

Complicações no tratamento de fratura de diáfise do úmero

David Carneiro*, William Belangero.

Resumo

Este trabalho está vinculado e utilizará os dados coletados na Unicamp para O Estudo Multicêntrico da América Latina – Fratura da Diáfise do Úmero, o qual é um trabalho multinacional, observacional e prospectivo com objetivo de estimar a proporção do emprego de tratamento cirúrgico ou não cirúrgico nas fraturas da diáfise do úmero bem como possíveis complicações. Para o propósito deste congresso, será focado especificamente nas complicações mais frequentes das FDU e de seu tratamento, bem como os fatores de risco a elas associados.

Palavras-chave

Fratura de diáfise de úmero, estudo observacional, complicações.

Introdução

As fraturas umerais são comuns e correspondem a cerca de 7,4% das fraturas em adultos. Segundo um estudo epidemiológico com 2011 casos realizado na Suécia, cerca de 13,4% das fraturas umerais ocorrem na sua diáfise. A incidência das fraturas de diáfise umeral varia de 14,5/100.000 adultos de até 50 anos a 60/100.000 adultos com 90 a 100 anos de idade. Os principal mecanismo de lesão é a queda simples (68%).

O diagnóstico da fratura é suspeitado pela história clínica e exame físico demonstrando imobilidade do membro superior afetado e é fundamental avaliar lesão total ou parcial do nervo radial. Também são importantes métodos de imagem para sua classificação seguindo o sistema AO/OTA em 12-A (simples), 12-B (em cunha) e 12-C (complexas).

Embora o tratamento não cirúrgico seja o tratamento de escolha, para as FDU – com taxa de consolidação de 87-98% dos casos – inúmeras situações são indicações de tratamento cirúrgico. As opções do tratamento cirúrgico incluem a redução aberta com fixação interna (RAFI), cirurgia com placas com mínima invasão (MIPO) e o uso de hastes intramedulares colocadas via anterógrada ou retrograda.

As complicações das fraturas de diáfise de úmero podem ser tanto primárias devido a fratura ou decorrentes do tratamento empregado. A mais importante complicação que pode ser decorrente do tratamento não-operatório incluem a persistência de déficit no nervo radial, já que a parestesia deste nervo ocorre em até 10% dos pacientes submetidos a tratamento conservador. Outras complicações comuns do tratamento não-operatório incluem a não consolidação ou má consolidação da fratura e deformidades angulares. O tratamento operatório, por outro lado, também possui complicações principalmente: dissecação excessiva, lesão iatrogênica do nervo radial, risco de infecção, rejeição de prótese ou não-consolidação.

Além do tratamento empregado na fratura também será avaliada outras condições do paciente que podem estar associadas a possíveis complicações, incluindo sexo, idade, tabagismo, diabetes, HAS e obesidade e estado imunológico.

Poucos estudos avaliam a relação risco benefício entre tratamento operatório e não operatório de fraturas de diáfise de úmero. Este trabalho pretende observar prospectivamente em nível multinacional as complicações de lesões diafisárias de úmero, comparando a evolução do tratamento não-operatório com a do operatório, bem como sua relação com outras características diversas a cada paciente.

Resultados e Discussão

O estudo já foi aprovado pelo comitê de ética da FCM-Unicamp, mas ainda está na fase de coleta de dados. Quando atingir uma casuística maior os dados coletados pelos diversos alunos envolvidos no projeto serão integrados e discutidos. Espera-se que, com a casuística confeccionada, possa se obter um cenário convincente sobre a forma como uma FDU é tratada na América Latina e qual a repercussão funcional dessa fratura na vida diária e no desempenho esportivo dos pacientes, e, principalmente, sua complicações.

Conclusões

Poucos pacientes foram contemplados com os critérios de inclusão e exclusão, resultando em uma extensão do período de coleta dos dados, repercutindo no atraso das suas análises e posterior interpretação da possíveis complicações da FDU e seu tratamento.

Agradecimentos

Este estudo recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

1. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: a review. *Injury*. 2006; 37(8):691–697.
2. Bergdahl C, Ekholm C, Wennergren D et al. Epidemiology and patho-anatomical pattern of 2,011 humeral fractures: data from the Swedish Fracture Register. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016; 17: 159.
3. Ekholm, Adami, Tidermark, Hansson, Törnkvist, Ponzer. Fractures of the shaft of the humerus: An epidemiological study of 401 fractures. *J Bone Joint Surg Br*. 2006 Nov; 88(11):1469-73.
4. A Sarmiento, PB Kinman, EG Galvin, RH Schmitt, JG Phillips. Functional bracing of fractures of the shaft of the humerus. *J Bone Joint Sur Am*. 1977 Jul; 59(5):596-601.
5. Denard Jr A, Richards JE, Obremskey WT, Tucker MC, Floyd M, Herzog GA. Outcome of Nonoperative vs Operative Treatment of Humeral Shaft Fractures: A Retrospective Study of 213 Patients. *Orthopedics*. 2010 Aug 11; 33(8).