

Fratura no colo do fêmur em idosos: relato de caso

Femoral neck fracture in elderly: case report

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 no colo do fêmur são lesões frequentes observadas na população geral, especialmente em idosos, e representam importante problema de saúde pública, associado a elevado custo. Podem ocasionar desde pequena lesão até perda da capacidade de deambular e morte, o que torna fundamental a adequada abordagem terapêutica.

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

¹Acadêmicos do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil.
²Professor Associado do Departamento do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. (UFMG). Belo Horizonte, MG – Brasil

ABSTRACT

Femoral neck fractures are frequent injuries observed in the general population, especially in the elderly, and represent a great public health care problem associated with high costs. They may cause minor disability, severe disability or can even lead to death. Therefore, it is imperative to establish the most suitable therapeutic approach to these lesions.

Key words: Femoral Neck Fractures; Aged; Aging.

INTRODUÇÃO

A fratura no colo do fêmur é encontrada frequentemente na população acima de 60 anos de idade e ocorre, na maioria das vezes, por trauma de baixa energia, especialmente em queda da própria altura.¹⁻⁴

A sintomatologia caracteriza-se por dor no quadril acometido, que pode irradiar-se para a coxa e o joelho. Podem ser observados, em alguns casos, rotação externa e encurtamento do membro inferior acometido. O diagnóstico baseia-se na história e na radiografia simples do quadril. Outros exames de imagem podem ser solicitados em caso de dúvidas.¹⁻⁴

Existem várias classificações para a fratura do fêmur, sendo aqui usada a de Garden, caracterizada por: a) estágio I - fraturas incompletas ou impactadas em valgo; b) estágio II - fraturas sem desvio; c) estágio III - fraturas desviadas e com desalinhamento entre as trabéculas ósseas do acetábulo e cabeça femoral; d) estágio IV - fraturas desviadas, mas com alinhamento das trabéculas ósseas entre a cabeça femoral e o acetábulo.¹⁻⁴

Seu tratamento em idosos é cirúrgico, sendo caracterizado por: osteossíntese, artroplastia parcial e total do quadril, entretanto, sua escolha constitui tema ainda controverso.¹⁻⁴

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

Endereço para correspondência:
Fabrício Junio da Silva Andrade.
Rua Rio de Janeiro, no 909/1112
Bairro: Centro
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30160-040
Email: fabriciojsao@hotmail.com

RELATO DO CASO

Paciente de 69 anos de idade, masculino, foi levado ao Pronto-Socorro do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves da Universidade Federal de Minas Gerais por não familiar, devido à queda da própria altura sobre o quadril direito e trauma cortocontuso de frente. A radiografia simples de quadril revelou fratura no colo do fêmur direito Garden 4 (Figura 1).



Figura 1 - Radiografia simples de quadril indicando desvio total do foco de fratura no colo do fêmur direito.

O membro inferior direito apresentava-se em rotação externa. A fala era disártrica, com ecolalia e perseveração. O acompanhante negou que essas alterações estivessem presentes antes da queda.

Foram realizados os seguintes exames no sangue: hemoglobina 13,1 mg/dL; hematócrito 38,8%; leucócitos totais 9.910/mm³; neutrófilos 8.086/mm³; linfócitos 1.109/mm³; ureia 28 mg/dL; creatinina 0,91 mg/dL; glicose 96 mg/dL; plaquetas 178.000/mm³; RNI 1,08; sódio 139 mEq/L. A tomografia computadorizada (TC) de crânio evidenciou atrofia fronto-temporal.

Os familiares relataram declínio cognitivo e alterações comportamentais prévias e hipertensão arterial sistêmica. Seu tratamento era irregular devido à deficiência da cognição.

A radiografia do tórax mostrou índice cardio-torácico aumentado e ectasia de aorta. O eletrocardiograma evidenciava hemibloqueio anterior esquerdo, hipertrofia de ventrículo esquerdo e alterações difusas da repolarização ventricular.

Foi submetido no quinto dia de internação à artroplastia total de quadril direito não cimentada (Figura 2). O sangramento observado foi dentro do esperado, sem necessidade de hemotransfusão. O procedimento cirúrgico ocorreu sem intercorrências. A medicação administrada no pós-operatório constava de: anlodipino 5 mg de 12/12 horas, antibioticoprofilaxia, radiografia de controle e orientações gerais, como manter travesseiro entre as pernas, retirar dreno de sucção, manter curativo limpo e seco e trocá-lo em 48 horas, sentar em 24 horas, manter ortostatismo e treino de marcha em 48 horas com andador, alta hospitalar em 72 horas caso não houvesse intercorrências.



Figura 2 - Radiografia simples de quadril indicando artroplastia total de quadril, ou seja, substituição dos componentes acetabular e femoral na articulação coxofemoral direita.

O paciente, entretanto, queixou-se de dor e limitação dos movimentos da articulação do cotovelo direito no pré-operatório. Foi encontrada fratura na cabeça do rádio Mason 3 (fratura cominutiva) ao estudo radiológico. O cotovelo foi imediatamente imobilizado com tala gessada, realizado novo estudo radiológico do braço e do antebraço e programada a alta para 48 a 72 horas após agendar procedimento cirúrgico de cabeça do rádio.

Após algumas horas da artroplastia do quadril direito, entretanto, manifestou tromboembolismo pulmonar. Estava lúcido, com frequência respiratória de 36 irpm e cardíaca de 127 bpm e rítmica, pressão arterial sistêmica de 90/60 mmHg, temperatura axilar 36,6°C, saturação de oxigênio de 75%, sons pulmonares rudes sem ruídos adventícios, bulhas cardíacas em dois tempos, abdome livre, sem edema de membros inferiores.

Os exames em amostra de sangue revelaram: pH 7,37; paCO_2 30 mmHg; paO_2 57 mmHg; bicarbonato 17,5 mEq/L; excesso de base 6; hemoglobina: 11,8 mg/dL; leucócitos totais: 13.150/mm³ sem desvio; troponina I: 0,53; CK 644; CKMB 18,8; magnésio 2,5 mEq/L; cloro 114 mEq/L; potássio 4,7 mEq/L; sódio 138 mEq/L; ureia 121 mg/dL; creatinina 1,67 mg/dL; proteína C reativa 155; eletrocardiograma revelando taquicardia sinusal com sobrecarga ventricular esquerda, bloqueio de ramo esquerdo, extrassístoles ventriculares frequentes; radiografia de tórax com imagem em base direita sugestiva de atelectasia e elevação da cúpula direita.

Foi iniciada anticoagulação com enoxaparina 80 mg de 12/12 horas, hidratação com 1.500 mL de NaCl 0,9% e oxigênio sob máscara facial a 15 L/min.

Apresentou melhora da dispneia em 12 horas após a cirurgia e a administração de 3.000 mL de volume, com saturação de oxigênio a 94% com macro a 15 L/min, embora a frequência respiratória tenha sido mantida em 28 irpm e com esforço respiratório leve a moderado. A pressão arterial sistêmica estava em 120/80 mmHg, frequência cardíaca de 96 bpm, murmúrio vesicular normal, sem ruídos adventícios. O eletrocardiograma apresentou ritmo sinusal, QRS de 80 ms, progressão de onda R habitual, desaparecimento das alterações de ramo esquerdo. A TC convencional evidenciou alterações sugestivas de congestão pulmonar, consolidação de segmento medial de lobo inferior direito e derrame adjacente.

No segundo dia de pós-operatório (sétimo dia de internação), decidiu-se pela realização de novo procedimento cirúrgico da cabeça do rádio assim que o paciente estivesse em condições clínicas.

DISCUSSÃO

A fratura do fêmur proximal é causa importante de morbidade e mortalidade em idosos, responsabilizando-se por grande parte das cirurgias e ocupação de leitos em enfermarias ortopédicas.⁵ Estima-se que em 2050 ocorram 650.000 fraturas no terço proximal do fêmur por ano nos Estados Unidos da América.⁶

Em torno de 90% das fraturas no colo do fêmur são secundários a quedas, cuja etiologia é usualmente multifatorial, consistindo em combinação de comorbidades clínicas, neuropsíquicas, uso de drogas e fatores ambientais. Há vários fatores de risco relacionados à queda em idosos, como: deficiência visual e cognitiva,

alteração da marcha e do equilíbrio e uso de drogas, especialmente, de ação cardiovascular e psicotrópica.⁷

As fraturas no colo do fêmur em idosos associam-se a complicações pré-operatórias em 94,5%, caracterizadas por doenças circulatórias (68,4%), demência (55,6%) e afecções respiratórias (29,7%).⁸ O momento ideal para a realização da correção cirúrgica é controverso. As recomendações vigentes aconselham a sua realização nas primeiras 24-48 horas após a fratura. É possível, entretanto, postergar a cirurgia para que sejam estabilizadas as comorbidades subjacentes. O retardo demorado do procedimento aumenta o risco de complicações clínicas tais como tromboembolismo pulmonar, trombose venosa profunda, infecção e retenção urinárias e úlceras de pressão.

O idoso tem sua reserva funcional diminuída e elevado número de doenças crônicas associadas, com 70% deles tendo, no momento da fratura, pelo menos duas outras doenças. Dessa forma, estão mais sujeitos a complicações no pós-operatório imediato e tardio, em média, três complicações, que em 26% das vezes são graves, levando a aumentado risco aumentado.⁹ As fraturas do fêmur proximais em idosos apresentam taxas médias de mortalidade de 5,5 na internação hospitalar, 4,7 ao fim de um mês, 11,9 ao fim de três meses, 10,8 ao fim de seis meses, 19,2 com um ano de seguimento e 24,9% com dois anos de seguimento.¹⁰

Este relato revela todas as características de importância na abordagem de idosos em decorrência de fratura no colo do fêmur, o que inclui comorbidades, a dificuldade de adesão à terapêutica, a necessidade de um cuidador, a dificuldade de manter autonomia e capacidade de tomada de decisão e riscos no pré e pós-operatórios.

CONCLUSÃO

Este relato ressalta a importância da fratura no colo do fêmur em idosos devido à alta incidência e taxas de complicações pré e pós-operatórias relacionadas, assim como elevada mortalidade no primeiro ano de evolução.

Para melhor atendimento ao idoso, é necessária a atuação de equipe multidisciplinar, com abordagem das repercussões locais e, principalmente, as possíveis complicações sistêmicas associadas. Idealmente, os profissionais devem atuar em medidas preventivas, como orientações a respeito da saúde em ambiente doméstico, correção de distúrbios visuais e tratamento da osteoporose.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães JM, Vaz M, Ono NK, *et al.* Fratura do Colo Femoral no idoso: osteossíntese e artroplastia – Projeto Diretrizes. novembro 2007. São Paulo: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e Colégio Brasileiro de Radiologia; 2007. [Citado em 2011 maio 10]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/7_volume/14-Fratura_Col_Femor_Ido.pdf
2. Ossendorf C, Scheyerer MJ, Wanner GA, Simmen HP, Werner CM. Treatment of femoral neck fractures in elderly patients over 60 years of age – which is the ideal modality of primary joint replacement? *Patient Saf Surg.* 2010 Oct 20;4(1):16.
3. Vilas Boas Jr A, Soni J, Fratti SR, *et al.* A fratura do colo do fêmur como fator de maior morbidade e mortalidade. *Rev Bras Ortop.* 1998 jun. 33(6):485-8.
4. Cunha U, Veado MAC. Fratura da extremidade proximal do fêmur em idosos: independência funcional e mortalidade em um ano. *Rev Bras Ortop.* 2006; 41(6):195-9.
5. Todd CJ, Freeman CJ, Camilleri-Ferrante C, *et al.* Differences in mortality after fracture of hip: the east Anglian audit. *BMJ.* 1995; 310(6984):904-8.
6. Ellis TJ. Hip fractures in elderly. *Curr Womens Health Rep.* 2003; 3(1):75-80.
7. O'Loughlin JL, Robitaille Y, Boivin JF, Suissa S. Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *Am J Epidemiol.* 1993; 137(3):342-54.
8. Suzuki S, Tabata M, Murai K, Okazaki H, Goto T. Pre- and postoperative complications of elderly patients with femoral neck fractures – a report of 525 cases. *Masui.* 1999 May; 48(5): 528-33.
9. Van Balen R, Steyerberg EW, Polder JJ, Ribbers TL, Habbema JD, Cools HJ. Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life, and type of residence. *Clin Orthop.* 390:232-43, 2001.
10. 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.