

# Como eu faço



## Dr. Gilberto Brandão

*Presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia Pediátrica*

*Diretor Clínico do Instituto Mineiro de Ortopedia e Traumatologia*

*Miembro de Honor la Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología Infantil*

*Membro da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas*

*Ortopedista Pediátrico do Biocor Instituto*

# Como seria a sua?

## CASO CLÍNICO

Criança, sexo masculino, 06 anos + 4 meses. A mãe relata que a criança caiu quando brincava no pula-pula. Após a queda a criança apresentou dor de forte intensidade no membro superior esquerdo, com aumento de volume ao nível do antebraço esquerdo.

Ao exame: membro superior esquerdo com cotovelo em atitude de flexão de 30°, com 90° de pronação. Avaliação neurovascular no membro superior esquerdo sem alterações.

Feito estudo radiográfico do antebraço e cotovelo esquerdo, foi observada no local uma fratura diafisária oblíquo da ulna e uma luxação anterior da cabeça do rádio.

Qual a classificação que você utiliza? Qual a sua conduta inicial? Tratamento definitivo? Você geralmente estabiliza a ulna? Como você faz o acompanhamento pós-operatório?





## Dr. Scott Mubarak

Membro e ex-presidente da Sociedade de Ortopedia Pediátrica Norte Americana (POSNA)  
Membro da Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos  
Diretor Emérito da Divisão de Escoliose do Hospital Infantil Rady - San Diego  
Professor da Faculdade de Medicina de UC - San Diego

This is an anterior dislocation Monteggia. I would reduce the ulna and supinate and flex the elbow to reduce the radial head. Will need to be held in long cast at 90 degrees. Cast for 4-5 weeks. Hopefully that will work and no pin fixation need.



## Dr. Lucía Dohmen

Presidente Sociedad Argentina de Ortopedia y Traumatología Infantil (SAOTI)  
Jefa de Sala de Internación Servicio de Ortopedia y Traumatología - HIGA Presidente Perón

1) Se trata de una luxofractura de Monteggia. Utilizo la clasificación de Bado, considerándola una lesión tipo 1 de dicha clasificación, que es la más frecuente (aproximadamente el 70%) - 2) Descartar el compromiso vascular y nervioso, que, según me has referido, no presentaba. - 3) Consideramos a esta lesión una urgencia, por lo que, si contamos con un paciente en condiciones clínicas, y la complejidad adecuada, procedemos a realizar la reducción cerrada de la fractura de cúbito bajo anestesia general y control radioscópico. La restitución de la longitud de dicha fractura, si es estable, suele permitir la reducción de la luxación proximal del radio. Se confecciona un yeso braquiopalmar. - 4) En caso de que la fractura de cúbito fuese inestable, se procederá a su estabilización, idealmente con un clavo endomedular elástico, de titanio/acero. - Luego de dicha maniobra, se constata la reducción y estabilidad de la luxación del radio, que sólo es inestable o irreductible en casos excepcionales. Se confecciona un yeso braquiopalmar. - Se recomienda internación del paciente para su control evolutivo, al menos 24 hs. - 5) El paciente llevará su yeso braquiopalmar por 4 a 6 semanas, dependiendo este período de factores personales ( edad, reducción a cielo cerrado o asociada a estabilización con clavo endomedular, evolución del callo óseo, etc). - 6) En mi experiencia, a esta edad no suelen requerir rehabilitación kinésica, pero debe retirarse el material de osteosíntesis empleado, una vez constatada clínica y radiográficamente la consolidación fracturaria. - Espero haber respondido a vuestra solicitud. Si necesitas alguna aclaración o ampliación, estoy a tu disposición. - Un afectuoso saludo!



## Dra. Cristina Alves

Presidente 39º Congresso Sociedade Europeia de Ortopedia Pediátrica - EPOS, Porto, abril/ 2020 | Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico de Coimbra | Mestre em Epidemiologia Clínica e Pesquisa em Cuidados de Saúde Universidade de Toronto | Membro do Conselho Editorial do Journal of Childrens Orthopaedics, da Ponseti International Association | Editora da Revista Portuguesa de Ortopedia e conselheira no Executive Board da EPOS | Presidente do Comitê Organizador Local da 39ª Congresso do EPOS, Porto, de 1 a 4 de abril de 2020

**Classificação:** utilizo a Classificação de Bado. A fratura é Bado tipo I, que é o padrão lesional mais comum, correspondendo a 70-75% dos casos. Observa-se uma luxação anterior da tacícula radial, que acompanha a angulação de apex anterior da fratura ulnar. **Conduta Inicial:** imobilização provisória no membro superior esquerdo, em posição de conforto, com flexão de 30-40º do cotovelo. Coloco depois um acesso endovenoso no membro superior direito, de forma a administrar analgesia, se necessário. A criança é colocada em jejum e levada ao Bloco Operatório logo que possível. No Bloco Operatório realizarei redução fechada da fratura do cúbito e da tacícula radial, de forma simultânea. **Tratamento Definitivo:** redução da fratura da ulna e da luxação da tacícula radial, de forma simultânea, no Bloco Operatório, sob anestesia geral. Geralmente, a redução da tacícula radial ocorre de forma espontânea, quando se realiza a redução da fratura ulnar. Testo a estabilidade da redução, sob intensificador de imagem, realizando pronação e supinação do antebraço com o cotovelo em flexão de 90º e 70º. Se a redução permanecer estável, não estabilizo a ulna. Só estabilizo a ulna se ocorrer luxação ou subluxação da tacícula radial, quando testo a estabilidade. No caso aqui colocado, seria excepcional estabilizar a ulna. Se tivesse que o fazer, utilizaria uma cavilha intramedular flexível. Após a redução da fratura-luxação, realizo uma imobilização gessada com flexão do cotovelo 90-100º e supinação do antebraço. Sempre que possível, prefiro utilizar gesso de resina nesta imobilização, para facilitar visualização das referências anatómicas em radiografias subsequentes. **Acompanhamento Pós-Operatório:** a criança permanece internada por 48 horas, para vigilância da dor e estado neurovascular. Passadas 24 horas sobre a redução, é realizada radiografia de controlo para comprovar adequação e manutenção da redução. Se tudo estiver bem, a criança irá para casa cerca de 48 horas após a redução e será reobservada em consulta ambulatória de Ortopedia Pediátrica após 7-10 dias, com nova radiografia de controlo no gesso. Mantendo-se a redução adequada, será agendada nova consulta para data compreendida no período em que perfazem 5-6 semanas após a fratura. É então retirada a imobilização gessada e realizada radiografia. Se a redução permanece adequada, a criança é aconselhada a realizar mobilização ativa conforme tolerância. Não aconselhamos fisioterapia. Revemos a criança novamente cerca de 3 meses após a retirada do gesso, com nova radiografia do cotovelo afetado. Estando tudo bem, autorizamos nesta altura o regresso à prática desportiva. Reavaliamos depois, quando decorreram 6 meses após a lesão, com nova radiografia.