

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

OSTESSÍNTESE DE FÊMUR E ACETÁBULO EM CANINO

AUTOR PRINCIPAL: Roberta Longhi

COAUTORES: Amanda Lara de Oliveira; Fernanda Lara Ribeiro

ORIENTADOR: Renato do Nascimento Libardoni

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo

INTRODUÇÃO:

Fraturas acetabulares e de fêmur, em sua maioria, são resultantes de traumas, principalmente automobilísticos. Nesses casos, lesões pulmonares e cardíacas também podem ocorrer, sendo necessário retardar a cirurgia até a estabilização do paciente. A fixação do acetábulo pode se dar de diversas maneiras, incluindo a utilização de placas e parafusos ósseos, pinos intramedulares e cerclagens. O acesso cirúrgico pode ser feito por meio de osteotomia do trocânter maior do fêmur ou abordagem caudal. A maior porcentagem de sucesso se dá nas fraturas tratadas com placas e parafusos. Já para a fixação do fêmur pode-se utilizar hastes bloqueadas, placas ósseas e pinos intramedulares, utilizando-se o acesso cirúrgico lateral para fraturas diafisárias. Radiografias pré-cirúrgicas são feitas para avaliar a extensão da lesão e pós-cirúrgicas são feitas para avaliar a adequada redução da fratura e localização dos implantes.

DESENVOLVIMENTO:

Foi atendido no HV-UPF um canino, labrador, fêmea, 1 ano e 4 meses, 22kg, com histórico de atropelamento. Iniciou-se com o atendimento emergencial por meio do ABC do trauma. No exame físico observou-se dor, crepitação, edema e instabilidade em fêmur e articulação coxofemoral esquerdos e uma ferida de 2cm no terço médio da coxa esquerda. Foi realizado exame radiológico de tórax, pelve e fêmur esquerdo, constatando-se contusão pulmonar, fratura cranial do acetábulo e fratura exposta (grau II) completa cominutiva diafisária de fêmur (Fig.1: A e B). Foi coletado sangue para hemograma e bioquímicos, os quais não apresentaram alteração. Após cinco dias de internação, com quadro clínico estável, a paciente foi encaminhada para cirurgia. Foi pré-medicada com metadona ($0,3 \text{ mg.kg}^{-1}$, IM), induzida com propofol (4 mg.kg^{-1} ,

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



IV), e mantida com isoflurano (dose efeito) vaporizado em oxigênio 100%. Fez-se anestesia epidural com morfina ($0,3 \text{ mg.kg}^{-1}$), lidocaína (2 mg.kg^{-1}) e bupivacaína ($0,5 \text{ mg.kg}^{-1}$). Após tricotomia prévia e antisepsia do membro, realizou-se incisão cutânea lateral ao trocânter maior, divulsão do subcutâneo, identificação da musculatura glútea, osteotomia do trocânter maior, visualização da borda dorsal do acetábulo e redução da fratura com placa de reconstrução e parafusos de 2,7mm. A ferida foi lavada com solução salina estéril e realizou-se osteossíntese do trocânter maior com banda de tensão, utilizando dois pinos de Steinmann de 2mm e cerclagem nº 5. Fez-se redução do subcutâneo com fio poliglecaprone nº 0, padrão zigzag e dermorráfia com ponto isolado simples com fio de nylon nº 3-0. Em seguida realizou-se incisão de pele na face lateral da coxa em dupla elipse ao redor da ferida, divulsão do subcutâneo, incisão da fáscia lata, afastamento dos músculos quadríceps vasto lateral e bíceps femoral. Após identificação dos fragmentos, introduziu-se de forma normógrada um pino intramedular de Steinmann de 3,5mm no fragmento proximal e posicionado no fragmento distal. Depois, foi fixada uma placa de 3,5mm com doze furos em efeito ponte, usando três parafusos de 3,5mm tanto no fragmento proximal como no fragmento distal. Para finalizar, o pino foi cortado na base trocantérica e sepultado. A ferida foi lavada com solução salina estéril, seguida pela sutura da fáscia lata com ponto contínuo simples utilizando nylon nº 0, com o mesmo fio fez-se a redução do subcutâneo com sutura zigzag e dermorráfia com ponto isolado simples utilizando nylon nº 3-0. No pós-cirúrgico imediato, foi realizado exame radiográfico, constatando-se correto posicionamento dos implantes (Fig. 1: C e D). E foi prescrito fluidoterapia com NaCl 0,9%, antibioticoterapia com metronidazol e cefalexina, analgesia com cloridrato de tramadol e dipirona, meloxicam como anti-inflamatório e omeprazol como protetor gástrico. Com dezesseis meses de pós-cirúrgico, após realização de exame radiográfico controle foi evidenciado consolidação da fratura (Fig. 1: E e F).

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A estabilização através do uso de placa de reconstrução no acetábulo e placa em efeito ponte associada com pino intramedular de Steinmann no fêmur obteve sucesso, apesar de não serem respeitadas as normas de fixação de fratura aberta em sua totalidade, porém sendo assumido o risco pelo cirurgião em comum acordo com o proprietário.

REFERÊNCIAS:

FOSSUM, Theresa Welch, Cirurgia de pequenos animais, 4. ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2008.

PIERMATTEI, Donald L. et al., Ortopedia e tratamento de fraturas de pequenos animais, 4. ed., Barueri, SP: Manole, 2009.

IV SEMANA DO CONHECIMENTO

COMPARTILHANDO E FORTALECENDO REDES DE SABERES

6 A 10 DE NOVEMBRO DE 2017



SLATTER, Douglas, Manual de cirurgia de pequenos animais, vol. 2, 3. ed., Barueri, SP: Manole, 2007.

ANEXOS:

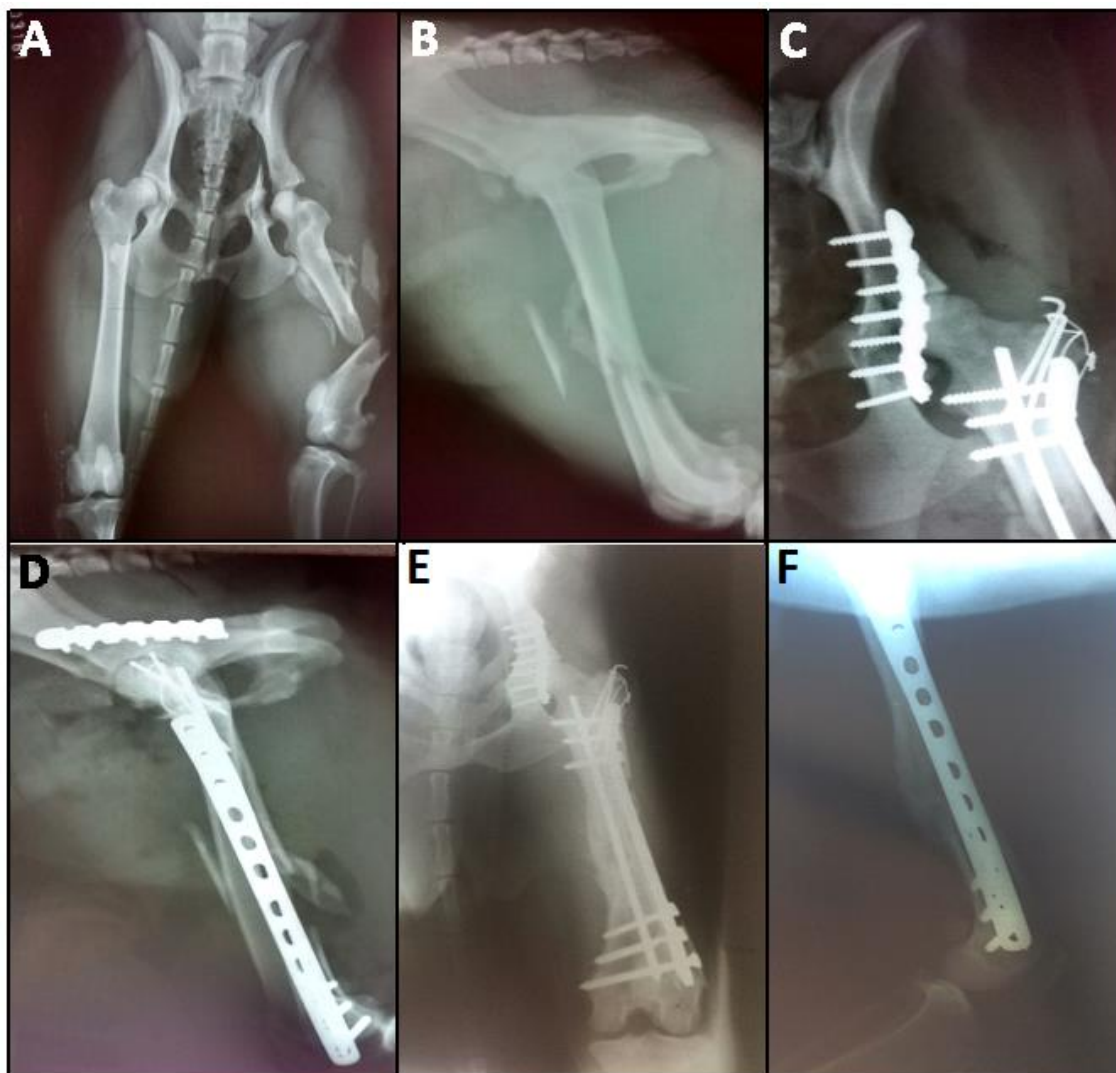


Figura 1: Imagem radiográfica de fratura de fêmur e acetábulo. (A) Imagem ventrodorsal com visualização das fraturas. (B) Imagem laterolateral com visualização das fraturas. (C) Imagem ventrodorsal pós-cirúrgico imediato com visualização dos implantes cirúrgicos. (D) Imagem laterolateral com visualização dos implantes cirúrgicos. (E) Imagem ventrodorsal para controle de cicatrização evidenciando a consolidação das fraturas. (F) Imagem laterolateral de fêmur para controle de cicatrização evidenciando a consolidação da fratura.