



Artigo de atualização

Fraturas subtrocantéricas do fêmur: atualização



Paulo Roberto Barbosa de Toledo Lourenço^a e Robinson Esteves Santos Pires^{b,c,*}

^a Hospital Quinta D'Or, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

^c Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, MG, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 23 de abril de 2015

Aceito em 23 de abril de 2015

On-line em 12 de outubro de 2015

Palavras-chave:

Fraturas do quadril/etiologia

Fraturas do quadril/diagnóstico

Fraturas do quadril/cirurgia

Fraturas do quadril/classificação

Keywords:

Hip fractures/etiology

Hip fractures/diagnosis

Hip fractures/surgery

Hip fractures/classification

R E S U M O

Devido às particularidades anatômicas da região subtrocantérica, o tratamento das fraturas nessa região permanece desafiador. A incontestável evolução dos implantes não foi acompanhada pela esperada diminuição no índice de complicações.

O objetivo do presente estudo é discutir, minuciosamente, pontos críticos como planejamento pré-operatório, táticas de redução e evidências científicas atuais no tratamento das fraturas subtrocantéricas do fêmur.

© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Subtrochanteric fractures of the femur: update

A B S T R A C T

Because of the anatomical peculiarities of the subtrochanteric region, treatment of fractures in this region remains challenging. The undeniable evolution of implants has not been accompanied by the expected decrease in the complication rate.

The aim of this study was to discuss critical points in detail, such as preoperative planning, reduction tactics and the current scientific evidence concerning treatment of subtrochanteric fractures of the femur.

© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

As fraturas subtrocantéricas ocorrem na região proximal do fêmur, cuja definição anatômica é difícil e controversa.

Fielding¹ propôs uma definição muito usada até os dias de hoje: a região subtrocantérica corresponde ao intervalo entre o pequeno trocânter e cerca de 5 a 7,5 cm abaixo do mesmo, em direção ao istmo femoral. Podem apresentar extensão

* Autor para correspondência.

E-mail: robinsonestevesspires@gmail.com (R.E.S. Pires).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2015.04.031>

0102-3616/© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

para a região proximal (trocanterica ou colo femoral) ou distal (diafisária).^{1,2}

Correspondem a 25% das fraturas proximais do fêmur e sua distribuição é bimodal. Adultos jovens do gênero masculino envolvidos em traumas de alta energia apresentam padrões complexos de fratura; enquanto que pacientes idosos, predominantemente do gênero feminino, geralmente apresentam fraturas espirais.¹

Devido à particularidade anatômica e, especialmente, à dificuldade de redução, o tratamento das fraturas subtrocantericas segue como um grande desafio para o traumatologista, não só pelas dificuldades de osteossíntese como pelas complicações ainda frequentes. A seguir, abordaremos aspectos importantes que nos auxiliarão a esclarecer as particularidades do tratamento das fraturas subtrocantericas.

Por que suas características anatômicas e biomecânicas são singulares?

A região subtrocanterica do fêmur é uma área de grande concentração de estresse e, devido às suas inserções musculares, sujeita a várias forças deformantes. A deformidade clássica é flexão (provocada pelo iliopsoas), abdução (pelo glúteo médio) e rotação externa (pelos rotadores externos) do fragmento proximal do fêmur. Os adutores, inseridos na região distal do fêmur, são responsáveis pela deformidade em varo.^{2,3}

Devido à predominância de osso cortical, a região subtrocanterica apresenta vascularização mais precária do que a transtrocanterica, o que dificulta a consolidação das fraturas. Fraturas complexas com falha de suporte medial apresentam índices elevados de falência da fixação e reoperação.²

Existe um sistema ideal de classificação para as fraturas subtrocantericas?

Existem mais de 15 classificações descritas para as fraturas subtrocantericas.^{1,3-5} A classificação de Fielding¹ subdivide as fraturas de acordo com sua localização anatômica, sendo o tipo 1 correspondente às fraturas ao nível do pequeno trocânter, o tipo 2 correspondente às fraturas localizadas entre 2,5 e 5 cm abaixo do pequeno trocânter e o tipo 3 correspondente às fraturas entre 5 e 7,5 cm abaixo do pequeno trocânter. Seu valor é somente histórico pela baixa reprodutibilidade em razão das variações étnicas.

A classificação de Russell-Taylor leva em consideração a integridade da fossa piriforme (mais adequadamente denominada fossa trocanterica).¹ O tipo I não acomete a fossa trocanterica (IA: sem extensão para o pequeno trocânter; IB: com extensão para o pequeno trocânter). O tipo II acomete a fossa trocanterica (IIA: sem cominuição do pequeno trocânter; IIB: cominuição grave do pequeno trocânter). Quando criada, os autores buscavam uma orientação quanto ao método de fixação da fratura com implantes existentes à época. Fraturas do tipo I, sem envolvimento da fossa trocanterica, poderiam ser tratadas com implantes intramedulares de primeira geração e ponto de entrada na fossa trocanterica. Fraturas do tipo II, com envolvimento da fossa trocanterica, deveriam ser tratadas com implantes extramedulares. Com o

desenvolvimento e aprimoramento dos dispositivos intramedulares – hastas intramedulares (HIM) de segunda e terceira gerações – essa classificação perdeu o valor prognóstico e de orientação terapêutica, pois o acometimento da fossa trocanterica deixou de ser contraindicação para a fixação intramedular.

A classificação de Seinsheimer talvez seja a mais usada e prática para as fraturas subtrocantericas do fêmur, pois é caracterizada pelo número de fragmentos fraturados e pela ênfase não somente no acometimento da cortical medial, mas também da lateral.²

Loizou et al.⁴ também descreveram um sistema de classificação baseado no grau de cominuição da fratura subtrocanterica. Porém, essa classificação não ganhou popularidade em nosso meio.

A classificação AO leva em consideração o osso (fêmur = 3), a localização (diáfise = 2), a energia do trauma (A, B ou C) e o mecanismo (1, 2 ou 3). Por convenção, a fratura subtrocanterica é caracterizada por “.1”.

Apesar de largamente usada e recomendada pela OTA, a classificação AO tem a desvantagem de englobar a fratura subtrocanterica em um grupo de fraturas com comportamento mecânico e biológico distinto: as fraturas diafisárias.²

Recentemente, Guyver et al.⁵ propuseram uma classificação denominada MCG. Esse sistema é subdividido em três tipos: Tipo I: preserva o pequeno e o grande trocânter; Tipo II: acomete o grande trocânter, mas o pequeno trocânter está íntegro; Tipo III: acomete o pequeno trocânter (mais instável).

Em seu trabalho original, os autores ainda avaliaram a reprodutibilidade intra e interobservadores das classificações MCG, Russell-Taylor, AO e Seinsheimer. Apesar da pobre reprodutibilidade intra e interobservadores de todas as classificações (Kappa 0,35), o sistema MCG mostrou a maior concordância, seguido pelas classificações de Russell-Taylor, AO e Seinsheimer.⁵

Acreditamos que ainda não dispomos de um sistema ideal de classificação para as fraturas subtrocantericas do fêmur capaz de orientar tratamento, prognóstico e com reprodutibilidade interobservadores satisfatória. Em nossa prática, adotamos a classificação AO pela facilidade de comunicação e por ser referência nas publicações atuais.

Tratamento cirúrgico x não cirúrgico

O tratamento não cirúrgico das fraturas subtrocantericas acarreta deformidades provocadas por encurtamento e desvio rotacional, dificultando o retorno às atividades funcionais prévias à lesão. No entanto, o ponto crítico do tratamento não cirúrgico está relacionado ao aumento da morbimortalidade causado pela imobilização e pelo decúbito prolongados. Atelectasia, pneumonia, fenômenos tromboembólicos e escaras são complicações frequentemente associadas ao decúbito prolongado.

Atualmente, o tratamento não cirúrgico para as fraturas subtrocantericas do fêmur é exceção e deve ser feito apenas em pacientes portadores de comorbidades clínicas extremamente graves que contraindiquem os procedimentos anestésico e/ou cirúrgico.⁶

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2707381>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2707381>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)