



Artigo Original

Tratamento das fraturas em duas partes do colo cirúrgico do úmero com o uso de haste intramedular metafisária bloqueada proximalmente com estabilidade angular[☆]



Leandro Viecili*, Donato Lo Turco,
João Henrique Arruda Ramalho, Carlos Augusto Finelli e Alexandre Penna Torini

Hospital Municipal Carmino Caricchio, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 30 de novembro de 2013

Aceito em 13 de fevereiro de 2014

On-line em 1 de agosto de 2014

Palavras-chave:

Fratura do úmero

Fixação intramedular de fraturas

Procedimentos cirúrgicos

R E S U M O

Objetivos: Avaliar os resultados funcionais de pacientes com fraturas do colo cirúrgico tratados com haste intramedular metafisária bloqueada (HIMB) e estabilidade angular.

Métodos: Foram analisados 22 pacientes prospectivos entre 21 e 69 anos, avaliados entre janeiro de 2010 e janeiro de 2011, e correlacionados tempo de consolidação, idade, sexo, complicações e resultado funcional com o protocolo da University of California at Los Angeles (UCLA) modificado.

Resultados: O tempo de consolidação médio foi de $9,26 \pm$ intervalo de confiança (IC) de 0,40 semana. Um caso (4,5%) não se consolidou. Não houve infecção. Houve um caso (4,5%) de capsulite adesiva com boa evolução ao tratamento clínico. Cinco pacientes (22,7%) apresentaram leve dor eventual e um caso (4,5%) referiu dor de média intensidade associada a impacto subacromial do implante. O escore médio UCLA modificado foi $30,4 \pm$ IC 1,6 ponto obtidos no fim de 12 meses de avaliação, 18 casos (81,8%) com escore «excelente» e «bom», três casos (13,6%) com escore «razoável» e um caso (4,5%) com escore «ruim».

Conclusão: No grupo de pacientes avaliados, o tratamento das fraturas em duas partes do colo cirúrgico com HIMB e a estabilidade angular demonstraram resultados funcionais satisfatórios e baixo índice de complicações, semelhantes aos encontrados na literatura.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

[☆] Trabalho desenvolvido no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Municipal Carmino Caricchio, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mails: leandro.viecili@hotmail.com, leandro.viecili@me.com (L. Viecili).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2014.02.011>

0102-3616/© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Treatment of two-part fractures of the surgical neck of the humerus using a locked metaphyseal intramedullary nail proximally with angular stability

A B S T R A C T

Keywords:

Humeral fracture
Intramedullary fracture fixation
Surgical procedures

Objectives: To evaluate the functional results from patients with surgical neck fractures treated with a locked metaphyseal intramedullary nail and angular stability.

Methods: Twenty-two patients between the ages of 21 and 69 years were evaluated prospectively between January 2010 and January 2011. Their time taken for consolidation, age, sex, complications and functional results were correlated using the modified protocol of the University of California at Los Angeles (UCLA).

Results: The mean time taken for consolidation was 9.26 weeks \pm confidence interval (CI) of 0.40 weeks. One case (4.5%) did not become consolidated. There were no cases of infection. There was one case (4.5%) of adhesive capsulitis with good evolution through clinical treatment. Five patients (22.7%) presented occasional mild pain and one case (4.5%) reported medium-intensity pain associated with the subacromial impact of the implant. The mean score on the modified UCLA scale was 30.4 \pm CI 1.6 points, obtained at the end of 12 weeks of evaluation: 18 cases (81.8%) with «excellent» and «good» scores, three cases (13.6%) with «fair» scores and one case (4.5%) with a «poor» score.

Conclusion: In the group of patients evaluated, treatment of two-part surgical neck fractures by means of a locked metaphyseal intramedullary nail and angular stability demonstrated satisfactory functional results and a low complication rate, similar to what is seen in the literature.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

As fraturas do úmero proximal representam 5% de todas. São mais prevalentes na população idosa e no sexo feminino.¹ A indicação cirúrgica baseia-se no desvio dos fragmentos segundo os critérios descritos por Neer,² bem como nas variações da expectativa de resultado final, a depender da idade e do grau de atividade do paciente antes da lesão.³⁻⁵

A maioria das fraturas não apresenta desvio.⁶ Em adolescentes e adultos jovens são mais comuns mecanismos de alta energia. Nos idosos o mecanismo mais comum é de baixa energia, como queda do nível do solo com trauma indireto no membro superior.⁷ O uso de drogas, álcool e fumo, assim como qualquer condição clínica que leve a osteoporose, aumenta o risco de fraturas em pacientes jovens.⁸⁻¹⁰

As fraturas do colo cirúrgico do úmero representam 25% das da região proximal. Desde que não haja grande comprometimento de partes moles e suprimento sanguíneo, há um baixo risco de osteonecrose. Neer descreveu três tipos de fratura do colo cirúrgico: angulada, transladada/separada e cominuta.² A diáfise tende a ser puxada anteromedialmente pela ação do músculo peitoral maior. O desvio esperado da região proximal adota uma posição neutra ou progressivamente para varo pela ação do manguito rotador.²

Há diversas opções de tratamento cirúrgico.¹¹ A redução aberta e a fixação com placa de ângulo fixo é uma opção bem difundida na literatura.¹² Entretanto, a redução indireta e a fixação com haste intramedular metafisária bloqueada (HIMB) gradualmente ganha espaço no arsenal terapêutico.¹³

Material e métodos

Foram analisados 22 pacientes prospectivos entre 21 e 69 anos, média de 41,4 \pm intervalo de confiança (IC) 6,2 anos, nove do sexo feminino e 13 do masculino, avaliados de janeiro de 2010 a janeiro de 2011. Todos apresentavam fratura em duas partes do colo cirúrgico do úmero classificadas como tipo II de Neer.² Foram submetidos a redução fechada e a fixação interna com HIMB e estabilidade angular (figs. 1 e 2).

Os pacientes foram submetidos a anestesia do tipo bloqueio regional, que complementou a anestesia geral, e colocados na posição de cadeira de praia. A incisão cutânea de aproximadamente 2 cm foi feita na região anterolateral do ombro, na projeção do tubérculo maior. Tanto o músculo deltoide como o manguito rotador foram divulsionados longitudinalmente. O ponto de entrada da haste encontra-se entre 8 e 9 mm medial na transição osso e cartilagem (centralizada na cabeça umeral na frente e no perfil) e a fresa inicial tem 9 mm de diâmetro (fig. 3).

Para facilitar a localização do ponto de entrada e a introdução do fio guia, frequentemente usamos um fio de Kirschner de 2,5 mm de diâmetro colocado de forma excêntrica, que permita a rotação interna e a adução do fragmento proximal e gera uma imagem de frente verdadeira e de perfil na fluoroscopia (fig. 4).

A correta posição do ponto de entrada faz com que a haste, após entrar no fragmento distal, reduza a fratura.

A haste deve ser introduzida até que sua extremidade proximal esteja por aproximadamente 4 mm para dentro da

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2718002>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2718002>

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