

DEFORMIDADE E FRATURA RECIDIVANTES DE MEMBROS INFERIORES - PARTE 2

LOWER LIMBS DEFORMITIES AND RECURRING FRACTURES - PART 2

David Gonçalves Nordon¹, Ariel Falbel Lugão²

DIAGNÓSTICO

Do ponto de vista traumatológico, a paciente apresenta uma fratura oblíqua de fêmur direito, sem comemorativos, classificada como AO32A2. É uma fratura que necessita de mais energia do que uma fratura simples espiral, que é a mais comumente vista em mecanismos de torção. Contudo, a forma anormal deste fêmur muda o seu eixo mecânico, e a força axial causou um cisalhamento em varo.

O diagnóstico síndrômico da paciente é de picnodisostose, doença relacionada à falta de catepsina K em osteoclastos, impedindo-os de trabalhar de forma adequada. Os ossos apresentam maior densidade mineral, porém são geralmente deformados, e a qualidade óssea é ruim, contribuindo para sua fragilidade.

Os pacientes com picnodisostose são geralmente de baixa estatura; homens medem ao redor de 1,50 m e mulheres ficam abaixo disso.

Pode ser diferenciada da osteogênese imperfeita, doença que apresenta fragilidade óssea, pelas deformidades evidentes, e da osteopetrose, doença que geralmente não apresenta comprometimento estatural, mas sim excesso de deposição mineral, tornando os ossos visivelmente mais radiopacos à radiografia.

CONDUTA

Indubitavelmente é necessário para a paciente realizar a fixação desta fratura. Ao contrário da tibia, osso que pode evoluir bem com tratamento conservador em traços simples de

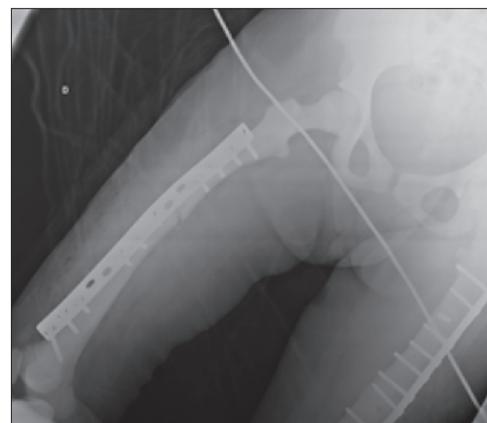
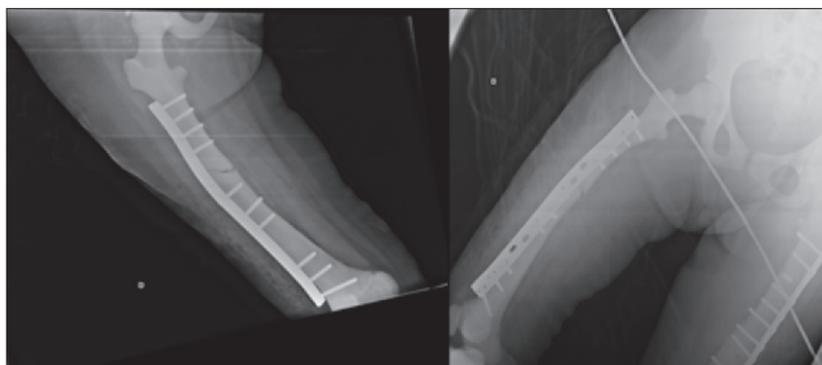
fratura (AO42A), o fêmur é um osso que pode resistir a até dez vezes o peso do corpo quando em movimento. Evidentemente métodos conservadores não serão suficientes para o tratamento.

Em pacientes nesta faixa etária comumente não são indicadas hastes intramedulares, embora possam ser feitas em algumas exceções, pelo risco de lesão da fise de crescimento e de osteonecrose da cabeça do fêmur. Contudo, nesta paciente, a impossibilidade da aplicação de uma haste é ainda mais evidente pela estreiteza do canal intramedular e pela grande deformidade óssea.

Em um planejamento a longo prazo para outros pacientes poderiam ser consideradas osteotomias corretoras, entretanto, não haverá benefício nesta paciente, pois a alteração metabólica permanecerá e novas deformidades sucederão.

Desta forma, optou-se por uma fixação com placa DCP (Dynamic Compression Plate) 4,5 mm larga em fêmur, com pré-moldagem para se adaptar às deformidades ósseas, assim como no fêmur contralateral. Nesses casos é importante o uso de placas de maior comprimento, visando evitar fraturas peri-implantes.

Na eventualidade de uma fratura trans ou subtrocantérica peri-implante, uma possibilidade de tratamento seria a utilização de um DHS (Dynamic Hip Screw), ou uma placa-lâmina longa, com sobreposição de placa DCP por um a dois furos, diminuindo, assim, a chance de novas fraturas peri-implantes.



Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 4, p. 232, 2015

1. Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia IOT - HC/FMUSP. Acupunturista e Shiatsu-terapeuta - CBA-SP.

2. Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia IOT - HC/FMUSP.

Recebido em 11/11/2014. Aceito para publicação em 9/6/2015.

Contato: david@dmnordon.com.br