

## *Fraturas subtrocantéricas*

As mais difíceis de tratar do fêmur.

Traço de fratura fora do quadrado metafisário

trauma de alto impacto – jovens saudáveis – quedas, atropelos, colisões, PAF, ..

trauma de alto e baixo impacto – idosos e ossos doentes

### *Clínica*

Membro curto com rotação e angulação anormais. A angulação mais observada é a

Deformidade em varo – causada pelos adutores.

Sangramento – pode causar choque hipovolêmico

*Fraturas expostas* – decorrem de traumas penetrantes

Exigem limpeza e debridamento

Os projéteis devem ser extraídos se estiverem comprimindo um nervo, vaso ou intra-articular – intoxicação por chumbo

*Radiografias* – AP, lateral e oblíquas. São melhor realizadas se usado chassi de 35X43cm diagonalmente para se visualizar do quadril até o joelho

### *Classificação de Seinsheimer*

Tipo I – desviadas <2mm (independente do padrão)

Tipo IIA – transversas em 2 partes

Tipo IIB – espiraladas em 2 partes com trocanter menor incorporado ao fragmento proximal

Tipo IIC – espiraladas em 2 partes com trocanter menor incorporado ao fgto distal

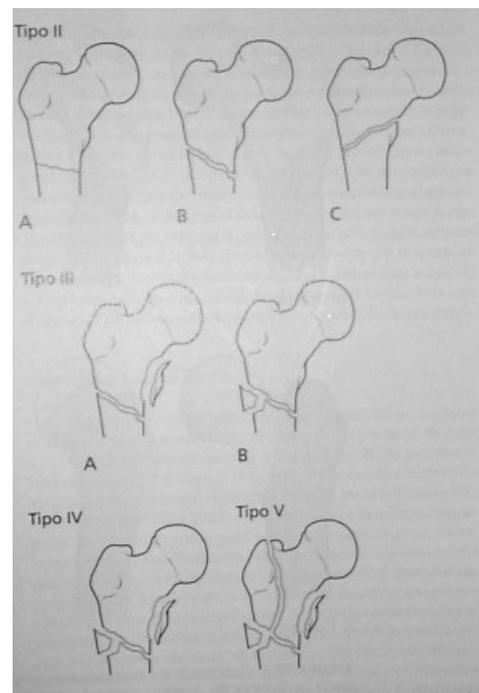
Tipo IIIA – espiraladas em 3 partes com trocanter menor destacado do fgto proximal

Tipo IIIB – espiraladas em 3 partes com trocanter menor incorporado ao fgto proximal

Tipo IV – cominutiva em 4 ou + fgtos

Tipo V – sub-intertrocantéricas estendendo-se ao trocanter maior

Esta classificação não tem utilidade na prática clínica pois varia muito inter-observadores



*Classificação de Russel-Taylor* – desenvolvida para o uso das hastes centromedulares e cefalomedulares.

Ênfase na continuidade do trocânter menor e prolongamento das linhas de fratura, até o trocânter maior ou, posteriormente até a fossa piriforme. Os dispositivos intramedulares podem ser usados desde que a fossa piriforme esteja intacta. São de 2 tipos baseados na integridade da fossa piriforme.

Fossa piriforme intacta

IA – pequeno trocânter íntegro

IB – fratura do trocânter menor que se prolonga mas não atinge a fossa piriforme



Fossa biriforme fraturada

IIA – com trocânter menor intacto

IIB – trocânter menor fraturado



### *Classificação AO*



### Tratamento

- Não cirúrgico – resultados ruins / tração usada excepcionalmente
- Cirúrgico - via de acesso lateral

Anatomia cirúrgica aplicada – As forças que atuam no quadril podem, na cortical medial, se prolongar até 2,5 a 7,5 cm abaixo do trocânter menor sendo menor a carga na cortical lateral. Por isso a continuação medial é importante na instabilidade da reconstrução. Um dispositivo de placa não é tão resistente quanto um intramedular

Existem forças a serem neutralizadas nesta região: Aí atuam os abdutores, flexores e rotadores externos do quadril e o efeito varia conforme o padrão da fratura. Na área distal atuam os adutores do fêmur. Em virtude disto a cirurgia exige uma mesa ortopédica.

Dispositivos:

Intramedulares – padrão ouro

Cefalomedulares – 2ª e 3ª geração - reconstrução(Russel-Taylor):intramedulares curtas e longas

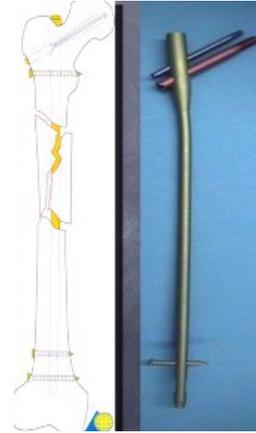
Centromedulares – bloqueadas de 1ª geração

Estabilidade realtiva

Alinhamento anatômico

Preserva hematoma fraturário

Síntese biológica

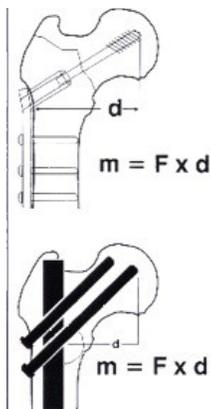


Extramedulares – placas com estabilidade absoluta e realtiva(em ponte). Devem preservar partes moles – MIPPO

Parafuso deslizante de 95° e 130° - pouca resistência

Placa laminada condilar de 95° (placa angulada/DCS)

### DHS TEM MENOR RESISTÊNCIA

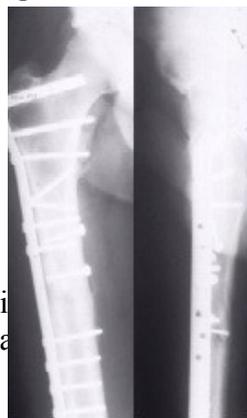


Síntese estabilidade absoluta

Redução anatômica /desvitalização óssea/não biológica

Compressão interfragmentária

Compressão axial

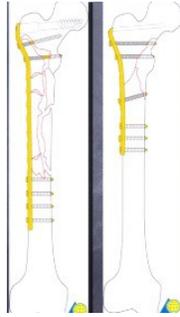


Síntese com estabilidade relativa (em ponte)

preserva hematoma fraturário

alinhamento anatômico

síntese biológica



Existem 3 armadilhas que dificultam a obtenção de resultados bons:

- Fratura intertrocanterica com extensão subtrocanterica não desviada – se escolher implante curto para a fratura “trans” pode abrir o traço com o tempo na região “sub”
- Extensão oculta da fratura subtroc até a fossa piriforme - melhor usar sistema cefalomedular. Não contra indica mais o sistema intramedular de 2ª geração
- Fratura subtrocanterica com fratura não desviada do colo de fêmur ipsilateral – ocorre em 5-6% casos associada a fratura diafisária e em 30% casos em que existe passa despercebida.

As cefalomedulares são 1ª escolha para fratura subtrocanterica que se prolonga cima do trocanter menor. Também usada se cirurgia urgente sem tempo para TC.

Centromedular – traço abaixo do trocanter menor

Pós operatório –

Centromedulares – 4-6 sem pode apoiar parcial ou totalmente o peso

Cefalomedular – 6-8 sem para apoiar parcial ou totalmete o peso

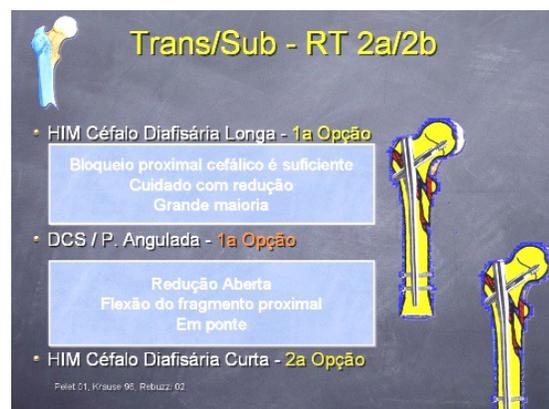
Haste intramedular longa bloqueada - carga total imediata ou parcial – depende da estabilidade da redução.

Complicações

- consolidação viciosa -
  - comprimento >12mm (palmilha ortopédica corrige até 6mm)
  - rotação >15-20°
  - ângulo cervico-diafisário alterados – varo de 5-10° são bem tolerados. Se maior – marcha de Trendelenburg implicando em osteotomia valgizante para corrigir.
- pseudartrose - > 3-6m de dor pós cirúrgica. Investigar infecção e se + usar antibiótico EV por 6 sem. Pseudartrose sem infecção localiza-se na região metafisária e necessita da substituição do material intramedular com fresagem do canal

- falha do implante – quebra do material. Se for dispositivo extramedular, mudar para intramedular e se for intramedular trocar por outro um número maior
- falha da fixação – osteoporose e erros técnicos
- Infecções

## Resumo de TTO



Bibliografia  
Rockwood – vol2  
Aula sbot

