

Tratamento cirúrgico da fratura-luxação crônica do ombro e cotovelo ipsilateral: relato de caso

Fabiano Rebouças Ribeiro¹, Antônio Carlos Tenor², Miguel Pereira Costa¹

RESUMO

A fratura-luxação do ombro e do cotovelo exige tratamento complexo e especializado o mais breve possível. O tratamento é considerado de urgência, pois com o passar do tempo, ocorre piora do prognóstico. Apresentamos o relato do caso de uma paciente, com fratura-luxação do ombro e cotovelo ipsilateral, que chegou ao nosso serviço com 40 dias de evolução.

Palavras-chave: Fratura-luxação; Luxação do ombro; Fraturas do ombro; Articulação do cotovelo.

SUMMARY

Fracture-dislocation of the shoulder and elbow requires complex and specialized treatment as soon as possible. Treatment is considered an emergency because, over time, worsening of the prognosis occurs. This is the case report of a patient, with fracture-dislocation of the shoulder and ipsilateral elbow, who arrived at our service with 40 days of evolution.

Keywords: Fracture dislocation; Shoulder dislocation; Shoulder fractures; Elbow joint.

INTRODUÇÃO

A fratura-luxação do ombro e do cotovelo necessita da intervenção do ortopedista o mais breve possível, com redução da fratura (aberta ou fechada), seguida da avaliação da estabilidade articular e do desvio das fraturas. Nos casos crônicos, por falta de condições cirúrgicas ou negligenciados, a abordagem cirúrgica, na maioria das vezes, torna-se necessária para redução, estabilização articular e/ou substituição protética. Quando ocorrem concomitantes e ipsilaterais, este tipo de traumatismo é conhecido como fratura-luxação bipolar do braço, considerado raro e de difícil tratamento, principalmente quando não é abordado na fase aguda¹⁻⁶.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 36 anos, professora, vítima de politraumatismo grave em acidente automobilístico. Foi submetida aos cuidados de emergência em outro serviço, e ficou internada na UTI por 15 dias. Foi submetida a várias cirurgias ortopédicas e na face, mas não foi tratada da fratura-luxação do ombro esquerdo e cotovelo esquerdo. Chegou ao nosso serviço com 40 dias de evolução.

Ao exame físico apresentava limitação da mobilidade ativa e passiva do ombro e cotovelo esquerdo, deformidade articular e muita dor. Não apresentava alterações ao exame físico neurovascular do membro acometido.

1. Médico Assistente do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

2. Chefe do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

Autor Responsável: Fabiano Rebouças Ribeiro / **E-mail:** fabianoreboucas@globocom

Os exames de imagens de radiografia e tomografia computadorizada apresentavam:

- Ombro esquerdo: fratura-luxação posterior em 4 partes do úmero proximal, com cominuição metafisária e extensão diafisária (Figura 1);
- Cotovelo esquerdo: fratura-luxação posterior, associada a fratura cominutiva da cabeça do rádio (tipo 4 da classificação de Mason) e do processo coronóide (tipo 3 da classificação de Regan-Morrey), característica da tríade terrível do cotovelo (Figura 2).

A cirurgia do cotovelo foi realizada com dupla via de acesso (lateral e medial) para acesso às fraturas da cabeça do rádio, processo coronóide e ao complexo ligamentar lateral e medial. A cabeça do rádio foi retirada e utilizada como enxerto, para reconstituição do local do processo coronóide (Figura 3). Foi realizada a artroplastia da cabeça do rádio com prótese metálica modular (Figura 4). Os complexos ligamentares medial e lateral do cotovelo foram recons-

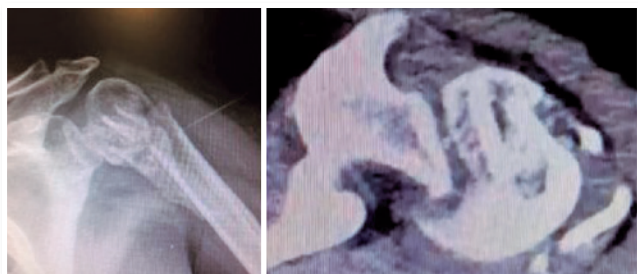


Figura 1. Radiografia antero-posterior e tomografia computadorizada corte axial do ombro esquerdo demonstrando: fratura-luxação posterior, fratura em 4 partes, cominuição metafisária e extensão meta-diafisária.

Fonte: Arquivo pessoal do autor

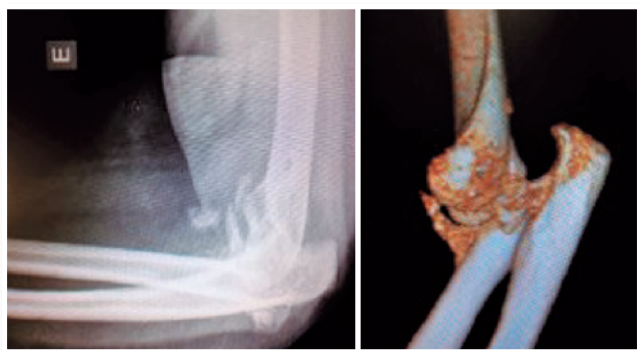


Figura 2. Radiografia de perfil e tomografia computadorizada 3D do cotovelo esquerdo demonstrando: fratura-luxação posterior, fratura cominutiva da cabeça do rádio e do processo coronóide.

Fonte: Arquivo pessoal do autor

truídos com enxerto de tendões flexores do joelho ipsilateral (Figuras 3 a 5). Ao final do procedimento, o cotovelo foi fixado com fio de Kirschner transarticular, devido ao tempo decorrido para cirurgia e contratura da musculatura presente, para que ocorresse a cicatrização das partes moles adjacentes com a articulação reduzida (Figura 6). O fio foi retirado após 30 dias de pós-operatório.

A cirurgia do ombro foi realizada por via deltopeitoral, com ressecção da cabeça umeral e artroplastia de substituição. Foi necessária a utilização do componente umeral com haste longa, devido a

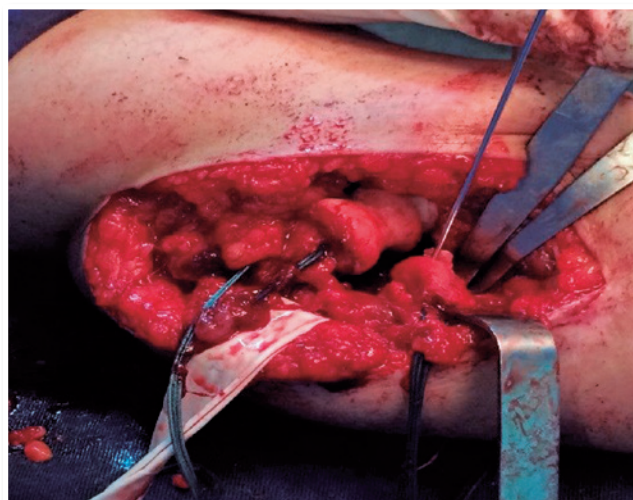


Figura 3. Fixação provisória, com fio de Kirschner, do enxerto da cabeça do rádio no local do processo coronóide. Reparo do nervo ulnar com dreno de Penrose. Fios inabsorvíveis passados pelos túneis mediais umeral e ulnar

Fonte: Arquivo pessoal do autor

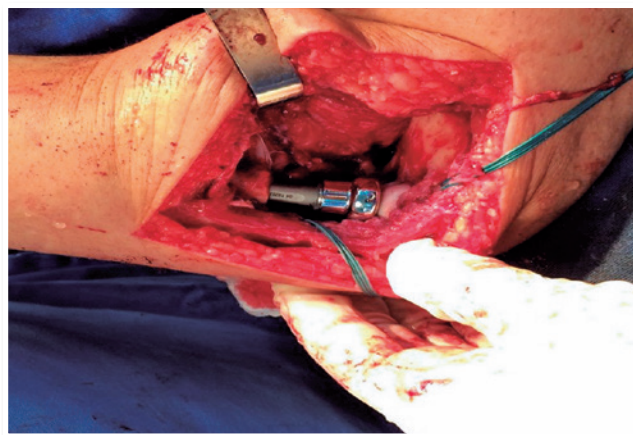


Figura 4. Artroplastia da cabeça do rádio. Fios inabsorvíveis passados pelos túneis laterais umeral e ulnar.

Fonte: Arquivo pessoal do autor

cominuição metafisária e extensão diafisária. Para posicionamento da prótese foi utilizado o “posicionador de prótese”, que é fixado provisoriamente à região diafisária do úmero, para correta avaliação da altura/versão e posterior cimentação (Figura 7). A cabeça retirada foi morcelizada e utilizada como enxerto na região metafisária, para ajudar na cicatrização e coaptação dos tubérculos (Figura 8).

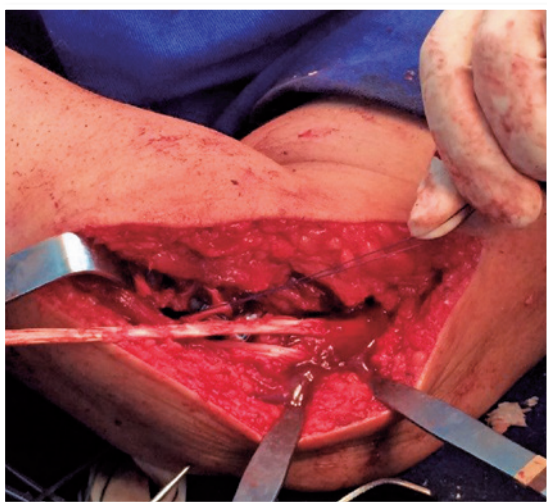


Figura 5. Enxerto de tendões flexores do joelho para estabilização lateral do cotovelo.

Fonte: Arquivo pessoal do autor

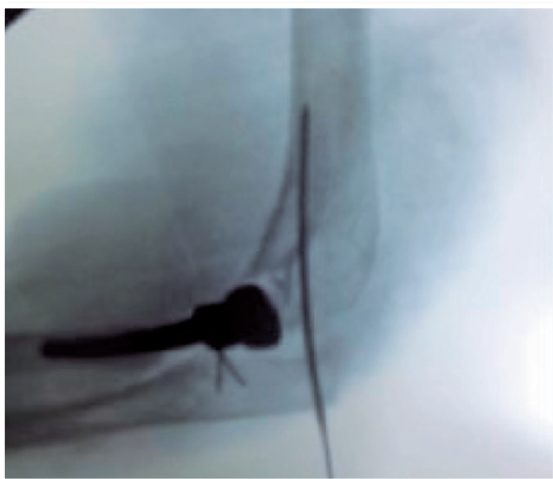


Figura 6. Radiografia de perfil do pós-operatório imediato do cotovelo esquerdo demonstrando: fio de Kirschner transarticular, prótese de cabeça do rádio e parafusos de fixação do enxerto da cabeça do rádio no local do processo coronoide.

Fonte: Arquivo pessoal do autor

O processo de reabilitação foi iniciado à medida que era observada evolução do processo de cicatrização. A paciente foi encaminhada ao serviço de fisioterapia após 8 semanas de pós-operatório e acompanhada pelo período de 1 ano (Figuras 9 e 10).

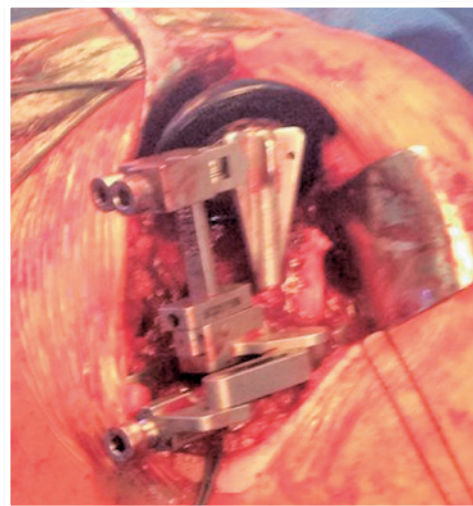


Figura 7. Utilização do posicionador de prótese para avaliação da versão e altura.

Fonte: Arquivo pessoal do autor



Figura 8. Radiografia ântero-posterior do pós-operatório imediato do ombro esquerdo demonstrando boa coaptação dos tubérculos e cimentação da haste umeral

Fonte: Arquivo pessoal do autor



Figura 9. Radiografias com 1 ano de evolução pós-operatória demonstrando: redução das articulações, consolidação do enxerto (cotovelo) e das tuberosidades (ombro)

Fonte: Arquivo pessoal do autor

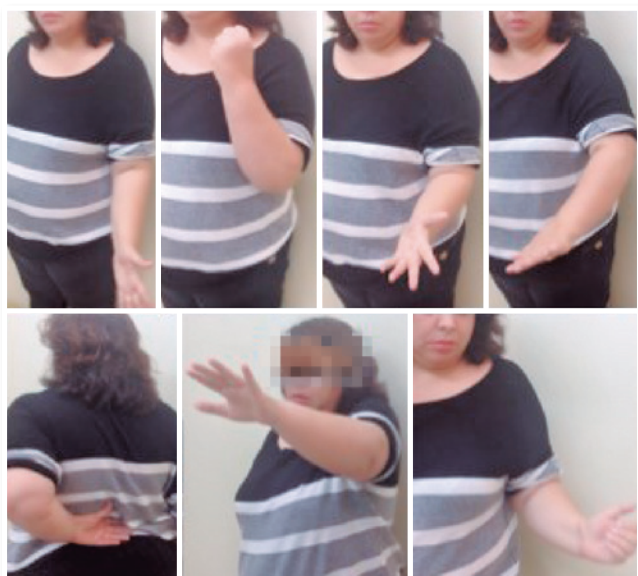


Figura 10. Exame físico com 1 ano de evolução pós-operatória demonstrando boa amplitude dos movimentos do ombro e cotovelo

Fonte: Arquivo pessoal do autor

DISCUSSÃO

O caso relatado descreve o tratamento da fratura-luxação do ombro e do cotovelo ipsilateral crônica (fratura-luxação bipolar crônica do braço). Não sabemos ao certo o porquê, de estas graves e limitantes lesões traumáticas não terem sido abordadas no hospital de origem.

O tempo para realização da cirurgia é crucial para o tratamento, pois com o passar dos dias, a articulação luxada tem sua cartila-

gem comprometida e as partes moles adjacentes formam fibroses e contraturas, dificultando o procedimento cirúrgico e piorando o prognóstico do resultado pós-operatório^{1,3,5,6}.

A abordagem das fraturas-luxações complexas exige tratamento especializado e com experiência nestes tipos de cirurgias, mas não isenta o médico de tratar. A simples redução da articulação com fixação provisória, seja com fixador externo ou mesmo fios percutâneos, facilitam a cirurgia definitiva futura e diminuem o risco de lesões neuro-vasculares^{1,3}.

Nos casos de fraturas-luxações do cotovelo, uma boa opção é o fixador externo articulado, que permite a cicatrização das partes moles com possibilidade de manutenção da mobilidade³. No caso descrito, não foi possível a utilização do fixador externo, devido à proximidade com a haste da prótese do úmero proximal.

A utilização do enxerto da cabeça do rádio retirada no local do processo coronóide pode ser uma opção quando não é possível a fixação do próprio processo coronóide, devido à absorção do fragmento (casos crônicos) ou cominuição. Este enxerto forma um batente anterior no cotovelo e ajuda no tratamento da instabilidade posterior.

Os enxertos laterais e mediais do cotovelo, que podem ser de tendões flexores do joelho, como no caso descrito, devem ser colocados de forma isométrica, ou seja, mantendo a tensão na maior parte do arco de movimento articular¹.

Na fratura-luxação do ombro tratada com artroplastia, ao nosso ver, os principais fatores prognósticos são: posicionamento da altura e versão protética e consolidação dos tubérculos. Nos casos das fraturas do úmero proximal com cominuição metafisária e extensão diafisária, os parâmetros normalmente utilizados são comprometidos. O uso do “posicionador de prótese” nestes casos, possibilita a pré-visualização dos componentes de implante, para posterior fixação definitiva com cimentação. Para consolidação dos tubérculos, consideramos mandatória a utilização de autoenxerto da própria cabeça umeral retirada.

No caso apresentado foi utilizada uma prótese com componente umeral de “haste longa”, para fixação cimentada na região diafisária, visto a presença de cominuição metafisária e extensão diafisária. A maioria das empresas de materiais ortopédicos somente enviam este tipo de prótese e o posicionador quando solicitadas previamente.

As fraturas-luxações do ombro e cotovelo, geralmente são de difícil tratamento, principalmente nos casos crônicos. Exigem tratamentos especializados, médicos experientes e implantes ortopédicos especiais. O planejamento cirúrgico pré-operatório é essencial.

REFERÊNCIAS

1. Pawelec B, Wasko MK, Pomanowski D. Neglected iatrogenic elbow joint dislocation. Didactic case report. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2018 27;20(1):57-63.

2. Reid CM, Rivera-Barrios A, Tapp M, Hassanein AH, Herrera FA. Upper extremity injuries associated with all terrain vehicle accidents: A multicenter experience and case review. *Injury*. 2018;49(10):1805-1809.
3. Galbiatti JA, Cardoso FL, Ferro JAS, Godoy RCG, Belluci SOB, Palacio EP. Terrible triade of the elbow: evaluation of surgical treatment. *Rev Bras Ortop*. 2018;53(4):460-6.
4. Songhir Christophe DA, Alexandre K, Sayouba T, Mamoudou S, Hamado K, Anatole Jean Innocent O, Charles Z, Namori K, Mohamed T. Bipolar dislocation of the arm (shoulder and elbow): about one case in an african teaching hospital. *Open Orthop J*. 2018;12:147-52.
5. Gokkus K, Sagtas E, Kara H, Aydin AT. Posterior shoulder dislocation associated with the head (splitting) and humeral neck fracture: impact of understanding radiologic signs and experience with an extended deltopectoral approach. *Tech Hand Up Extrem Surg*. 2018;22(2):57-64.
6. Basal O, Dincer R, Turk B. Locked posterior dislocation of the shoulder: a systematic review. *EFORT Open Rev*. 2018;3(1): 15-23.