

Fraturas Transtrocantéricas de Fêmur

Anatomia

Classicamente, uma fratura transtrocantérica ocorre ao longo de uma linha entre o grande e o pequeno trocânter. Teoricamente, é uma fratura totalmente extracapsular. As forças musculares deformantes em geral acarretam encurtamento, rotação externa e posição em varo na fratura.

É importante se ter em mente a medida normal do ângulo cervico-diafisário que, de acordo com a maioria dos autores, está em torno de 135°.

As fraturas extracapsulares transtrocantéricas ocorrem através de osso esponjoso, o qual apresenta um excelente suporte sanguíneo e boa consolidação, mesmo se não tratada.

Epidemiologia

Fraturas quatro vezes mais comuns que as fraturas de colo intracapsulares e ocorrem primariamente em idosos, nas 7ª e 8ª décadas de vida. O sexo feminino é mais comumente acometido devido às alterações osteometabólicas.

Mecanismo de fratura

Geralmente resultam de queda da própria altura ou torção do quadril, no qual o tronco do paciente gira com o pé fixo. Alguns pacientes com fratura de estresse (insuficiência) podem fraturar o fêmur proximal súbita e espontaneamente. Forças diretas agem ao longo do eixo do fêmur ou diretamente sobre o grande trocânter, resultando em fratura. Forças indiretas ocorrem através da ação do iliopsoas no pequeno trocânter e abdutores no grande trocânter.

Em indivíduos jovens, resultam de uma lesão de alta energia, como um acidente automobilístico ou queda de altura

Exame físico

Por ocorrerem mais freqüentemente em idosos, uma avaliação clínica geral deve ser realizada. O membro normalmente encontra-se encurtado e com rotação externa. Esta rotação externa geralmente é mais acentuada que em fraturas do colo do fêmur. Atenção especial deve ser tomada para fraturas associadas, também comuns em osso osteoporótico, como por exemplo: fraturas do rádio distal, úmero proximal, costelas e coluna (compressão).



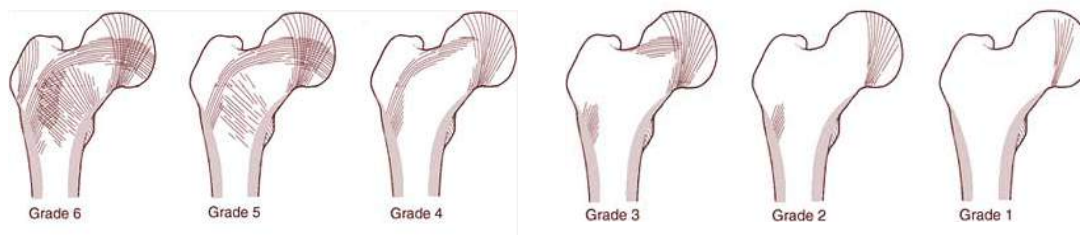
Radiologia

São realizadas radiografias do quadril afetado nas incidências em AP verdadeiro (em rotação interna, para determinar obliquidade do traço de fratura e qualidade óssea) e em Perfil (determinar o tamanho, localização e cominuição do fragmento posterior), além de um AP da pelve.

Em caso de exame físico e anamnese positivos para fratura, mas sem imagem positiva ao RX, a Cintilografia, Tomografia Computadorizada ou, de preferência, a Ressonância Magnética podem confirmar o diagnóstico.

Qualidade óssea

A qualidade óssea é um dos parâmetros para se pensar ao se escolher o tratamento das fraturas transtrocantericas. Ossos com qualidade baixa, podem levar a complicações pós-operatórias mesmo em fraturas consideradas estáveis. O grau de osteoporose pode ser medido pelo método de Singh o qual determina 6 graus diferentes, sendo o grau 6 correspondente ao osso normal e o grau 1 a osteoporose severa. O método é baseado nos padrões do trabeculado ósseo. Os autores referem que nos graus de 1 a 3, mesmo com fraturas estáveis e sem cominuição, podem ocorrer complicações que só ocorreriam em fraturas instáveis e cominutas dos ossos grau 4 a 6.



Aspectos do traço de fratura e estabilidade

A fratura considerada estável é aquela na qual, após redução, apresenta corticais intactas, sem “gap” póstero-medial, impedindo desvio em varo ou retroversão. Nestas fraturas, tanto o fragmento proximal quanto o distal, apresentam cortical postero-medial sem cominuição e também não há fratura do pequeno trocânter.

As fraturas instáveis podem ocorrer em traços de fratura com obliquidade reversa, em casos em que há cominuição póstero-medial (do calcar), do grande trocânter e fraturas com traço estendendo-se à região subtrocantérica, levando à perda do contato entre os fragmentos proximal e distal.

Classificação

Tronzo

Tipo I: Fratura incompleta

Tipo II: Fratura completa com ou sem desvio, não cominutiva, com parede posterior intacta e um fragmento relativamente pequeno do pequeno trocânter.

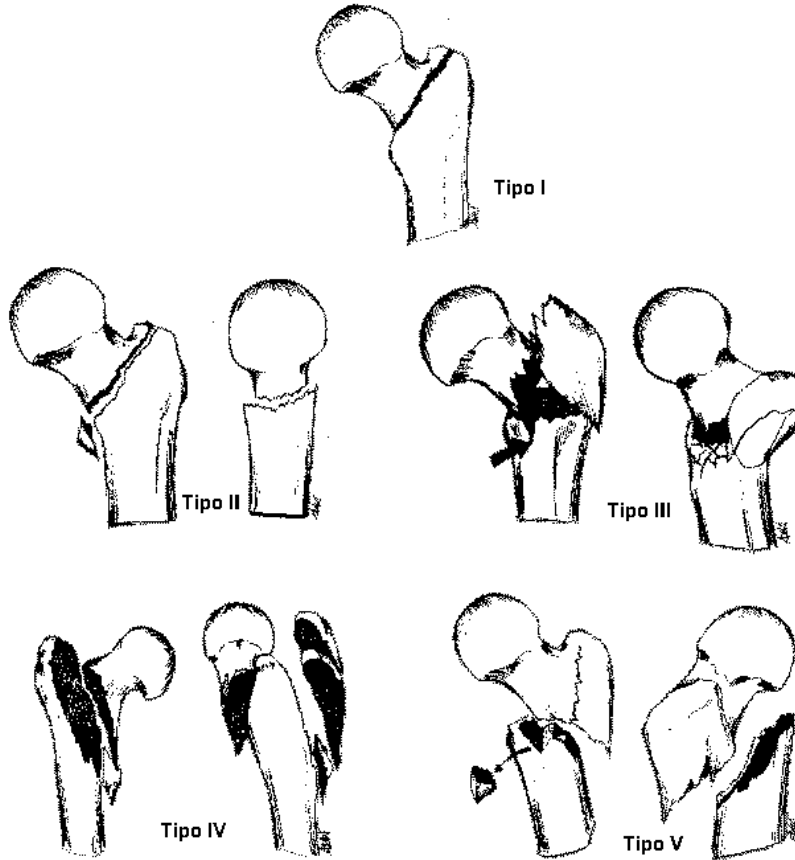
Tipo III: Parede posterior com cominuição, telescopagem do fragmento proximal (colo) na diáfise.

Fragmento maior do pequeno trocânter.

Tipo III variante: Apresenta fratura transversa do grande trocânter

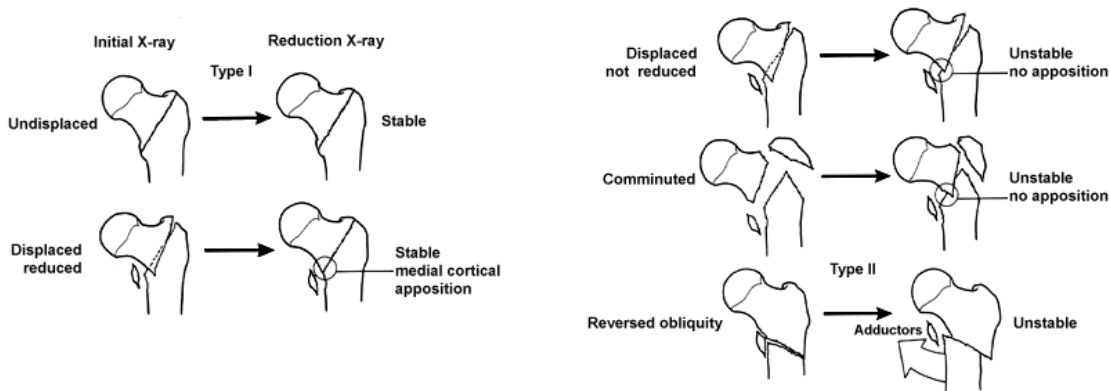
Tipo IV: Parede posterior com cominuição, sem telescopagem dos dois fragmentos maiores. Fragmento do colo deslocado para fora da diáfise. Há perda da maior parte da parede postero-medial.

Tipo V: Obliquidade reversa. Grande trocânter pode ou não estar inserido ao colo



Evans

Apresentou um método mais simples de classificação, dividindo as fraturas em dois grupos: estáveis e instáveis, conforme figura abaixo:



Tratamento

O objetivo do tratamento das fraturas transtrocantericas deve visar a reabilitação do paciente ao seu estado antes da fratura, no menor espaço de tempo.

Fraturas transtrocantericas são essencialmente cirúrgicas, exceto nos casos em que o paciente não apresenta condições clínicas para procedimento cirúrgico.

O tratamento conservador pode ser realizado com analgésicos, coxins de abdução ou tração (cutânea ou esquelética). Os pacientes que não deambulavam, previamente, somente necessitam conforto da dor enquanto a fratura consolida. Nos pacientes que poderão voltar a deambular, uma tração esquelética por 10 a 12 semanas pode ser necessária para ajudar a diminuir estes desvios resultantes. Pacientes podem ser liberados para carga total somente após 4 a 6 meses.

O tratamento cirúrgico tem objetivo de realizar fixação estável para a fratura reduzida. Vários fatores interferem na escolha e montagem dos diversos implantes disponíveis, dentre eles: qualidade óssea, características dos fragmentos e redução.

A boa redução deve prover um contato cortical póstero-medial, para evitar desvio em varo e encurtamento. Nos casos em que a redução anatômica se torna impossível devido à grande cominuição, reduções não anatômicas podem ser utilizadas, desde que sejam estáveis.

Atualmente, os sistemas mais utilizados para fixação destas fraturas são: placa + parafuso deslizante de quadril (DHS) ou haste céfalo-medular de quadril. Ainda não existem diferenças estatisticamente comprovadas entre estes dois sistemas, exceto para fratura com traço reverso, que é consenso o uso da haste céfalo-medular. Porém, há uma crescente tendência ao uso desta haste em todas as fraturas transtrocantericas instáveis. Em alguns casos selecionados, quando há fratura transtrocanterica em quadril com artrose avançada, alguns autores preconizam o tratamento com Artroplastia de quadril.



Tratamento com DHS



Tratamento com Haste Céfalo-medular de fêmur

Complicações

Taxas de mortalidade de 10 a 30% estão descritas durante o primeiro ano após fratura. Outras complicações como fenômenos tromboembólicos, úlceras de pressão, falhas de implante, penetração articular ou deformidades rotacionais também são descritos. Complicações como pseudoartrose (1 a 2%) e necrose asséptica (0,8%) são raras em fraturas transtrocantericas.

Fraturas do Grande Trocânter

Avulsões isoladas ou fraturas cominutas do grande trocânter são lesões incomuns. São lesões encontradas em dois grupos distintos de acordo com a faixa etária. O primeiro grupo que ocorre em crianças e jovens entre 7 e 17 anos onde ocorrem descolamentos epifisários e podem ocorrer devido à trauma indireto com força de contração muscular. Ao segundo grupo pertencem os adultos em que ocorrem fraturas cominutas e ocorrem por trauma direto.

Ao exame, o paciente pode apresentar discreta dor ou impotência funcional e atitude antálgica em flexão do quadril. Discreta força de abdução pode ocorrer devido ao encurtamento dos tendões inseridos no trocânter.

O tratamento pode ser realizado através de tração e imobilização em abdução, até melhora dos sintomas e apresenta em geral um bom prognóstico.

Considera-se a possibilidade de redução aberta e fixação interna em jovens, com fragmento maior que 1 cm, sem cominuição, com desvio maior que 2 cm.

Fraturas-avulsão do Pequeno Trocânter

Lesões mais comuns em crianças e adultos jovens com 85% dos casos ocorrendo antes dos 20 anos de idade. O pico de idade está entre 12 e 16 anos. Geralmente resultam de contração forçada do músculo ílio-psoas. O paciente pode apresentar ao exame, dor ao realizar flexão do quadril contra resistência. O sinal de Ludloff para insuficiência do ílio-psoas é positivo (paciente sentado com impossibilidade de levantar a perna em relação ao chão). O tratamento é feito através de repouso no leito seguido de mobilização, devendo-se restaurar flexão do quadril em cerca de 3 semanas.

**PARA MAIS INFORMAÇÕES, PROCURE UM ORTOPEDISTA MEMBRO DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUADRIL (SBQ)**