

Fraturas do fêmur proximal em idosos

Proximal femur fractures in elderly people

Camilla Faria da Silva Amarante¹, Diogo Barbalho Cardoso¹, Fabrício Junio da Silva Andrade¹, Kelly Medeiros Perdigão¹, Leandro Veloso Maia Lemos¹, Marcelo Rodrigues¹, Moacir Rodrigues de Lima Júnior¹, Sarah Ananda Gomes¹, Lúcio Honório de Carvalho Júnior²

RESUMO

As fraturas do fêmur representam importante problema de saúde pública, interferindo significativamente na qualidade de vida das pessoas. Podem ser divididas em intracapsulares (envolvendo o colo do fêmur) e extracapsulares (transtrocantericas). Há fatores de risco associados, como osteoporose, idade avançada, sexo feminino, etnia branca, uso de benzodiazepínicos, além de fatores ambientais e pessoais. São geralmente secundárias a traumas de baixo impacto, sem sérias consequências para os jovens. O diagnóstico é clínico e radiológico. A maioria dos pacientes é tratada cirurgicamente, em associação com a reabilitação fisioterápica precoce. As principais técnicas cirúrgicas são a fixação percutânea, a fixação interna, a artroplastia total – substituição ou troca de toda a área de articulação do quadril - e a artroplastia parcial, quando é substituída apenas a face femoral da articulação. Na fratura de colo do fêmur, a melhor terapêutica baseia-se, principalmente: na condição clínica do paciente (idade, nível de atividade e comorbidades) e no tipo de fratura. O tratamento das fraturas transtrocantericas deve ser, sempre que possível, cirúrgico. As complicações clínicas que ocorrem pelo tratamento cirúrgico são menos frequentes e menos sérias que as que ocorrem com o tratamento conservador. A instituição de medidas simples de prevenção, quando bem empregadas, pode diminuir a incidência de lesões femorais e reduzir sofrimento, morte e gastos desnecessários.

Palavras-chave: Fraturas do Fêmur; Fraturas do Colo do Femoral; Idoso.

ABSTRACT

Femoral fractures represent a public health problem, affecting significantly the quality of life of people. They can be classified in intracapsular (involving the femoral neck) and extracapsular (transtrochanteric). There are associated risk factors, such as osteoporosis, advanced age, female gender, white ethnicity, use of benzodiazepines, as well as environmental and personal factors. They are usually secondary to low-impact trauma, without major consequences for young people. The diagnosis is clinical and radiological. Most patients are treated surgically in combination with early physiotherapeutic rehabilitation. The main techniques are percutaneous fixation, internal fixation, total arthroplasty - replacement or return of the whole area of the acetabulofemoral joint - and partial arthroplasty, when is replaced only the femoral side of the joint. In femoral neck fractures, the best therapy is based mainly on: the patient's clinical condition (age, physical activity level, and comorbidities), and type of fracture. The treatment of transtrochanteric fractures must, whenever possible, be surgical. The clinical complications that occur for surgical treatment are less frequent and less serious than those that occur with conservative treatment. The introduction of simple preventive measures, when properly done, can reduce the incidence of femoral lesions, and reduce suffering, death and waste of money.

Key words: Femoral fractures; Femoral Neck Fractures; Aged.

¹Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

² Professor Associado do Departamento do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Diogo Barbalho Cardoso
Rua: Andaluzita, 105/1302
Bairro: Cruzeiro
Belo Horizonte, MG – Brasil.
CEP: 30310-030
Email: diogobh@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida observado nas últimas décadas, devido à melhoria do cuidado primário propiciado pelo avanço da Ciência, proporcionou significativo crescimento da população idosa no mundo.¹ Dessa forma, as doenças crônico-degenerativas, comuns a esse grupo etário, tornaram-se mais prevalentes.^{1,2} Entre elas, as fraturas no quadril representam importante problema de saúde pública. Estima-se que em 2050 ocorrerão 6,5 milhões de fraturas no quadril no mundo³, destacando-se aquelas da extremidade proximal do fêmur, divididas em intracapsulares (envolvendo o colo do fêmur) e extracapsulares (transtrocantéricas).⁴

Parecem ser mais susceptíveis às fraturas a etnia branca, a idade avançada e as mulheres.⁵ Vários fatores de riscos são mais específicos para as fraturas do fêmur proximal em idosos, como maior instabilidade motora; baixa acuidade visual; condições ambientais (degraus, piso irregular, ruas não pavimentadas) e pessoais (roupas e sapatos inadequados)⁶⁻⁸; presença de comorbidades como osteoporose⁵; uso de alto número de medicamentos, em especial benzodiazepínicos.⁶ Em 80 a 90% dos casos ocorrem devido a quedas e não a traumas de grande impacto.⁷

A fratura do fêmur interfere na qualidade de vida da pessoa, já que pelo menos um terço dos idosos acometidos desenvolve alguma dependência funcional, impossibilitando, inclusive, a realização de atividades cotidianas.⁹ Além disso, manifestam necessidade de tratamento cirúrgico, reabilitação fisioterápica e internações prolongadas que oneram o sistema de saúde.¹⁰ A situação clínica do idoso acometido por esse tipo de fratura fica globalmente prejudicada, visto que muitas doenças se agravam após o trauma.

ETIOPATOGENIA E EVOLUÇÃO CLÍNICA

As fraturas do fêmur proximal são geralmente secundárias a traumas de baixo impacto, sem sérias consequências para os jovens.

A sintomatologia que desencadeia consiste em dor intensa no quadril e dificuldade de deambulação. Pode-se observar encurtamento do membro inferior acometido, nos casos em que há desvio dos fragmentos fraturados. Em alguns casos, quando o paciente está em posição supina, o pé do lado afetado pode apresentar rotação externa.

O estudo radiológico simples do quadril permite confirmar a suspeita clínica. Algumas fraturas incompletas e sem desvio podem não ser visibilizadas por esse método de imagem, sendo necessária a realização de ressonância magnética.¹¹

As fraturas no colo do fêmur podem ser classificadas de acordo com vários autores, como Garden¹²: a) estágio I - fraturas incompletas ou impactadas em valgo; b) estágio II: fraturas sem desvio; c) estágio III - fraturas completas parcialmente desviadas (com desalinhamento entre as trabéculas ósseas do acetábulo e cabeça femoral); d) estágio IV - fraturas completas, totalmente desviadas (com alinhamento das trabéculas ósseas entre a cabeça femoral e o acetábulo). Já as fraturas transtrocantéricas são classificadas por Tronzo¹³ como: a) tipo I - traço simples sem desvio; b) tipo II - traço simples com desvio, com ou sem fratura do trocânter menor; c) tipo III - envolvimento do trocânter menor. Além disso, a ponta do fragmento proximal está dentro do canal medular, indicando que o fragmento distal está medializado; d) tipo III variante - tipo III mais fratura do trocânter maior; e) tipo IV: além da fratura do trocânter menor, o fragmento distal está lateralizado e o traço da fratura é mais longo e em direção à diáfise; f) tipo V: o traço da fratura é invertido.

A principal complicação das fraturas intracapsulares (colo do fêmur) é representada pela necrose da cabeça femoral, ocasionada pela interrupção do fluxo sanguíneo das artérias circunflexas femorais (lateral e medial) e pela artéria da cabeça do fêmur, ramo da artéria obturatória. Este evento depende do deslocamento primário, do intervalo de tempo entre o deslocamento e a redução da fratura e da sua estabilização. A taxa de necrose é de 10,5% ou 20,9% se a cirurgia ocorrer dentro de seis horas ou depois de 24 horas do incidente, respectivamente.^{14,23} Essa complicação não ocorre nas fraturas extracapsulares (transtrocantéricas).

TERAPÊUTICA

Não existe tratamento específico para as fraturas na extremidade proximal do fêmur, embora a maioria dos pacientes seja tratada cirurgicamente, em associação com a reabilitação fisioterápica precoce.¹⁴

A cirurgia deve ser feita, preferencialmente, nas primeiras 48 horas após o diagnóstico. O tratamento conservador fica reservado para as fraturas sem des-

vios e para as incompletas¹⁵, restringindo-se também aos acamados sem condição de marcha e aos que apresentam contraindicação absoluta para a cirurgia.¹⁶ As principais técnicas cirúrgicas são a fixação percutânea, a fixação interna, a artroplastia total - substituição ou troca de toda a área de articulação do quadril - e a artroplastia parcial, quando é substituída apenas a face femoral da articulação.

O tratamento cirúrgico¹⁷ parece apresentar melhores resultados do que o não cirúrgico, com redução número de falhas na consolidação e menos tempo de hospitalização, embora não sejam observadas diferenças significativas quanto ao retorno às atividades diárias. Os melhores resultados são obtidos com a fixação interna ou artroplastia total.¹⁷ A primeira tem menos tempo cirúrgico, menos perda volêmica e baixo risco de infecção profunda. A segunda opção apresenta dor de pouca intensidade e melhor desempenho funcional.¹⁸

Na fratura em colo do fêmur, a melhor terapêutica baseia-se, principalmente: na condição clínica do paciente (idade, nível de atividade e comorbidades) e no tipo de fratura (desviada ou não desviada). Nas fraturas sem desvio em pessoas com menos de 70 anos, opta-se pela fixação, para manter o osso estabilizado e permitir sua consolidação. Nas fraturas desviadas a prioridade é sua redução. Fixar a fratura ou substituir a articulação dependerá da idade do indivíduo. A artroplastia está indicada especialmente em pacientes com mais de 70 anos de idade.¹¹ A artroplastia promove redução expressiva da dor na maioria dos pacientes, além de permitir movimento próximo do normal e proporcionar melhora da capacidade para realizar a maioria das atividades cotidianas. Por outro lado, pode provocar acentuada perda volêmica e complicações inerentes a qualquer cirurgia, como reação à anestesia e infecção pós-operatória. Importante ressaltar que a artroplastia não devolve ao indivíduo as mesmas condições de deambulação de antes.^{11,18}

O tratamento das fraturas transtrocantericas deve ser, sempre que possível, cirúrgico. As complicações clínicas que ocorrem pelo tratamento cirúrgico são menos frequentes e menos sérias que as que obtidas com o tratamento conservador. Essas fraturas são tratadas com redução e osteossíntese. Seu objetivo é criar situação biomecânica favorável à consolidação. Porém, deve-se evitar a manipulação intensa ou excesso de material de síntese, que podem perturbar o processo de consolidação. Não há risco de necrose

na cabeça do fêmur nessas fraturas, não havendo necessidade de artroplastia.^{11,14}

O tratamento fisioterápico pós-operatório denominado reabilitação interna multidisciplinar coordenada (RIMC) superou a reabilitação convencional, em que o exercício fisioterapêutico só é indicado em casos selecionados.¹⁹ Devem ser considerados no pós-operatório de idosos as deficiências cognitivas, a dor crônica e a depressão, que interferem em sua recuperação.^{20,21}

CONCLUSÃO

As fraturas do fêmur apresentam grande relevância em saúde pública, sendo responsáveis por significativa morbimortalidade em idosos. Sua incidência é mais alta nas mulheres e na etnia branca. Contribuem para a sua ocorrência os processos naturais do envelhecimento e as doenças da senilidade, principalmente por facilitarem os traumas de baixo impacto. Seu diagnóstico consiste na avaliação clínica e nos aspectos radiológicos. A principal forma de tratamento é cirúrgico e a escolha da técnica baseia-se nas características de cada caso e indivíduo

A atenção primária à saúde constitui importante elemento na prevenção de doenças relacionadas às fraturas, especialmente em idosos, o que significa que as políticas de saúde para idosos e seus cuidadores são fundamentais para que sejam prevenidas. A instituição de medidas simples de prevenção, quando bem empregadas, pode diminuir a incidência de lesões femorais e reduzir sofrimento, morte e gastos desnecessários.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos AMN. Causas de morte em idosos no Brasil. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu, MG-Brasil 20-24 de Setembro de 2004. Brasília: Universidade de Brasília;2004.
2. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):839-47.
3. Silveira VAL, Medeiros MMC, Coelho JM, *et al*. Incidência de fratura do quadril em área urbana do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:907-12.
4. Sakaki MH, Oliveira AR, Coelho FF, Leme LEG, Suzuki I, Amatuzy MM. Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. *Acta Ortop Bras*. 2004; 12(4):242-9.

5. Muniz CF, Arnaute AC, Yoshida M, Trelha CS. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. *Rev Esp Saúde*. 2007; 8(2):33-8.
6. Coutinho ESF, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(5):1359-66.
7. Cunha U, Veado MAC. Fratura da extremidade proximal do fêmur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano. *Rev Bras Ortop*. 2006; 41:195-9.
8. Woolf A, Akesson C. Prevenção de fraturas em pessoas idosas. *Diál Cient*. 2003; 1(2):3-4.
9. Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(6):709-16.
10. Heyburn G, Beringer TRO. Hip fracture: rehabilitation. *Geriatric Med*. 2001; 31:37.
11. Dandy DJ. Ortopedia e traumatologia prática: diagnóstico e tratamento. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.
12. Garden RS. Low-angle fixation in fractures of the femoral neck. *J Bone Joint Surg [Br]*. 1961; 43-B:647-63.
13. Tronzo RG. Symposium on fractures of the hip. I. Special considerations in management. *Orthop Clin North Am*. 1974; 5:571-83.
14. Lustosa LP, Bastos EO. Fraturas proximais do fêmur em idosos: qual o melhor tratamento? *Acta Ortop Bras*. 2009; 17(5):309-12.
15. Sakaki MH, Oliveira AR, Coelho FF, Leme LEG, Susuki I, Amatuzzi MM. Estudo da mortalidade na fratura do fêmur proximal em idosos. *Acta Ortop Bras*. 2004; 12:242-9.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of hip fracture in older people. A National clinical guideline. Edinburgh: Scottish intercollegiate guidelines network; 2002. [Cited 2011 May 15]. Disponível em: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign111.pdf>.
17. Parker MJ, Handoll HH, Bhargava A. Conservative versus operative treatment for hip fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (4).
18. Parker MJ, Gurusamy K. Internal fixation versus arthroplasty for intracapsular proximal femoral fractures in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (4).
19. Cameron ID, Handoll HH, Finnegan TP, Madhok R, Langhorne P. Co-ordinated multidisciplinary approaches for inpatient rehabilitation of older patients with proximal femoral fractures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001(3).
20. Hershkovitz A, Kalandariov Z, Hermush V, Weiss R, Brill S. Factors affecting short-term rehabilitation outcomes of disabled elderly patients with proximal hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil*. 2007; 88:916-21.
21. Bishop MD, Meuleman J, Robinson M, Light KE. Influence of pain and depression on fear of falling, mobility, and balance in older male veterans. *J Rehabil Res Dev*. 2007; 44(5):675-83.
22. Szita J, Cserhati P, Bosch U, Manninger J, Bodzay T, Fekete K. Intracapsular femoral neck fractures: the importance of early reduction and stable osteosynthesis. *Injury*. 2002; 33(Suppl3):C414-6.
23. Manninger J, Kasar Gy, Fekete Gy, Nagy E, Zolczer L, Frenyo S. Avoidance of avascular necrosis of the femoral head, following fractures of the femoral neck, by early reduction and internal fixation. *Injury*. 1985; 16:437-48.