



**2º CURSO INTERNACIONAL DE  
RECONSTRUÇÃO OSTEO-ARTICULAR**

*Tomar, 28 e 29 de Março 2008*

## **Um caso invulgar de tratamento da fractura distal do úmero**

Varela, E.; Almeida, R.; Constantino, H.; Simões, J.  
Serviço de Ortopedia – Hospital Curry Cabral.  
Director de Serviço – Dr. Miguel Ferreira

### **Introdução**

As fracturas distais do úmero são lesões relativamente raras que se revestem de um difícil desafio na escolha do melhor tratamento, principalmente as fracturas com atingimento da superfície articular.

Independentemente do método de tratamento é comum observar-se uma morbidade significativa que resulta da limitação da mobilidade, dor e instabilidade, em que pequenas irregularidades na superfície articular levam a perdas significativas de função.

### **Caso Clínico**

**M.F.C.M.P.**

**Sexo feminino, 37 anos**

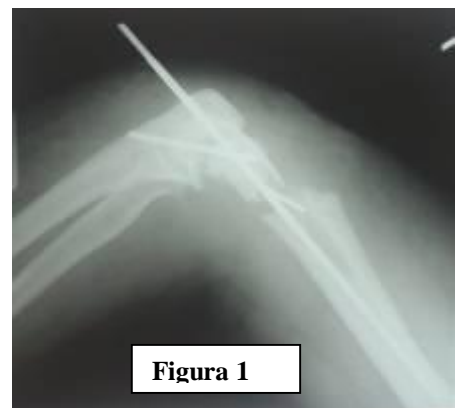
**Antec. Pessoais - irrelevantes**

**29.07.1989**

-Vítima de acidente de viação de que resultou fractura exposta (Grau II - Gustillo) supra e intercondiliana do úmero direito

- Transportada para um serviço de urgência onde foi efectuada lavagem e desbridamento cirúrgico, OTS com 4 fios de Kirschner e tranposição anterior do nervo cubital.

- Transferida no pós-operatório para o HCC, a 2.8.1989, onde se registaram como intercorrências necrose de pele dos bordos da ferida operatória e infecção da ferida com supuração.



**Figura 1**



**Figura 2**

### **Evolução Clínico-radiológica:**

**05.09.1989 (Figura 1)**

- Fratura não consolidada com diastase dos topos ósseos
- Melhoria da infecção
- Retirou fios a 12.09.1989 (1,5 meses pós-operatório)

**Re-internamento no HCC a 24.10.1989**

- Diagnóstico – Atraso de consolidação (**figura 2 – 30.10.1989**)
- Submetida (2.11.1989) a OTS (placa e parafuso – **figura 3**) com enxerto osseo com cabeça femoral congelada.

### **Evolução**

- Retira tala gessada às 3 semanas
- Inicia fisioterapia às 6 semanas
- Mantém rigidez articular
- No acompanhamento em consulta observou-se um atraso de consolidação com evolução para pseudartrose (**figuras 4 a 6**)



**Figura 4**  
30.01.89

**Figura 3**



**Figura 5**  
17.04.90



**Figura 6**  
28.05.91



### Re-internamento no HCC a 25.06.1991

- Diagnóstico – Pseudartrose de fractura supra e intercondiliana do úmero com destruição do côndilo umeral interno.
- Submetida (10.07.1991) a extracção da placa de OTS e parafuso, limpeza dos topos ósseos com reconstrução da tróclea com enxerto cortico-esponjoso de íliaco (talhado na forma da tróclea) e fixado, fixado com placa em Y, fixação da articulação com fio K olecraneo-umeral

### Evolução

- 6 Semanas – retira fio K e inicia mobilização
- 2 Meses – Rx (**figura 7**) com bom alinhamento, em consolidação.
- 3 Meses – apresenta rigidez articular muito acentuada – Inicia fisioterapia
- 6 Meses – Rx (**figura 8**) mantém alinhamento, sem sinais de reabsorção do enxerto, em consolidação.
- 9 Meses – Doente assintomática

**Figura 7**



**Figura 8 ( 21.01.92)**





**- 16 anos depois**

- Doente assintomática
- Boa mobilidade, sem limitações nas AVD (**figura 9**)
- Rx (2005) – mantém alinhamento, boa consolidação, reconstrução da troclea mantida e funcional. (**figura 10**)

**Figura 9 – 2005**

**Figura 10 – 13.01.2005**



**Conclusão**

Estas lesões e o seu tratamento estão frequentemente associados a um elevado número de complicações, tais como: infecção, lesões vasculo-nervosas, consolidação viciosa e pseudartrose, rigidez articular e ossificação heterotópica, osteoartrose e instabilidade articular.

O tratamento cirúrgico da fractura supra e intercondiliana do úmero tem demonstrado resultados superiores ao tratamento conservador, sendo este último genericamente reservado para fracturas não descoaptadas. No entanto não existe consenso qual o melhor tratamento cirúrgico.

O caso apresentado visa salientar a dificuldade no tratamento desta lesão. A incomum opção terapêutica utilizada, associada, a longo prazo, a um resultado muito satisfatório, surge como um método possível e invulgar de tratamento desta tão complexa fractura.

## **Bibliografia**

- Gustilo RB, Anderson JT: Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones: retrospective and prospective analyses, *J Bone Joint Surg* 58A:453, 1976.
- M McKee, J Jupiter, CL Toh, L Wilson, C Colton: Reconstruction after malunion and nonunion of intra-articular fractures of the distal humerus. Methods and results in 13 adults, *J Bone Joint Surg* 76B:4, 614-621, 1994
- Mckee MD, Jupiter JB: Fractures of the distal humerus. In Browner B, Jupiter J, Levine A et al. Eds. *Skeletal trauma*, 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia, WB Saunders, 2003; 1436-1480
- Robinson, C. Et al.: Fractures of the distal humerus. In Bucholz R., Heckman J., Court-Brown, C.: *Rockwood and Green's Fractures in Adults*, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2006; 1051-1116