

## **Osteossíntese nas disjunções do anel pélvico**

Dimas de Oliveira

Serviço de Ortopedia, Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

As lesões do anel pélvico representam cerca de 3% das fracturas tratadas nos Centros de Trauma. Destas 13 a 18% são instáveis. Têm elevada morbidade e a mortalidade pode atingir os 30%.

A classificação que usamos para decisão terapêutica é a de Tile.

Em doentes hemodinamicamente estáveis têm indicação para osteossíntese as lesões em que a diastase da sínfise púbica é superior a 25 mm, ou sendo inferior, se forem sintomáticas. Se existe fractura do púbis adjacente à sínfise púbica, se associadamente à diastase existe fractura do quadro obturado ou do acetábulo descoaptadas, se as fracturas dos ramos púbicos são instáveis ou expostas, ou se existe compressão vaginal.

Genéricamente nas lesões do tipo B de Tile (mais de 25mm de diastase e sem instabilidade vertical) preconizamos osteossíntese com duas placas: uma placa DCP superior com dois ou três furos e uma de reconstrução anterior.

As lesões tipo C têm sempre indicação para osteossíntese salvo se existe instabilidade hemodinâmica ou existe contaminação grosseira da ferida por exposição ou rotura de víscera oca, mais frequentemente, a bexiga.

A abordagem por via endopélvica da SI tem indicação se a instabilidade vertical da SI é irreduzível a céu fechado ou estamos perante uma fractura em crescente e está contraindicada se for possível por método fechado ou se existir fractura do sacro.

Por outro lado a abordagem posterior da SI tem indicação se a instabilidade da SI for irreduzível a céu fechado, se a fractura-luxação da SI tiver traço de fractura no sacro e não no íliaco e quando há fracturas do sacro. Esta abordagem apresenta maior risco de hematomas, infecção e lesão neurovascular.

A abordagem posterior percutânea da SI é o método de eleição se a instabilidade da SI é redutível por meios fechados, se existe fractura do sacro ou fractura-luxação da SI com traço de fractura que interesse o sacro.

Fizemos a revisão clínica de 23 doentes, operados entre 1994 e 2001, com um follow-up médio de 44 meses, idade média de 41 anos, sendo 20 do sexo masculino e 3 do feminino.

Os doentes foram revistos de acordo com o protocolo de avaliação de doentes com lesões pélvicas elaborado pelo Serviço que utiliza a classificação de Tille e inclui o "pelvic outcome scale": 30% (7 doentes) apresentavam lesões tipo B, sendo 6 tipo B1 e 1 tipo B2. 70% (16 doentes) tinham lesões tipo C, sendo 14 tipo C1 e 2 tipo C3.

Havia sido efectuada fixação externa inicial em 12 casos (4 tipo B e 8 tipo C). As 4 lesões do tipo B tiveram tratamento definitivo com fixação externa, as 8 lesões tipo C foram convertidas tendo sido feito o tratamento da sínfise por via de Phanenstiel e da SI por via endopélvica.

11 doentes foram submetidos a redução cruenta e osteossíntese (4 do tipo B e 7 do tipo C), sendo que 2 foram operados pela via de Phanenstiel, 1 por esta via e por via endopélvica, outro por via de Phanenstiel e por via percutânea, 4 por via endopélvica e 3 por via percutânea.

A conversão da osteotaxia verificou-se, em média, aos 11 dias. O tempo médio de internamento foi de 37 dias. Todos os doentes mantiveram anticoagulação durante 4 semanas e o tempo médio de descarga foi de 13 semanas.

Todos os acidentes foram de alta energia sendo 5 por queda de altura superior à do corpo, 3 por atropelamento, 9 por acidentes de 2 rodas e 5 por acidentes de 4 rodas. 13 doentes (56%) vieram transferidos de outros hospitais, sendo que apenas 1 iniciou tratamento no hospital de origem, tendo sido drenado pneumotorax.

Dos doentes transferidos, 7 (60%) entraram na Urgência em choque hipovolémico. A distância média de transferência foi de 100km (51 a 134km).

Quanto às lesões associadas, 3 apresentavam apenas uma fractura de um osso longo e tinham ISS<20, 6 tinham TCE com Glasgow de 13 a 15 ou fractura da coluna lombar sem lesão neurológica e tinham ISS entre 20 e 30, 3 tinham TCE com Glasgow <13 ou traumatismo torácico e tinham ISS>30.

14 doentes (61%) apresentavam-se à entrada hemodinamicamente instáveis, sendo 3 com lesões do tipo B e 11 do tipo C. Nestes foi realizada osteotaxia com fixador externo em 8 doentes, em 4 foi feita estabilização provisória com C clamp e apenas em 2 foi efectuada redução cruenta e osteossíntese.

O ISS médio foi de 22, sendo 19 para as lesões do tipo B e 23 para as lesões do tipo C. 5 doentes (21%) tinham lesão neurológica associada, do crural ou grande ciático e 5 (21%) tinham rotura de víscera oca associada, uretra posterior, bexiga ou cólon.

Do tratamento resultaram como complicações: 2 óbitos (1 em choque hipovolémico), 3 perdas de redução e 2 infecções. Não houve complicações tromboembólicas.

O "Pelvic Outcome Scale" foi em média de 30, sendo de 33 para as lesões tipo B e de 27 para as lesões tipo C. Quando avaliado em relação ao tratamento, foi de 33 para a fixação externa definitiva, de 31,6 para a redução cruenta inicial e de 31 para a fixação externa provisória.

Em relação à actividade laboral 35% dos doentes (7) deixaram de trabalhar ou mudaram de actividade e 65% (15) continuam a exercer a mesma actividade, sendo que destes metade com desconforto ou limitação.

Da discussão deste trabalho podemos inferir que um número importante de doentes tinham instabilidade hemodinâmica, principalmente as lesões do tipo C que tinham 1 ISS mais elevado. Também 60% dos doentes haviam sido transferidos de outros hospitais e que estes apresentavam maior instabilidade hemodinâmica, que o intervalo de tempo para a estabilização provisória foi demasiado longo, que os doentes apresentavam um número de lesões associadas importante, que a taxa de complicações decorrentes da cirurgia foi de 21%, que a taxa de mortalidade foi baixa, que não houve complicações tromboembólicas, que os resultados funcionais são sobreponíveis aos da literatura e que os melhores resultados foram obtidos com a fixação externa inicial definitiva.

Como conclusão, o transporte dos doentes foi demorado e, em consequência, maior número de doentes em choque hipovolémico à entrada no Serviço de Urgência, as lesões de tipo C foram as que tiveram maior número de lesões associadas, a estabilização inicial foi tardia, os resultados funcionais foram aceitáveis e o tratamento definitivo com fixador externo foi eficaz e teve baixa morbidade.

Dimas de Oliveira

Hospital de Santa Maria  
Lisboa