

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS RECENTES

FLÁVIO PIRES DE CAMARGO *

Sabemos que, pelos métodos conservadores, isto é, pela redução por manobras externas, seguida da aplicação de aparelho gessado, nem sempre se consegue manter reduzida uma fratura. Daí a idéia de se agir diretamente sobre a lesão óssea, para obter-se uma redução que permita cura anatómica e funcional.

Desde o início da cirurgia asséptica já se lançou mão do método cruento no tratamento das fraturas. Entretanto, no início os resultados foram desastrosos, com grande percentagem de infecções devidas quase exclusivamente à deficiência de técnica e de assepsia. As operações sobre o esqueleto são aquelas que exigem maiores cuidados de assepsia. O tecido ósseo se defende mal e um pequeno descuido pode ser causa de uma infecção, com suas graves conseqüências. Em virtude desse malôgro inicial das osteossínteses resultaram, como era de esperar, dois grandes grupos de opiniões: 1.º) o dos que se opunham sistematicamente às intervenções, sendo este grupo chefiado pelo grande traumatologista de Viena, Lorenz Böhler; 2.º) chefiado por Lambotte e Lane, que eram partidários das intervenções mais frequentes.

Como quase sempre acontece, quando duas escolas opostas disputam a primazia de determinado método de tratamento, costuma-se dizer que a verdade está no meio termo. Com exceção daqueles que estão sob a influência direta de um desses grupos, colocamo-nos numa posição cômoda, isto é, procuramos tirar das duas escolas aquilo que nos parece ser o mais útil e acertado. Mas, no caso presente, o das osteossínteses, a verdade não está no meio termo, mas sim no modo de analisar o problema. De modo geral, podemos dizer que o tratamento das fraturas é essencialmente conservador e excepcionalmente cirúrgico. Dizemos isto baseados em cerca de 80.000 fraturas observadas e tratadas na Clínica Ortopédica e Traumatológica desde março 1944 até dezembro 1959. Não devemos considerar o tratamento cirúrgico como oposto ao conservador, mas sim um método de exceção, que tem sua indicação sempre que os processos conservadores não puderem preencher aquilo que exigimos. É, pois, um método útil que completa esse tratamento. As osteossínteses devem ser consideradas como excelente método, quando bem *indicadas* e bem *realizadas*.

Trabalho da Clínica Ortopédica e Traumatológica da Faculdade de Medicina da USP (Serviço do Prof. F. E. Godoy Moreira).

* Professor Adjunto.

INDICAÇÕES PARA O TRATAMENTO CIRÚRGICO

Para esquematizar, podemos considerar quatro grupos principais de fraturas em que existe indicação para redução cirúrgica e fixação interna.

1.º Grupo — *Insucesso na redução incruenta*. Isto ocorre quando:

a) Os fragmentos não se mantêm reduzidos devido à retração elástica dos músculos. Exemplos clássicos: as fraturas da rótula e do olecrânio.

b) Interposição de partes moles nos fragmentos. Os exemplos mais comuns são as fraturas da diáfise femoral com grandes desvios. Nesses casos a camada muscular que circunda o foco de fratura se interpõe nos fragmentos, impedindo a redução incruenta. Isso acontece também nas fraturas do maléolo tibial, onde há interposição da cápsula articular.

c) Certos tipos de fraturas intra-articulares. Pequenos fragmentos podem situar-se dentro das superfícies articulares e necessitam extirpação. Exemplo: fraturas da cabeça do rádio. Outras vezes pequenos fragmentos ósseos são arrastados para dentro das articulações, por ação muscular. Exemplo: fraturas da epitróclea.

d) Fraturas em início de consolidação em posição viciosa. Quando já se passaram várias semanas ou meses do acidente, a redução incruenta torna-se impossível porque os fragmentos já estão fixados em má posição por tecido fibroso e calo ósseo em formação.

2.º Grupo — *Não se mantém a redução incruenta*. Certos tipos de fraturas são instáveis, mesmo quando são bem reduzidas e cuidadosa foi a imobilização em aparelho gessado. Logo após o primeiro controle radiográfico observam-se desvios secundários. Os exemplos mais comuns dessas fraturas são: as oblíquas da diáfise dos ossos do antebraço e as do terço superior do cúbito, com luxação da cabeça do rádio (lesão de Monteggia).

3.º Grupo — *Consolidação lenta da fratura*. O exemplo clássico é a fratura do colo do fêmur. Sabemos que, por manobras externas e seguidas da colocação de um aparelho gessado pelvipodálico, consegue-se sua redução e manutenção. Mas para sua consolidação seriam necessários muitos meses, o que torna o método impraticável, pois estas fraturas ocorrem na sua grande maioria em pacientes idosos e estes não suportam uma imobilização prolongada. É, pois, de tratamento eminentemente cirúrgico.

Existem outros tipos de fraturas com tendência a consolidação lenta. É o caso das do terço distal da tibia e do úmero. Nestes tipos, o tratamento cirúrgico deve ser orientado muito mais para a ajuda biológica do enxerto ósseo do que pela simples fixação mecânica.

4.º Grupo — *Certos tipos de fraturas em pacientes idosos*. Sabemos hoje que esses pacientes suportam muito mais o risco cirúrgico de uma operação do que a permanência prolongada no leito com aparelhos gessados ou de tração. As fraturas transtrocanterianas do fêmur evoluem hoje em

dia muito melhor, graças à fixação interna por meio dos diferentes tipos de placas anguladas.

CONDIÇÕES PARA QUE UMA OSTEOSSÍNTESE SEJA BEM REALIZADA

Uma osteossíntese não é operação que se improvise. Precisa ser bem estudada e planejada, pois são numerosos os imprevistos que ocorrem durante sua realização e que poderão ser bem solucionados quando o cirurgião fôr capaz e estiver familiarizado com a cirurgia óssea. Além do mais, devemos considerar como ponto de grande importância o ambiente em que se trabalha. A equipe habituada com êsse tipo de cirurgia e o arsenal cirúrgico completo e atualizado são fatores de máxima importância. Se se tentar fazer uma osteossíntese sem essas duas condições primordiais os resultados serão desastrosos, com grandes danos para o paciente.

Época da operação — A decisão da operação deve ser tomada logo após os primeiros dias do acidente. Não é justificável experimentar vários métodos incruentos durante várias semanas e, finalmente, optar pela cirurgia. Mesmo que seja decidido que uma ou mais tentativas de redução incruenta devam ser feitas, elas devem ser realizadas dentro da primeira semana. Caso contrário, haverá interferência no processo de consolidação durante o período vital para a formação do calo ósseo, que é da 2ª à 8ª semana.

FATORES QUE INTERFEREM NA OPERAÇÃO

Cirúrgicos — Assepsia rigorosa. Os padrões seguros de assepsia para a cirurgia geral não são garantidos nas intervenções sobre os ossos e articulações. A região a ser operada deve ser preparada de véspera, fazendo-se a tricotomia da região e recobrimdo-a com compressas de álcool. A pele deve estar íntegra, sem solução de continuidade. Via de acesso anatômica, evitando dilacerações musculares e respeitando o periósteo. Sempre que possível, a ferida operatória deve ser manipulada com instrumental, evitando-se o contato direto das mãos do operador e de seus auxiliares no campo cirúrgico. Atualmente os antibióticos trouxeram grande arma na luta contra as infecções. Não se deve contar com êles para impedi-las, mas operar de maneira que elas não se instalem. Os antibióticos representam um complemento útil, mas dispensável.

Mecânicos — Em princípio, uma osteossíntese deve ser suficientemente estável para prescindir do auxílio da imobilização gessada. Isto só é possível quando se empregam próteses sólidas, bem adaptadas e cujo tipo seja convenientemente estudado para cada caso. A perfeita fixação dos fragmentos fraturados é de importância capital para que se processe a consolidação.

Biológicos — A escolha do material na confecção das diversas próteses tem importância fundamental. Certos metais, como o ferro, o magnésio e o cobre têm ação inibidora sobre a proliferação dos osteoblastos. Vernier classificou os metais nos seguintes grupos: 1.º ferro, cobre, magnésio —

ação tóxica; 2.º) prata e alumínio — toxidez média; 3.º) ouro e aço inoxidável, principalmente o aço de estrutura V2A — neutros.

Além do aço inoxidável V2A (liga de cromo e níquel) existe ainda o vitálio (liga de cobalto, cromo e molibdeno) que é neutro. Todos os demais metais, quando entram na confecção dos diversos tipos de próteses, são mal tolerados pelo organismo, produzindo reações que interferem de maneira decisiva na evolução da formação do calo ósseo.

Resumindo, podemos dizer que os processos conservadores e os cirúrgicos não são métodos que se opõem, mas que se completam. Ao traumatologista compete, depois de um estudo cuidadoso, eleger o mais adequado para cada caso. A osteossíntese exige grande rigor em todos os pormenores. Somente aquêles que dominam sua técnica e que estejam perfeitamente equipados é que deverão decidir da sua realização.