

Tratamento Cirúrgico da Fratura Luxação Complexa do Cotovelo com Fixador Externo Articulado

Anderson Cunha^I, Bruno Brabo^I, Rafael Salomon^I, Fabiano Rebouças^{II}, Antonio Tenor^{III}, Miguel Costa^{III}, Romulo Brasil^{III}, Cantidio Filardi^{III}

INTRODUÇÃO

O cotovelo é uma das articulações mais estáveis do esqueleto, apresentando dois tipos de movimento: um de flexo-extensão e outro de prono-supinação. O contorno das superfícies articulares combinado com a cápsula articular, ligamentos, e músculos conferem estabilidade à articulação. ^(1,2 e 3)

Para tratar de forma correta as lesões traumáticas do cotovelo, é fundamental que o cirurgião compreenda a função de cada uma dessas estruturas, bem como sua interrelação com a estabilidade articular e potenciais sequelas no decorrer do tratamento. ^(1, 2 e 3)

Existem diversas técnicas cirúrgicas descritas na literatura para tratamento das lesões traumáticas complexas do cotovelo, entre elas o uso de fixador externo articulado, que confere estabilidade à articulação associada à mobilidade precoce. ^(1, 2 e 3)

INDICAÇÕES

- Instabilidade do cotovelo persistente no intra-operatório
- Luxação recidivante pós-operatória ou instabilidade residual do cotovelo
- Proteção para cirurgias instáveis
- Fratura-luxação crônica
- Lesão de partes moles / fratura exposta

CASO CLÍNICO / PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Paciente de 83 anos, vítima de queda ao solo, com trauma direto no cotovelo esquerdo, resultando em fratura exposta da extremidade proximal da ulna esquerda (fig. 01 e 02), classificada como tipo 2D segundo Colton para fraturas do olécrano e como tipo II de Gustilo-Anderson para fraturas expostas. Apresentava dor, deformidade local,

I. R4 Grupo De Ombro Do Sot Do Hspe-Sp
II. Chefe Do Grupo De Ombro Do Sot Do Hspe-Sp
III. Assistentes Do Grupo De Ombro Do Sot Do Hspe-Sp

impotência funcional e ferimento de aproximadamente 5cm.

Foi realizada limpeza cirúrgica e imobilização provisória com goteira gessada axilo-palmar na urgência, bem como uso de antibioticoterapia endovenosa.

Nos dias subseqüentes evoluiu com infecção da ferida e deiscência da sutura, impossibilitando tratamento definitivo com síntese interna. Foi optado por fixação externa articulada promovendo estabilidade à fratura, mobilidade precoce e tratamento adequado da lesão de partes moles.



DESCRIÇÃO DA TÉCNICA CIRÚRGICA

Paciente posicionado em decúbito dorsal horizontal, com auxílio de mesa de apoio para o membro a ser operado. Inicia-se com identificação do nervo radial no terço distal do braço, através de uma via de acesso lateral de 7cm (fig. 03). A seguir realiza-se a passagem de dois pinos de Schanz de 5.0mm no úmero sob visualização direta (fig. 04).

Realiza-se, então, passagem percutânea de dois pinos de Schanz de 4.0mm na região diafisária da ulna sob visualização fluoroscópica (fig. 05).

Posteriormente identifica-se o centro de rotação do cotovelo, o qual corresponde ao centro da tróclea e do capítulo observados através de imagem fluoroscópica na posição de perfil do cotovelo. Anatomicamente, o marco do eixo de rotação é ligeiramente distal ao epicôndilo lateral (fig. 06). Um fio de Kirshner 2.0 é colocado sobre este ponto, confirmado por fluoroscopia (fig. 07). A seguir efetua-se a montagem do fixador tubular com a utilização de uma barra e conectores através dos pinos de Schanz do úmero. Realiza-se montagem semelhante na ulna (fig. 08).



fig. 3



fig. 4



fig. 5

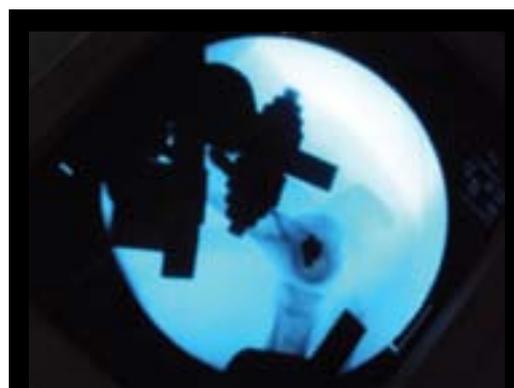


fig. 6

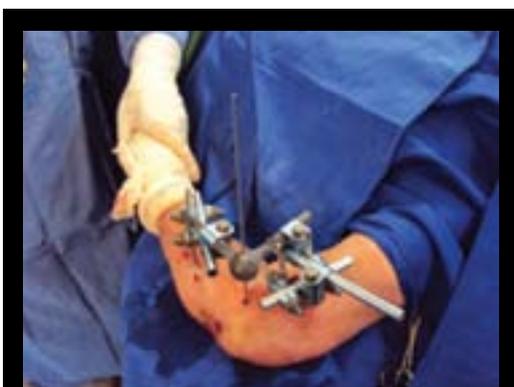


fig. 7



fig. 8

Coloca-se o componente articulado em dobradiça com o orifício central que deve coincidir com o fio guia previamente colocado no centro de rotação do cotovelo. Com o cotovelo reduzido concentricamente, anexa-se a dobradiça às fixações umeral e ulnar. Por fim, aperta-se todos os conectores e realiza-se a sutura da via de acesso para identificação do nervo radial no braço.

CUIDADOS PÓS OPERATÓRIOS

Foi liberado mobilidade precoce, e a paciente retornou ao ambulatório a cada duas semanas para curativos e realização de radiografias de controle (figuras 9 e 10). Ao completar seis semanas de pós-operatório o fixador foi retirado (figuras 11 e 12) e iniciado programa de reabilitação.



BIBLIOGRAFIA

1. Bernard F. Morrey. 2009. The Elbow and its Disorders. Sanders Elsevier.
2. Thomas P. Ruedi. 2007. Princípios ao do Tratamento de Fraturas
3. José Sergio Franco. 2003. Ombro e Cotovelo. Sbot