

Análise de casos tratados no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, no período de um ano, por uma das equipes cirúrgicas

LÉO MÁRIO MABILDE *

1. *Introdução*

Nesta série de dezoito pacientes com fratura trocantérica do fêmur, dezesseis são considerados. Todos os casos foram tratados por fixação interna, mostrando que, a indicação cirúrgica é cada vez mais frequente neste tipo de fratura.

2. *Classificação*

a) Segundo o critério de Bosworth:

Pertrocantéricas	
(Intertrocantéricas)	= 10 casos = 63%
Paratrocantéricas	
(Basecervical)	= 3 casos = 19%
Subtrocantéricas	= 1 caso = 6%
Combinações	= 2 casos = 12%

b) Segundo o critério de Boyd:

Tipo 1	= 6 casos = 38%
Tipo 2	= 3 casos = 19%
Tipo 3	= 4 casos = 24%
Tipo 4	= 3 casos = 19%

3. *Idade e Sexo*

A idade média nesta série foi de 71 anos, sendo o mais moço de 43 anos e o mais velho de 102 anos.

Entre os homens, a idade média foi de 65 anos e entre as mulheres foi de 75 anos. As mulheres predominaram em número, quase em dobro, na proporção de 63% para 37% dos homens.

4. *Raça*

Em 100% dos casos, os pacientes foram da raça branca. Nenhum da raça ne-

gra. Bosworth relata que, em 239 fraturas, observou apenas 3 casos (1,2%) na raça negra.

5. *Localização da fratura*

Houve nítida tendência para as fraturas no lado esquerdo 70%, com 30% relativo ao direito.

6. *Incidência com outras fraturas do quadril*

O paciente idoso apresenta em maiores períodos de follow-up uma alta incidência de outras fraturas do quadril oposto, ou refratura do mesmo.

Na nossa série, observamos um paciente que havia tido uma fratura trocantérica do fêmur oposto a três anos, e outro que possuía uma fratura vertical do colo no mesmo lado e na mesma ocasião da fratura trocantérica.

Tratando-se de um pequeno número de pacientes (16) e um curto período de seguimento (1 ano), pode-se verificar como a percentagem é alta (6,2%), o que ensina desde já a ter com este tipo de paciente cuidados especiais no período posoperatório imediato e tardio.

Com relação ao uso das muletas, quando permitida a deambulação, retirar do meio habitual de vida todos aqueles objetos que potencialmente possam representar motivo de queda (tapêtes, trilhos, passadeiras, brinquedos e pequenos animais domésticos). Poderá mesmo haver necessidade de não poder permitir a deambulação com muletas ou bengalas, de pacientes que por suas condições gerais de senilidade, representam sérios candidatos a novas quedas.

* Professor adjunto de Ortopedia e Traumatologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

7. *Doenças associadas e outras condições patológicas*

Neste grupo de pacientes verificam-se problemas decorrentes da coexistência de: senilidade, subnutrição, osteomalacia carencial, hemiplegia, doenças cardiorenais, diabete, artrite, arteriosclerose e tuberculose.

Na nossa série de pacientes, apenas três (1,9%) não apresentaram, pelos exames de rotina, a incidência de doenças associadas. Os demais treze (98,1%) apresentavam: diabete, hemiplegia, uremia, arteriosclerose, alterações eletrocardiográficas marcadas, tuberculose, artrite e senilidade.

Isto vem provar mais uma vez, que as fraturas trocântéricas do paciente idoso, não constituem um problema somente de natureza traumatológica, que toca unicamente ao ortopedista mas também que exige uma completa equipe médica (clínico, cardiologista, anesthesiologista, urologista e fisiatra), pois o ato cirúrgico raramente constitui um pequeno risco operatório.

8. *Tipo do acidente que produziu a fratura*

A queda, nos pacientes idosos, constitui a grande causa no mecanismo de produção das fraturas trocântéricas.

Em nossa série, dez pacientes (63%) sofreram quedas dentro de casa, cinco sofreram quedas na via pública (31%) e apenas um paciente (6%) foi vítima de um acidente de trânsito.

Este percentual elevado de quedas em domicílio, comprova mais uma vez o especial cuidado que devem ter os idosos que deambulam com equilíbrio muito precário, evitando assim, todas aquelas causas que foram mencionadas anteriormente.

9. *Tratamento*

As dezesseis fraturas foram tratadas cirurgicamente com fixação interna e tração prévia tipo Tillaux.

A técnica cirúrgica foi a habitual, sendo a fratura reduzida por manobras e imobilizada por uma placa metálica de uma peça tipo Moore.

A média do intervalo entre a produ-

ção da fratura e a operação foi de 6, 7 dias. Menor intervalo: 3 dias. Maior intervalo: 13 dias. Levando em conta que não houve demora entre a fratura e a chegada do paciente ao hospital, devemos considerar este prazo médio como muito longo. Nós estamos convencidos que a intervenção cirúrgica deve ser precoce, dentro dos primeiros dias que se seguiram ao internamento.

Este período de espera, sempre breve, deve ser aproveitado ao máximo para um tratamento geral de preparação, variável segundo o caso, e que poderá continuar logo após a operação. Muitos pacientes que, aparentemente, não mostram estar em condições para a cirurgia, poderão graças a ela, ainda serem salvos quando precocemente realizada. Bosworth, apresenta uma média de 2,9 dias, afirmando que a demora foi mais devida ao atraso no internamento do paciente, do que adiamento propriamente dito da intervenção.

10. *Tempo operatório e colocação da placa*

O tempo operatório médio em nossa série foi de setenta e cinco minutos, incluindo, naturalmente, redução da fratura, cirurgia e radiografias. Aconselhamos o uso do fio guia. O que se ganha em tempo eliminando-o, e com isto duas radiografias, não compensa o dano causado à estrutura óssea por uma botocira inadequada na cortical e um falso caminho na região.

É claro, que o paciente é vigiado muito atentamente durante a operação pelo internista que a tratou previamente. Consideramos ainda o tempo operatório demorado, ele poderá ser encurtado com melhor entrosamento da equipe de sala.

11. *Placas usadas*

O comprimento e o ângulo da placa de Moore em nossas dezesseis fraturas, variou de 2,5 a 3,75 de polegada, sendo cerca de 85% de 3 polegadas.

O ângulo variou de 125 a 140 graus, com cerca de 70% dos casos com ângulo de 130 graus. Nas radiografias tomadas no follow-up foi revelado que uma lâmina penetrou na cartilagem articular

(6%), figuras 12 e 13; cinco foram curtas (32%), figuras 17, 18, 22 e 23; e dez estavam no comprimento adequado (62%), figuras 5, 25 e 27.

Somos de parecer que melhor será correr o risco de uma possível penetração articular, assegurando uma completa fixação da fratura, já que a placa pode ser facilmente removida posteriormente, do que usar uma lâmina mais curta que certamente não penetrará na luz articular, mas que favorecerá a instabilidade da fratura e a possibilidade de um atraso na consolidação ou até mesmo uma pseudoartrose.

Acresce ainda dizer, que a penetração da placa na articulação não teria consequências, sobretudo nesta idade.

12. *Cicatrização da ferida operatória*

É conhecido, como as incisões operatórias nos pacientes idosos podem trazer uma série de complicações, desde o simples hematoma, hematomas infectados e mesmo supurações que se arrastam por semanas e meses.

Na nossa série, tivemos oito casos aos quais a cicatrização foi por primeira intenção. Seis casos de hematoma que progressivamente reabsorveram com cicatrização posterior e dois casos de hematoma que infectaram e supuraram, trazendo problemas que foram contornados e que finalmente terminaram pela cicatrização da ferida operatória em segunda intenção.

Usamos sempre pontos separados na pele, com sêda, nylon ou algodão, com retirada, não antes da segunda semana de cirurgia.

13. *Cuidados posoperatórios*

Acreditamos que estes pacientes necessite um completo cuidado médico e de enfermagem até que tenham alta do Serviço.

É necessário, evitar as escaras de decúbito, quando as mesmas já não existem, pela mobilização freqüente e fundamentalmente, retirar esses pacientes para as cadeiras de rodas os mais precoce possível.

Muita atenção será necessária para o equilíbrio hidrosalino, administração de antibióticos, anabolizantes, proteínas, vitaminas, etc.

Em média, os nossos pacientes foram retirados da cama nos primeiros três dias, alguns vinte e quatro horas depois, outros mais tardiamente no sexto e sétimo dia.

14. *Deambulação*

Em nossa série, um paciente já não andava (hemiplegia) antes de que a fratura ocorresse. Dos quinze restantes, onze tiveram alta antes de que se tornassem ambulatorios e quatro finalmente, faleceram quando internados.

Devemos reconhecer que a carência de leitos nos obrigue a dar alta a esses pacientes antes de que possam aprender a usar um par de muletas e conseqüentemente possam iniciar a deambulação, já que estamos convencidos que tão logo suas condições gerais de visão, força e equilíbrio o permitam, devem ser instruídos a usarem as muletas.

Mais uma vez é necessário encarecer a importância do serviço de reabilitação em espaço útil, equipamento mínimo, mas pessoal suficiente a fim de que possa dar ao hospital as suas reais possibilidades.

Quando revisamos pacientes idosos operados, chegamos à melancólica conclusão de que lhes oferecemos muito pouco do muito que realmente necessitam para sobreviver.

15. *Duração da estada no Hospital*

A média de permanência no hospital foi de 29,7 dias, com o mínimo de 19 e o máximo de 65 dias. Como afirmamos acima, tempo insuficiente para esses pacientes com assistência adequada poderem deambular com muletas.

De qualquer modo é necessário concluir que o número de dias de internamento é pelo menos a metade daquele exigido pelos pacientes tratados por tração.

Se outras razões não existissem (que da mortalidade em 50%), esta pelo menos, seria positiva e definitiva para optar pelo tratamento cirúrgico dessas fraturas.

16. *Mortalidade durante a hospitalização*

Quatro pacientes (25%) faleceram antes de que tivessem alta do Hospital.

Um paciente faleceu três dias após a cirurgia por trombose; outro seis dias após por deterioração mental; outro dez dias por coma urêmico e finalmente outro dezoito após por coma diabético.

Devemos assinalar a relação existente entre o intervalo que existiu antes da cirurgia e os pacientes que faleceram. O intervalo médio nos quatro casos de óbito foi de 9,5 dias.

17. *Complicações não fatais*

Úlceras de decúbito

do sacro — 8 casos = 57,1%

Trombo-flebitis — 3 casos = 21,4%

Deterioração mental — 2 casos = 14,3%

Acidente cardio-vascular cerebral — 1 caso = 7,2%

18. *Follow-up*

O tempo médio de follow-up para os pacientes que tiveram alta do hospital foi de nove meses. Dos dezesseis pacientes estudados nesta revisão, 25% estão mortos, 37,5% estão vivos e 37,5% não foram conseguidos para exame nesta data.

Na nossa série, os pacientes cujo estado fomos informados na presente data, 56% estariam vivos e 44% estariam mortos.

Levando em conta que a idade média dos pacientes foi de 71 anos, este percentual não deve ser considerado elevado.

19. *Avaliação radiológica*

Consideramos as reduções em 75% como boas, 25% como regulares e 0,0% como pobres. Na avaliação da situação da placa, seguimos o critério de Bosworth, que considera como boa, a posição inferior e posterior, como pobre a posição superior e anterior e como discutível as demais combinações.

Baseado, pois, neste critério podemos afirmar que, em nossa série, 65% das placas foram bem colocadas, 29% foram discutíveis e 6% foram pobres. O tempo médio de consolidação variou de mais de três meses a menos de nove meses. Isto porque, radiografando os pacientes cada três meses, podemos verificar a ausência de consolidação aos três meses e, na maio-

ria dos casos, já havia consolidação aos seis-nove meses, quando o novo controle realizado.

Não verificamos diferença no tempo de consolidação, condicionado ao tipo de fratura, cremos mesmo, que a consolidação da fratura está mais determinada pela solidez da fixação interna com total ausência de instabilidade do que propriamente ao tipo de fratura.

Em quatro casos (20%) verificamos a transformação da fratura intertrocanterica em fratura subtrocantérica, quando a placa estava sendo introduzida, numa tentativa de dar melhor posição de valgo. Fig. 7. O follow-up demonstrou que este acidente não interfere na estabilidade da fratura e nem no seu tempo de consolidação.

Não tivemos nenhum caso de ausência de consolidação.

20. *Falhas de placa*

Não houve caso de falha do material empregado.

21. *Conclusões*

1. A fixação cirúrgica como tratamento das fraturas trocantéricas do fêmur deve ser considerada uma intervenção de escolha.

2. A freqüente ocorrência de condições patológicas e complicações do paciente exige prioridade número um para esta cirurgia no quadro geral das intervenções, assim como uma completa equipe de assistência no preoperatório e no posoperatório imediato e tardio.

3. A demora na realização do ato cirúrgico aumenta a ocorrência de complicações não fatais e fatais.

4. É preferível repetir vários fios guias até que uma posição ideal seja encontrada, mesmo que implique em maior tempo operatório, de que contentar-se com uma posição discutível ou mesmo pobre da placa.

5. A introdução da placa sem fio é praticável mas não aconselhável. O que é ganho em tempo não é compensado pelo dano causado por repetidas introduções.

6. Na contingência de ter que decidir por uma placa mais longa, a fim de assegurar uma completa estabilidade da fratura, a eventualidade da penetração na cartilagem articular deve ser aceita.

7. A freqüência com que ocorre outra fratura no quadril ou mesmo refratura exige um permanente cuidado do paciente idoso, principalmente no seu ambiente familiar.

8. É necessário proporcionar ao paciente operado melhores condições assistenciais técnicas e ambientais, assim como aumentar seu tempo de permanência hospitalar até que, pelo menos, tenha apreendido a equilibrar-se novamente e haver adquirido força suficiente para andar com muletas razoavelmente bem.

22. *Resumo*

O autor faz uma análise dos casos de fraturas trocântéricas do fêmur, tratadas por sua equipe do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, durante um ano de atividade. Inicialmente as classifica e determina o seu percentual de acordo com os critérios de Bosworth e Boyd.

A seguir passa em revista o sexo, a idade, a raça e o lado da fratura dos pacientes, assim como a incidência com outras fraturas do quadril, doenças associadas e o tipo de acidente que a produziu.

Entrando no tratamento opta pela fixação interna. Considera o ato operatório quanto a técnica, dimensões da placa, tempo empregado no preparo do paciente e na cirurgia propriamente dita.

No posoperatório descreve os cuidados necessários, salienta a oportunidade da deambulação, o tempo de hospitalização, a incidência de complicações fatais e não fatais e, ainda, o follow-up.

Finalmente, uma avaliação radiológica transoperatória e posoperatória é feita, antes de entrar nas conclusões que, em número de oito, objetivamente sintetizam a opinião do autor.

23. *Bibliografia*

1. Cleveland, Mather — Bosworth, David — Thompson, Frederick — Wilson, Hudson and Ishizuka, Tadao «A Ten-year Analysis of Intertrochanteric Fractures of the Femur». The Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 41A, 1399-1408. December 1959.
2. Boyd, Harold B. — Anderson, Lewis «Management of Unstable Trochanteric Fractures». Surgery, Gynecology & Obstetrics. May 1961. Volume 112. Pag. 633-638.

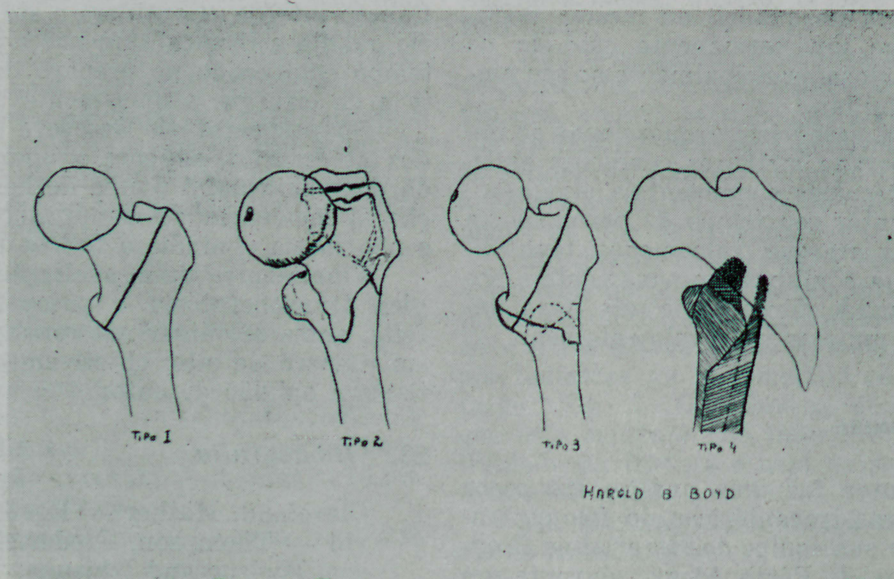
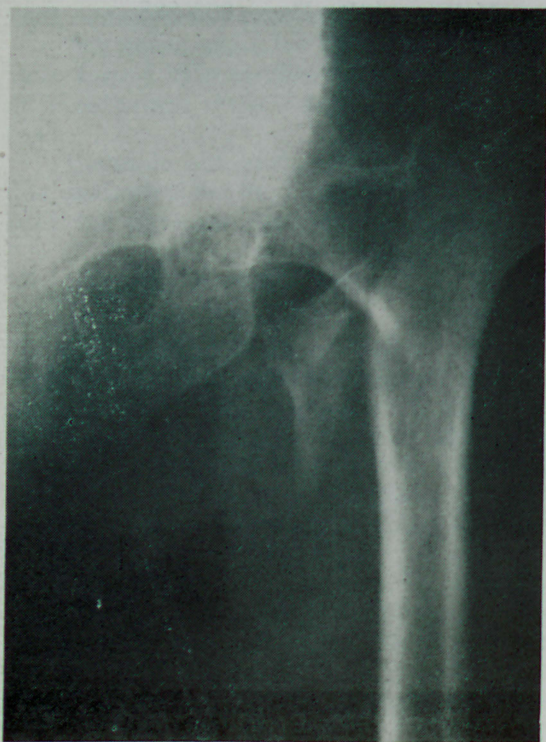


Fig. 1 — Fraturas Trocântericas. Classificação segundo Harold B. Boyd.



Caso 1
Fig. 2 — Fratura transtrocanterica E. Radiografia inicial.



Fig. 3 Caso 1 — Radiografia de face. Contrôl transoperatório de introdução da placa.



Fig. 4. Caso 1 — Radiografia de perfil. Contrôlo transoperatório de introdução da placa.



Fig. 5. Caso 1 — Radiografia de face. Contrôlo posoperatório de 3 meses. Boa posição da placa. Fratura em consolidação.



Fig. 6. Caso 2 — Fratura paratrocantérica E. Radiografia inicial de face.

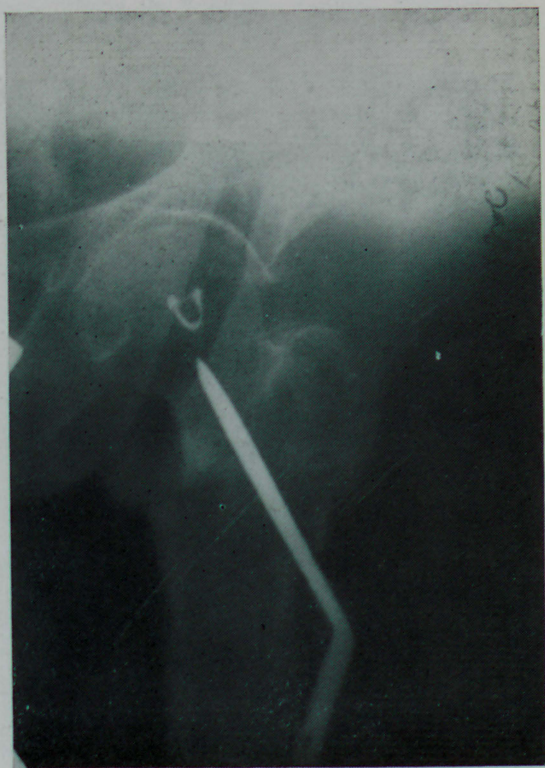


Fig. 7. Caso 2 — Radiografia de face. Contrôlo transoperatório de introdução da placa. Transformação em fratura tipo 3.

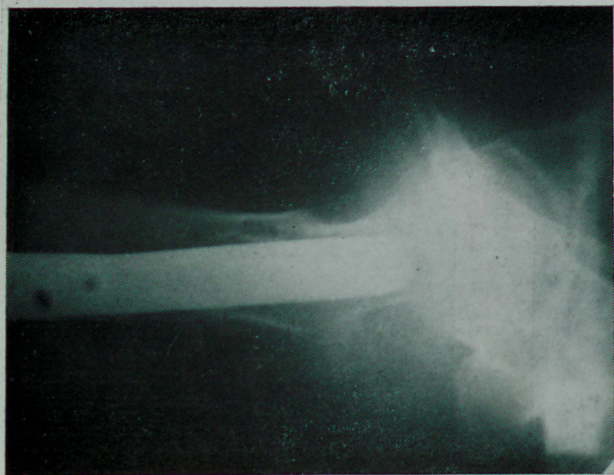


Fig. 8. Caso 2 — Radiografia de perfil. Contrôlo transoperatório de introdução da placa.



Fig. 9. Caso 3 — Fratura trocantérica E. Tipo 4 de Boyd. Radiografia inicial de face.



Fig. 10. Caso 3 — Radiografia de face. Contrôlo transoperatório de introdução da placa.

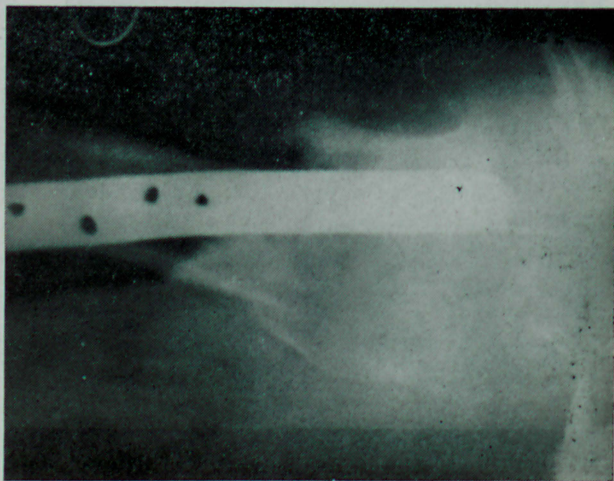


Fig. 11. Caso 3 — Radiografia de perfil. Contrôlo transoperatório de introdução da placa.

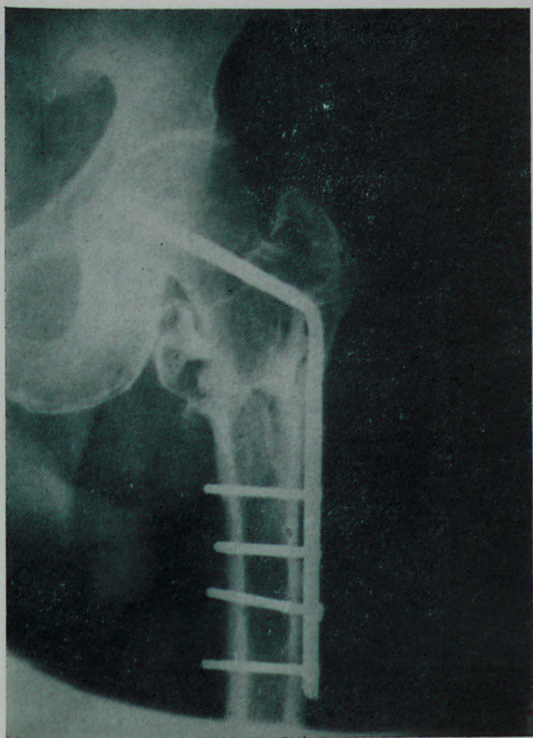


Fig. 12. Caso 3 — Radiografia de face. Contrôlo posoperatório de 8 meses. Fratura em consolidação. Lâmina longa.

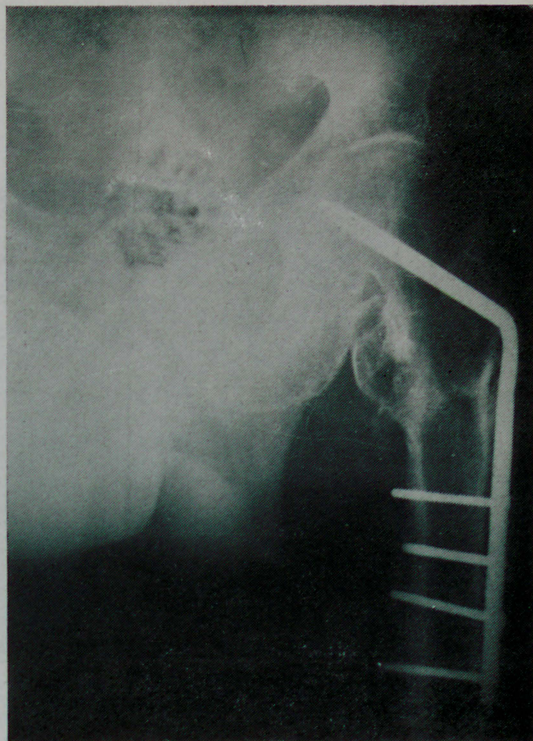


Fig. 13. Caso 3 — Radiografia de face. Contrôlo posoperatório de 9 meses. Fratura consolidada. Lâmina longa.



Fig. 14. Caso 4 — Fratura paratrocantérica E. Radiografia inicial de face.



Fig. 15. Caso 4 — Radiografia de face. Contrôlo transoperatório de introdução da placa.



Fig. 16. Caso 4 — Radiografia de perfil. Contrôlê transoperatório de introdução da placa.

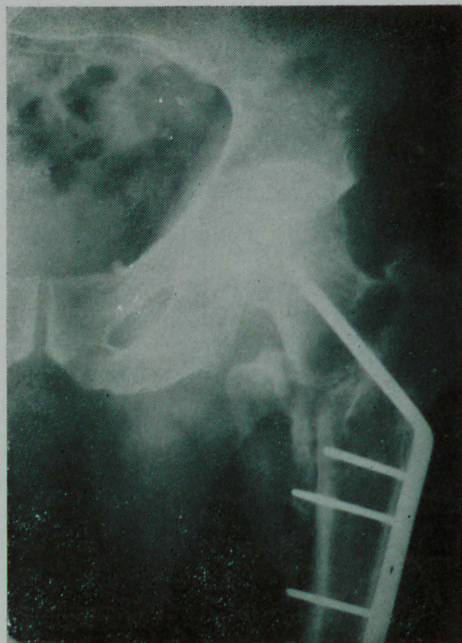


Fig. 17. Caso 4 — Radiografia de face. Contrôlê posoperatório de 3 meses. Fratura em consolidação. Lâmina curta.



Fig. 18. Caso 4 — Radiografia de face. Contrôlê posoperatório de 9 meses. Fratura consolidada. Lâmina curta.



Fig. 19. Caso 5 — Fratura intertrocanterica E. Radiografia de face inicial.

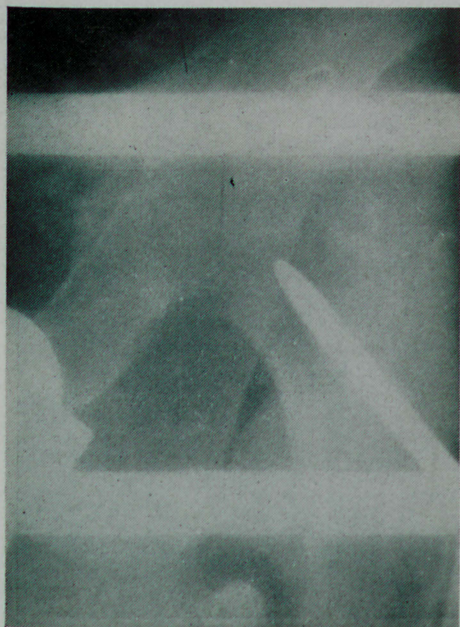


Fig. 20. Caso 5 — Radiografia de fa-
ce. Contrô- le transoperatório de in-
tro- dução da placa.

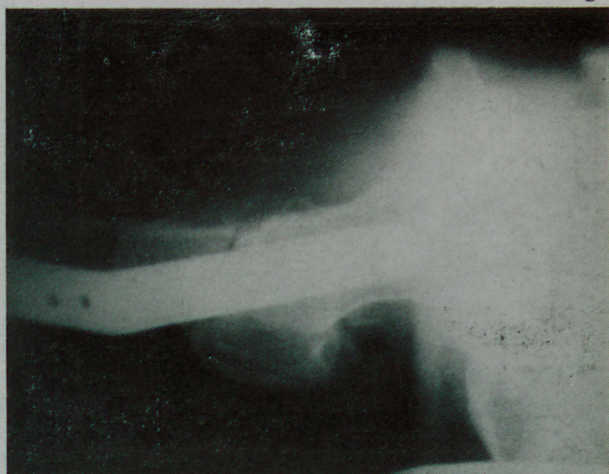


Fig. 21. Caso 5 — Radiografia de perfil. Contrô-
le transoperatório de introdução da placa.

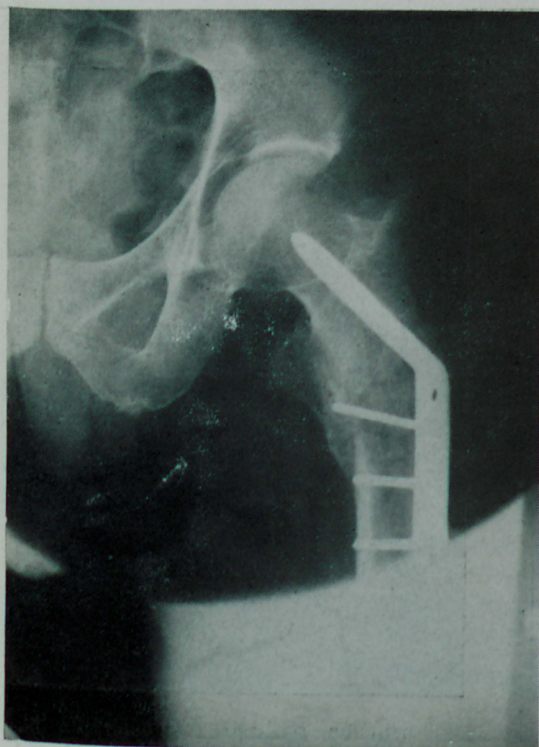


Fig. 22. Caso 5 — Radiografia de face. Contrô-
le posoperatório de 3 meses. Fratura em consoli-
dação. Lâmina curta.

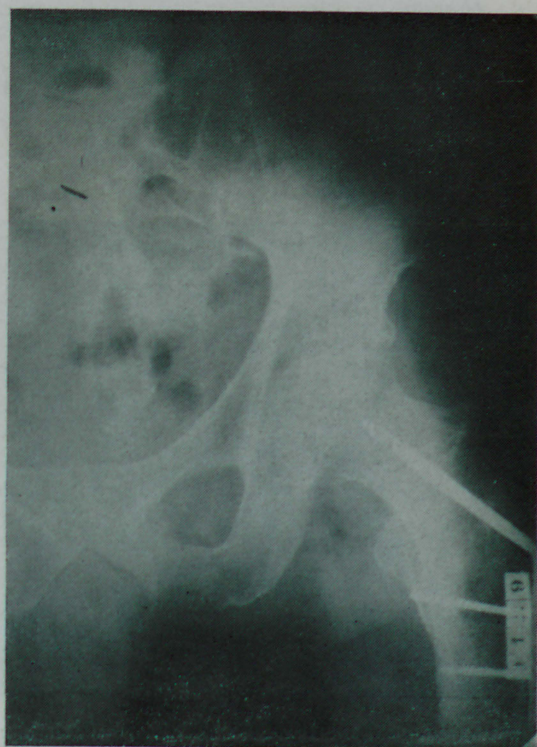


Fig. 23. Caso 5 — Radiografia de face. Contrô-
le posoperatório de 8 meses. Fratura consolidada.
Lâmina curta.



Fig. 24. Caso 6 — Fratura Intertrocantérica E.
Radiografia inicial de face.



Fig. 25. Caso 6 — Radiografia de face. Contrô-
le transoperatório de introdução da placa.



Fig. 26. Caso 6 — Radiografia de perfil. Contrô-
le transoperatório de introdução da placa.

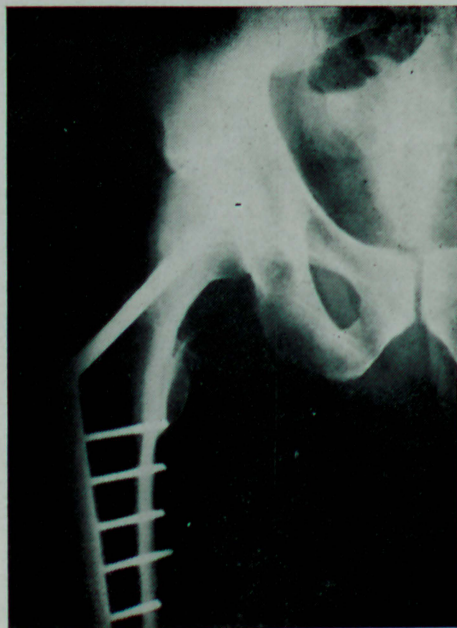


Fig. 27. Caso 6 — Radiografia de
face. Contrô-
le posoperatório de 10
meses. Fratura consolidada. Lâmina
de comprimento adequado. Placa em
boa posição.