

FRATURA SUPRA E INTRACONDILIANA EXPOSTA DE FÊMUR EM ATLETA DE MOTOCROSS: RELATO DE CASO

SUPRA AND INTRACONDYLAR OPEN FRACTURE OF THE FEMUR IN A MOTOCROSS ATHLETE: CASE REPORT

Jorge Sayum Filho¹, Jorge Sayum², Rogério Teixeira de Carvalho¹, Alexandre Nicolini¹, Marcelo Mitsuro Matsuda¹, Wu Tu Cheng³, Moisés Cohen⁴

RESUMO

Os autores apresentam o relato de um caso de uma paciente (atleta amador de *motocross*) que sofreu uma queda durante uma competição e teve fratura supra e intracondiliana exposta de fêmur direito.

Descritores – Fraturas do Fêmur; Fraturas Expostas; Atletas

ABSTRACT

The authors report the case of a patient (amateur motocross competitor) who suffered a fall during a motocross competition resulting in a supra and intracondylar open fracture in the right femur.

Keywords – Femoral Fractures; Fractures, Open; Athletes

INTRODUÇÃO

O fêmur distal compreende a região do terço distal deste osso. Inicia quando o canal femoral se alarga e a cortical fica fina e se estende até a articulação.

A fratura de fêmur distal possui uma incidência bimodal, sendo de alta energia em adultos masculinos jovens e de baixa energia no sexo feminino em idosas. Representam 6% das fraturas femorais, sendo que 20% dos casos são lesões isoladas e quase 50% das fraturas articulares são expostas.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 30 anos, branco, atleta amador de *motocross*, natural e procedente de São Paulo, procurou o serviço do CETE (Centro de Traumatologia do Esporte) do Departamento de Ortopedia e

Traumatologia (DOT) da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) com queixa de dor no joelho e coxa direita há, mais ou menos, uma hora após ter sofrido uma queda da moto durante uma competição.

O paciente referia que a coxa e o joelho direitos começaram a doer há uma hora, quando caíra da moto após um salto de um obstáculo. Devido à dor intensa e à incapacidade de se levantar, fora retirado da pista de *motocross* pelo resgate.

Ao exame físico ortopédico a paciente apresentava: ferimento corto contuso de 4cm em região anterior de joelho e coxa direitas; deformidade na coxa e sangramento intenso; incapacidade funcional devido à dor; presença de tala fix; boa perfusão distal; pulsos periféricos palpáveis 4+/4+ e sensibilidade de difícil avaliação devido à dor.

As equipes da clínica e cirurgia avaliaram o paciente de acordo com os princípios do ATLS (*Advanced Trau-*

1 – Médico Assistente do Centro de Traumatologia do Esporte (CETE), Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo, SP, Brasil.

2 – Médico Chefe do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital e Maternidade Assunção (HMA) – São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

3 – Médico Assistente do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital e Maternidade Assunção (HMA) – São Bernardo do Campo, SP, Brasil.

4 – Professor Livre-Docente do Departamento de Ortopedia e Traumatologia – Unifesp; Chefe do Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) – São Paulo, SP, Brasil.

Trabalho realizado no Centro de Traumatologia do Esporte (CETE) do Departamento de Ortopedia e Traumatologia (DOT) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Correspondência: Rua França Pinto, 186, apto. 61, Vila Mariana – 04016-001 – São Paulo, SP. E-mail: jorgesayumfilho@hotmail.com

Trabalho recebido para publicação: 25/07/2010, aceito para publicação: 03/11/2010

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses na realização deste trabalho / *The authors declare that there was no conflict of interest in conducting this work*

Este artigo está disponível online nas versões Português e Inglês nos sites: www.rbo.org.br e www.scielo.br/rbort
This article is available online in Portuguese and English at the websites: www.rbo.org.br and www.scielo.br/rbort

ma Life Support) e deram alta para o mesmo. A equipe da vascular avaliou o caso e após a realização de um ultrassom doppler também deu alta. A ortopedia solicitou radiografias do joelho e coxa direitos que mostraram a fratura de fêmur. Para uma melhor avaliação da fratura foi realizada também tomografia computadorizada. Assim, foi realizado o diagnóstico de fratura supra intracondiliana exposta de fêmur direito de classificação: Gustillo 2,33C-3 (segundo a classificação AO).

Foi optado pelo tratamento cirúrgico que foi realizado em caráter de urgência. O paciente foi submetido à raquianestesia e permaneceu em decúbito horizontal dorsal. Foi optado pela via anterior devido ao ferimento da exposição ser em cima da via. Com auxílio da escopia e após limpeza cirúrgica exaustiva foi realizada redução da fratura articular, e, após o mesmo realizado, osteossíntese das fraturas articulares e sequencialmente das metafisárias e diafisárias com auxílio de uma placa LCP de fêmur.

O paciente permaneceu internado por cinco dias para antibioticoterapia endovenosa (ciprofloxacino), sem imobilização. Os pontos foram retirados com 14 dias, a carga parcial e progressiva foi permitida com duas semanas e a fisioterapia que iniciara no segundo dia pós-operatório continuou por oito meses quando o paciente teve alta e retornou ao esporte.

DISCUSSÃO

Segundo a literatura, a fratura de fêmur distal possui uma incidência bimodal sendo de alta energia em adultos masculinos jovens e de baixa energia em idosas do sexo feminino. Representam 6% das fraturas femorais, sendo que 20% dos casos são lesões isoladas e quase 50% das fraturas articulares são expostas. Em relação às lesões associadas, encontramos: lesões vasculares em 3%, nervosas em 1%, lesões associadas de patela em 15% e lesões ligamentares e patologias articulares de 20 a 70%⁽¹⁻⁴⁾.

A suspeita diagnóstica deve ser clínica, sendo essencial o exame neurovascular metucioso. O ultrassom doppler e a angiografia podem ser necessárias. A ressonância e a tomografia não são essenciais, mas podem ser necessárias para uma melhor avaliação da fratura^(2,4-6).

As classificações mais utilizadas são: de Gustillo para as fraturas expostas e a AO para as fraturas de fêmur.

O tratamento conservador só é justificado para pa-

cientes sem condições cirúrgicas, debilitados e fraturas incompletas e sem desvio. O tratamento de eleição é o cirúrgico, que possui como objetivos: reconstrução anatômica das superfícies articulares, restauração do alinhamento axial e rotacional, fixação estável dos côndilos à diáfise e cuidados funcionais imediatos. A redução anatômica articular deve ser realizada antes da osteossíntese da metafise diafisária. Segundo a AO, a abordagem lateral é a mais recomendada, mas a abordagem anterior mediana também pode ser realizada. Como osteossíntese podem ser utilizadas diversas matérias de síntese, entre elas: placas LCP, Lâminas, DCS, LISS, fixadores externos, parafusos canulados, entre outros⁽⁵⁻⁷⁾.

As classificações que existem são: desalinhamento axial e rotacional, *genu recurvatum*, desabamento em varo, deiscência de ferida operatória, rigidez, perda de arco de movimento, infecção, pseudartrose, trombose, síndrome de compartimento, entre outras⁽⁷⁾.

Por tudo isso, foi relatado um caso de uma fratura supra intracondiliana de fêmur exposta em um atleta de *motocross* que foi diagnosticado e tratado de acordo com a literatura (Figuras 1, 2 e 3).



Figura 1 – Radiografias pré-operatórias.

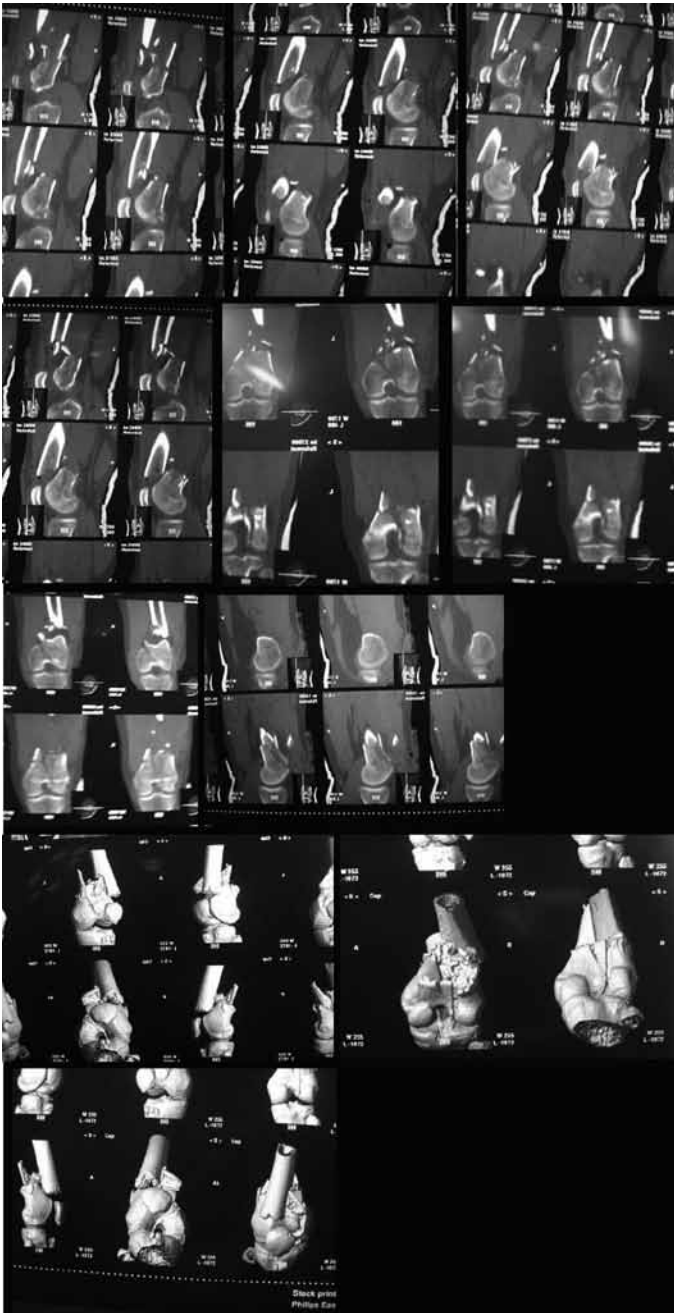


Figura 2 – Tomografia pré-operatória.



Figura 3 – Radiografias pós-operatórias.

REFERÊNCIAS

1. Lindvall EM. Distal Femur Fractures. In: Scott WN. Surgery Of The Knee. Philadelphia, United States of America: Churchill Livingstone; 2006. p. 1119-32.
2. Lidge RT, Problems and complications in arthroscopy. In: Casscells SW. Arthroscopy:diagnostic and surgical practice. Philadelphia: Lea & Febiger; 1984. p.102-9.
3. Sprague NF.Complications in arthroscopy. New York: Raven Press; 1989.
4. Tovey C, Wyatt S. Diagnosis, investigation, and management of deep vein thrombosis. BMJ. 2003;326(7400):1180-4.
5. Kearon C. Natural history of venous thromboembolism. Circulation. 2003;107(23 Suppl 1):I22-30.
6. Stassen JM, Amout J, Deckmyn H. The hemostatic system. Curr Med Chem. 2004;11(17):2245-60.
7. Fitzmaurice DA, Murray E. Thromboprophylaxis for adults in hospital. BMJ. 2007;19;334(7602):1017-8.