98.

2-McLaughlin JR, Lee KR. -Total hip arthroplasty in young patients. 8- to 13-year results using an uncemented stem. *Clin Orthop.* 2000 Apr; (373):153-6

3-Smith SE, Estok DM 2nd, Harris WH. -Related Articles 20-year experience with cemented primary and conversion total hip arthroplasty using so-called second-generation cementing techniques in patients aged 50 years or younger. *J Arthroplasty.* 2000 Apr;15(3):263-73.

4-Petrera P, Rubash HE. -Revision Total Hip Arthroplasty: The Acetabular Component. *J Am Acad Orthop Surg.* 1995 Jan;3(1):15-21.

5-Callaghan JJ, Albright JC, Goetz DD-. Charnley total hip arthroplasty with cement. Minimum twenty-five-year follow-up. *J Bone Joint Surg Am.* 2000 Apr;82(4):487-97.

6-Overgaard S, Soballe K. -Polyethylene wear, osteolysis and acetabular loosening with an HA-coated hip prosthesis. *J Bone Joint Surg Br.* 2000 Mar;82(2):305-6

Resposta aos quesitos:

**Da Autora.**

1- Informe o Dr. Perito qual a lesão apresentada pela Autora;

R: *A Autora apresentou impotência funcional do MI direito, que recebeu dois diagnósticos distintos: neuropraxia do nervo tibial (fls. 50) e paralisia do nervo fibular (prontuário da segunda internação);*

2- Informe o Dr. Perito se a referida lesão foi causada durante procedimento cirúrgico denominado artroplastia total de quadril;

R: *Entendo que há nexo de causa e efeito entre a cirurgia e patologia neurológica, que foi entendida por nós, como sendo uma complicação do método de tratamento;*

3- Informe o Dr. Perito a extensão de tal lesão;

R: *Desculpe, não alcancei a inteligência da pergunta;*

4- Informe o Dr. Perito se a Autora apresentava dificuldade ao caminhar em razão da lesão sofrida;

R: *Sim;*

5- Informe o Dr. Perito qual o grau desta dificuldade;

R: *Acima de média;*

6- Informe o Dr. Perito se a Autora possui hoje uma grave deformidade permanente decorrente de tal lesão;

R: *Prejudicado, a perícia foi feita de modo indireto;*

7- Informe o Dr. Perito se a referida lesão causou dores terríveis (subjetivo) à Autora. Em caso afirmativo, com que intensidade e por quanto tempo;

R: *Prejudicado;*

8- Informe o Dr. Perito se a Autora perdeu a sensibilidade no pé, em função da referida lesão;

R: *Prejudicado, a perícia foi indireta;*

9- Informe o Dr. Perito se a Autora sofre de má circulação na perna afetada, em função da referida lesão;

R: *Prejudicado, a perícia foi indireta;*

10-Informe o Dr. Perito se a Autora possui hoje uma diferença no comprimento das pernas;

R: *Prejudicado, a perícia foi indireta;*

11-Informe o Dr. Perito se a referida lesão faz com que a Autora sobrecarregue a outra perna. Em caso afirmativo, quais são as conseqüências possíveis dessa sobrecarga;

R: *Em tese sim;*

12-Informe o Dr. Perito o que seria da hipertração no uso do afastador durante o ato operatório;

R: *Força no seu manuseio, em termos leigos "puxou demais";*

13-Poderia a hipertração no uso do afastador ser a causa da lesão sofrida pela Autora. Em caso afirmativo, porquê? Em caso negativo, qual seria a causa da lesão;

R: *Sim poderia; ao puxar a musculatura e expor o foco da operação o nervo ciático poderia ter sido tracionado junto; no entanto ressalte-se que esta não é a única causa possível;*

14-Informe o Dr. Perito se logo após a constatação da lesão havia a possibilidade de reparação da mesma e qual seria o procedimento indicado;

R: *A causa mais comum desta lesão é a neuropraxia cujo tratamento é expectante e com fisioterapia;*

15-Informe o Dr. Perito em que prazo de tempo deveria ser realizado tal procedimento;

R: *A fisioterapia deveria ser iniciada tão logo fosse possível;*

16-Informe o Dr. Perito se a Autora foi submetida a alguma cirurgia reparatória. Em caso afirmativo, qual o procedimento utilizado? Este procedimento era o mais indicado para corrigir a lesão sofrida pela Autora? Foi realizado em tempo hábil;

R: *Sim; Neurólise, tenólise e transposição de tendão;*

17-Informe o Dr. Perito se a Autora foi submetida a algum outro procedimento cirúrgico;

R: *Não há dados nos autos que permitam uma resposta conclusiva;*

18- Informe o Dr. Perito se a referida lesão causou dano estético à Autora; Em caso afirmativo, descreva a extensão do dano;

R: *Prejudicado, a perícia foi indireta;*

19- Esclareça o Dr. Perito o que mais achar necessário para o deslinde da questão;

R: *Vide inteiro teor do Laudo;*

### **Quesitos do 1º Réu**

01- Queiram os drs. Peritos esclarecer se, do LAUDO RADIOLÓGICO pré-operatório da Autora, firmado pela Dra. Marília Gomes de Melo, consta o seguinte:

"Alteração degenerativa avançada comprometendo a articulação coxofemoral direita caracterizada por osteófitos peri-articulares, cistos ósseos e esclerose óssea subcondral no acetábulo e cabeça femoral com acentuada redução da interlinha articular".

R: *Sim;*

02- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se este resultado indica, do ponto de vista funcional, perda importante da função articular do quadril direito da Autora;

R: *Sim;*

03- Queiram os Drs. Peritos esclarecer ainda com base no resultado acima transcrito (quesito 01), se o referido LAUDO RADIOLÓGICO comprova a perda da capacidade articular de movimento da Autora;

R: *Sim, em grau acima de médio;*

04- Queiram os Drs. Peritos esclarecer o que se entende por "acentuada redução da interlinha articular";

R: *Que há encurtamento do Membro;*

05- Queiram os Drs. Peritos esclarecer como se deve interpretar o resultado apontado no LAUDO RADIOLÓGICO como "Alteração degenerativa avançada comprometendo a articulação coxo-femoral direita (...)";

R: *A expressão fala por si;*

06-Queiram os Drs. Peritos esclarecer, com base no LAUDO RADIOLÓGICO e na DECLARAÇÃO do Dr. JOSÉ LUIZ RUNCO, se a afirmação de que a PACIENTE se apresentava com dor, claudicação do membro inferior direito, bloqueio da rotação interna e externa e limitação da flexo extensão do quadril, indica e deve ser interpretada, do ponto de vista médico, COMO IMPORTANTE DISFUNÇÃO DO QUADRIL, QUER SEJA POR DOR OU POR INCAPACIDADE DE CAMINHAR;

R: *Sim;*

07- Queiram os Drs Peritos esclarecer, em caso afirmativo com relação ao item anterior, se um PACIENTE nestas condições tem como correta a indicação de ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL;

R: *Sim;*

08- Queiram os Drs. Peritos esclarecer em que consiste o procedimento cirúrgico denominada "ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL";

R: *Substituição da articulação do quadril por um componente metálico que interessa a cabeça femoral e o acetábulo;*

09- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se a ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL é uma cirurgia de grande porte, capaz de apresentar complicações;

R: *Sim;*

10- Queiram os Drs. Peritos esclarecer, caso seja afirmativa a resposta do quesito acima, se a lesão neurológica está entre suas complicações;

R: *Sim;*

11- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se na maioria das vezes a lesão do nervo ciático se dá por tração dos tecidos após a colocação da prótese;

R: *quando há encurtamento do membro sim;*

12- Queiram os Drs. Peritos esclarecer, consultando as radiografias pré-operatórias da Autora, se as mesmas evidenciam o encurtamento do membro inferior direito da paciente;

R: *Prejudicado os exames radiológicos não foram anexados aos autos;*

13- Queiram os Drs. Peritos esclarecer, consultando as radiografias pós-operatórias da Autora se a cirurgia de artroplastia foi bem realizada e a prótese bem colocada, como determina a boa técnica operatória para esse tipo de procedimento;

R: *Prejudicado os exames radiológicos não foram anexados aos autos;*

14- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se, antes da operação, o membro direito da Autora estava encurtado, conforme constante da radiografia pré-operatória, interpretação ortopédica e declaração do Dr. José Luiz Runco, de quem a paciente claudicava;

R: *O Laudo radiológico sugere encurtamento do membro;*

15- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se o membro inferior direito encurtado determina, também, um encurtamento dos demais tecidos do membro inferior, e, conseqüentemente, UM ENCURTAMENTO DO NERVO CIÁTICO;

R: *Sim;*

16- Queiram os Drs. Peritos esclarecer, se o tecido nervoso, ou seja, no caso, o nervo ciático, é uma estrutura muito sensível e que fortuitamente poderá apresentar uma disfunção devido à manipulação normal do quadril durante a cirurgia de artroplastia;

R: *Sim;*

17- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se a "paralisia do nervo ciático da paciente" é, de fato, do nervo ciático propriamente dito, ou de um de seus ramos, ou seja, do NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO;

R: *Sim; ressalte-se porém que este nome não é mais usado, o antigamente nominado Nervo ciático popliteo externo é hoje chamado de nervo fibular;*

18- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se a paralisia do NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO (um ramo do nervo ciático) é menos grave do que a paralisia total do nervo ciático;

R: *Sim, naturalmente;*

19- Queiram os Drs. Peritos esclarecer e descrever quais são os movimentos comprometidos pela paralisia do NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO;

R: *Dos músculos que compõe a face lateral da perna e se exterioriza como pé caído;*

20- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se a paralisia do NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO determina ou não uma paralisia da totalidade dos movimentos do membro inferior acometido;

R: *Não;*

21- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se o NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO só age em alguns movimentos do pé, NÃO TENDO NENHUMA RELAÇÃO COM OS MOVIMENTOS DA PERNA, JOELHO E COXA da paciente, que, portanto, mantém normais e inalterados;

R: *Sim;*

22- Queiram os Drs. Peritos proceder ao exame físico da Autora, esclarecendo seu estado atual, tendo em vista que por ocasião do seu último exame, já apresentava sinais parciais de regressão do quadro neurológico, com recuperação da eversão do pé e da extensão dos dedos;

R: *Prejudicado a perícia foi indireta;*

23- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se um paciente, ao ser examinado, pode ocultar, deliberadamente, os movimentos específicos realizados pelo nervo ciático poplíteo externo;

R: *Não;*

24- Queiram os Drs. Peritos esclarecer, na eventualidade da Autora não apresentar regressão dos sinais neurológicos, se existe algum método cirúrgico que lhe pudesse devolver os movimentos do pé;

R: *Prejudicado a perícia foi indireta;*

25- Queiram os Drs. Peritos esclarecer, em caso afirmativo quanto ao quesito anterior, se esta cirurgia estaria indicada para solucionar o caso, restabelecendo os movimentos do pé da paciente;

R: *Prejudicado a perícia foi indireta;*

26- Queiram os Drs. Peritos esclarecer, tomando por base a literatura médica nacional e mundial, se há maior incidência de lesão e do NERVO CIÁTICO POPLÍTEO EXTERNO em pacientes do sexo feminino após uma certa

idade e com rigidez do quadril, perfil em que se enquadra a Autora;

R: *Sim;*

27- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se consta da AVALIAÇÃO pré-operatória da Autora, firmada pelo Dr. RICARDO GARATTA MACEDO, que a mesma já relatava ser portadora de "SÍNDROME DO PÂNICO" e que fazia uso de OLCADIL e RITIMONORM;

R: *Sim;*

28- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se o constante do quesito acima também foi relatado pelos anestesistas que participaram do ato cirúrgico;

R: *Sim;*

29- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se consta nos autos declaração firmada por paciente, confirmando que o Dr. PEDRO IVO observa o dever de formação, no grau mais intensivo possível;

R: *Descabe ao médico Perito;*

30- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se consta nos autos um "INFORMATIVO AO PACIENTE" em que se explica em que consiste a artroplastia do quadril, o procedimento pré-operatório, estadia no hospital, pós-operatório e possíveis complicações;

R: *Sim;*

31- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se consta do referido INFORMATIVO e é rotina em cirurgias desse tipo, que seja preparada a residência para receber o paciente, a saber: aluguel de uma cama hospitalar, de uma cadeira higiênica e de um par de muletas canadenses;

R: *Sim;*

32- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se no PRONTUÁRIO MÉDICO da Autora, relativamente ao primeiro dia pós-operatório, consta à descrição de parestesia do nervo ciático e se o remédio SINAXIAL faz parte do tratamento desse problema;

R: *Sim;*

33- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se a) foi adequada a indicação cirúrgica; b) foram corretos os

meios e a técnica empregada na cirurgia; c) foram acertados os procedimentos e medicamentos ministrados à paciente antes, durante e depois da intervenção;

R: *Vide inteiro teor do Laudo;*

34- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se a ARTROPLASTIA DO QUADRIL é cirurgia estética ou cirurgia reparadora;

R: *Entendo que seja reparadora;*

35- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se o Dr. PEDRO IVO impugnou, em sua contestação, COMO FALSO o texto do documento de fls. 26, bem como a FALSIDADE DE SUA ASSINATURA aposta no dito documento, apresentado pela Autora;

R: *Descabe a perícia médica;*

36- Queiram os Drs. Peritos esclarecer de o Dr. PEDRO IVO, também em sua CONTESTAÇÃO, declara que esse documento é TOTALMENTE FALSO, e que jamais ocorreu a tal "hipertração dos afastadores", requerendo inclusive, perícia grafotécnica desse documento;

R: *Descabe a perícia médica;*

37- Queiram os Drs. Peritos esclarecer se, na hipótese dos autos, foi acertada a conduta do Dr. PEDRO IVO antes, durante e depois da operação ou se houve negligência, imprudência ou imperícia por parte dele;

R: *Em face do parecer 19/99 do CFM não cabe ao Perito manifestações sobre a culpa strictu sensu, no entanto este Perito não encontrou qualquer conduta discrepante da boa prática médica;*

### **Quesitos do 2º Réu**

1- Queira o Ilustre Perito informar, à Luz do que nos autos consta e também da perícia a ser realizada na Autora, se o procedimento realizado pelo segundo Réu foi o de descompressão de nervo;

R: *Sim;*

2- Queira o Sr. *Expert* dizer se uma cirurgia de descompressão de um nervo é feita no nervo ou nas bainhas e canais fibrosos que o circundam;

R: *nas bainhas e canais fibrosos que o circundam;*

3- Queira informar se é verdade que numa cirurgia de descompressão o nervo em si não é tocado pelo cirurgião que a realiza;

R: *Em tese não;*

4- Queira esclarecer o Ilustre Perito se uma cirurgia de descompressão, pura e simples, pode piorar o estado anterior;

R: *Em tese não;*

5- Queira o Sr. Perito esclarecer se a não melhora da paciente após a cirurgia realizada pelo segundo Réu pode ser atribuída a ato negligente, imperito ou imprudente do mesmo;

R: *Em face do parecer 19/99 do CFM não cabe ao Perito, manifestações sobre a culpa strictu sensu, no entanto este Perito não encontrou qualquer conduta discrepante da boa prática médica;*

6- Queira informar se a descompressão de nervo feita em local distante do local pretensamente primário da "lesão" pode ser realizada na tentativa de facilitar a sua regeneração espontânea;

R: *sim vide corpo do Laudo;*

7- Queira o Ilustre Expert informar ao douto Juízo se este tipo de cirurgia de descompressão à distância está indicada nos casos em que a regeneração de um nervo está insatisfatória e existem sinais clínicos de que o nervo pode está sendo comprimido;

R: *Sim;*

8- Queira informar se esta técnica de cirurgia de descompressão à distância é usual e recomendada pela Ciência Médica;

R: *Sim;*

9- Queira o nobre Perito informar se a cirurgia realizada pelo Dr. Nassif, ora segundo Réu, tem alguma relação com o estado atual de que se queixa a Sra. Nancy;

R: *Prejudicado, a perícia foi indireta;*

10- Queira o Ilustre Expert dizer se a lesão apresentada pela Autora mantém algum nexos de causalidade com a cirurgia realizada pelo segundo

Réu, isto é, se a cirurgia realizada pelo segundo Réu teria poder de criar a lesão apresentada pela suplicante;

R: *Se nos parece que a Autora ao ser operada o foi por causa de apresentar uma lesão nervosa ao nível do fibular;*

11- Queira o Perito dizer se pode afirmar que a cirurgia indicada e realizada pelo segundo Réu somente poderia se realizar para um caso de paciente que apresentasse algum tipo de lesão de nervo;

R: *sim;*

12- Queira o Ilustre Perito dizer se houve atuar imprudente, imperito ou negligente do segundo Réu no procedimento por ele realizado na suplicante;

R: *Vide quesito nº5;*

13- Queira o *Expert* esclarecer quaisquer outros pontos que entenda necessário;

R: *Vide inteiro teor do Laudo.*

É o relatório.

-----  
Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto  
CRM 52 32 861-0