



Fratura-luxação traumática do quadril no futebol: relato de caso

Ricardo Munir Nahas¹, Eliseu Netto², Takechi Chikude³ e Roberto Ikemoto⁴

RESUMO

De ocorrência rara no futebol, esporte coletivo mais praticado no mundo, as fraturas de acetábulo que se associam às luxações da articulação do quadril são lesões com grande potencial de gerar seqüelas graves e limitantes. O rápido atendimento, a precisão do diagnóstico e procedimentos de salvamento da articulação pela redução e correta fixação são essenciais para perspectiva de retomar a atividade física regular praticada anteriormente ou outra que se adapte à nova situação.

ABSTRACT

Traumatic hip fracture-dislocation in soccer: a case report

Uncommon in soccer, the world's most popular sport, the acetabular fractures with hip dislocation are injuries with high incidence of long-term serious sequelae. Prompt attending with accurate diagnosis and reduction and fixation are important to produce a stable and congruent joint for returning to the usual sports practice prior the injury.

INTRODUÇÃO

Esporte coletivo mais praticado no mundo, o futebol mostra em estudos epidemiológicos ocorrência entre 10 e 35 lesões traumáticas agudas por 1.000 horas de jogo, com maior incidência nos tornozelos e joelhos⁽¹⁾. As fraturas representam 4% a 9% dessas lesões e a fratura-luxação do quadril, como a descrita nesta apresentação de caso, é de ocorrência rara nesse esporte, felizmente⁽²⁻³⁾.

As luxações, em geral, são urgências ortopédicas que necessitam de diagnóstico preciso e precoce⁽⁴⁾. A conduta tomada de maneira adequada diminui os efeitos deletérios causados pelo trau-

Palavras-chave: Futebol. Quadril. Fratura e luxação.

Keywords: Soccer. Hip. Fracture and dislocation.

ma e conseqüente incongruência articular que se estabelece. Deve ocorrer em ambiente hospitalar pelos recursos disponíveis para bom diagnóstico e correto procedimento terapêutico, principalmente naquelas em que se exigem anestesia e recursos de centro cirúrgico⁽³⁻⁴⁾.

A luxação traumática do quadril é uma lesão ortopédica grave que pode provocar incapacidade permanente⁽⁵⁾. É, geralmente, conseqüente a trauma de alta energia, estando mais freqüentemente relacionada a acidentes provocados por veículos motorizados e tem sua condição agravada quando associada à fratura do acetábulo ou da cabeça femoral⁽⁴⁻⁵⁾.

Esse tipo de afecção traumática ocorrida na prática esportiva conta com poucos relatos na literatura internacional⁽³⁻⁵⁾. Seu diagnóstico deve ser lembrado e o médico preparado para prestar os cuidados iniciais necessários pela gravidade da situação até que o tratamento definitivo possa ser realizado⁽⁶⁻⁷⁾.

Embora não tão relevante para a prática da atividade física, o relato de caso aqui apresentado tem na raridade do fato sua importância e objeto de divulgação.

RELATO DO CASO

Paciente de 35 anos de idade do sexo masculino, admitido em serviço de emergência queixando-se de dores no quadril esquerdo e impotência funcional total. Na história relatou que, durante jogo de futebol de campo, em disputa de bola de cabeça e ao retornar ao solo, sentiu o que descreveu como um "choque" no quadril esquerdo, irradiado para todo o membro inferior, e subseqüente queda deitado no chão, com dor intensa em todo o membro afetado. Relatou ainda não ter sofrido qualquer trauma direto por choque contra os demais praticantes ou contra as traves. Não soube precisar a posição do tronco em relação aos membros inferiores ou dos quadris e joelhos no momento do contato com o solo, que era bastante irregular.

Revelou ser praticante de futebol de campo competitivo não profissional uma vez por semana, havia 20 anos, e condicionamento físico regular: treinamento aeróbio através de corrida duas a quatro vezes por semana, treinos de alongamento e resistência muscular localizada com atenção especial para membros inferiores três vezes por semana em média e treinamento técnico específico em futebol, individual para fundamentos, e coletivo uma a três vezes por semana.

Em seus antecedentes pessoais e familiares, não relatou alterações que pudessem se correlacionar ou ser predisponentes do quadro atual.

Paciente trazido em maca, estava em decúbito lateral direito com o quadril esquerdo em atitude em flexão de aproximadamente 45°, adução de 20° e rotação interna de 30°. Ao exame, qualquer tentativa de movimentação do quadril se mostrou extrema-

1. Médico Assistente do Serviço de Ortopedia e responsável pelo Ambulatório de Trauma Esportivo do Hospital Ipiranga, Secretaria de Negócios da Saúde do Governo do Estado de São Paulo. Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte – SBME. Membro de Diretoria da Sociedade Paulista de Medicina Desportiva – SPAMDE. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT.

2. Médico Residente do Serviço de Ortopedia do Hospital Ipiranga, Secretaria dos Negócios da Saúde do Governo do Estado de São Paulo.

3. Médico Ortopedista. Assistente do Serviço de Ortopedia do Hospital Ipiranga, Secretaria de Negócios da Saúde do Governo do Estado de São Paulo. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT.

4. Médico Ortopedista. Chefe do Serviço de Ortopedia do Hospital Ipiranga, Secretaria de Negócios da Saúde do Governo do Estado de São Paulo. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT.

Aceito em 26/6/07.

Endereço para correspondência: Hospital Ipiranga, Avenida Nazaré, 28, 5º andar – 04262-000 – São Paulo, SP. E-mail: rnahas@uol.com.br

mente dolorosa e impossível de ser executada. Não apresentava alterações neurológicas ou vasculares. Não havia outros achados relevantes no exame físico.

O estudo radiológico permitiu o diagnóstico de luxação posterior do quadril esquerdo associada à fratura do rebordo posterior do acetábulo (figura 1).



Figura 1 – Radiografia de bacia em ântero-posterior evidenciando a fratura-luxação do quadril esquerdo

Paciente foi conduzido ao centro cirúrgico e submetido a anestesia por bloqueio raquidiano, que permitiu a redução fechada da luxação da articulação coxofemoral aplicando-se a manobra de Allis, procedimento realizado nas primeiras seis horas após o trauma. Testou-se em seguida a estabilidade sem que houvesse recidiva da lesão, mesmo quando o quadril foi colocado em flexão acima de 100° associada à adução⁽⁸⁻⁹⁾. Foi instalada tração esquelética em fêmur distal, mantida até que a conduta terapêutica definitiva fosse tomada⁽⁹⁾.

No pós-operatório imediato, o paciente foi submetido a exame tomográfico (figura 2), que possibilitou melhor estudo do fragmento de osso intra-articular resultante da fratura do rebordo posterior do acetábulo, além de determinar a estabilidade da articulação e o planejamento do tratamento cirúrgico definitivo⁽⁹⁾.



Figura 2 – Tomografia mostrando fragmento ósseo intra-articular, oriundo do acetábulo

Como não conseguimos identificar no mecanismo de trauma uma alta energia que explicasse a ocorrência da fratura da parede posterior do acetábulo, foram pesquisadas e descartadas patologias associadas que atuassem como predisponentes para a lesão⁽⁹⁾.

O paciente foi então submetido à cirurgia: pequenos fragmentos ósseos intra-articulares foram retirados e a fixação do fragmento de osso principal do rebordo posterior do acetábulo em seu local de origem foi realizada. Utilizou-se o princípio de síntese óssea com parafuso de compressão entre os fragmentos e suporte com placa específica para tratamento de fraturas do acetábulo (figura 3).



Figura 3 – Radiografia em ântero-posterior de bacia após a síntese do fragmento ósseo posterior do acetábulo

Exercícios de mobilização passiva de membro inferior esquerdo com auxílio de balancim foram iniciados no pós-operatório imediato, mobilização esta que se tornou ativa e associada a exercícios isométricos tão logo a dor permitiu, sempre de acordo com prescrição médica e sob supervisão.

Durante o acompanhamento ambulatorial o paciente foi mantido com muletas e sem carga por oito semanas, quando foi autorizado apoio parcial ainda com auxílio de duas muletas por quatro semanas, passando gradativa e progressivamente a colocar o peso até alcançar carga total 15 semanas após o procedimento cirúrgico definitivo.

O exame físico seis meses após a cirurgia mostrou que o arco de movimento do quadril esquerdo era normal e indolor. Não foram evidenciados sinais clínicos ou por exames complementares de seqüelas, possibilitando a liberação do paciente para atividade de condicionamento físico, evitando os exercícios que resultem em sobrecarga excessiva sobre o quadril operado e sem liberação para atividades esportivas, recreativas ou não.

DISCUSSÃO

A raridade da ocorrência da luxação posterior do quadril durante a prática do futebol e a aparente menor quantidade de energia envolvida no trauma não a tornam uma entidade menos grave ou, ainda, que não necessite ser encarada como uma emergência ortopédica e resolvida de maneira rápida e melhor possível.

Uma das dificuldades com a qual deparamos foi o entendimento do gesto esportivo causador da lesão. No caso apresentado, procuramos ao máximo estimular o paciente a descrever toda a seqüência de eventos traumáticos que geraram a lesão, tentando, assim, entender melhor a maneira como ela ocorreu.

Sem obter respostas a essas questões, buscamos a explicação nos estudos de Judet e Letournel, que correlacionam a posição do membro inferior no momento do trauma com o tipo de lesão

resultante⁽¹⁰⁾. Essa análise nos permitiu deduzir que a fratura-luxação ocorreu quando o membro inferior estava em rotação interna e adução máxima, posição que não é comum para apoio após saltos nos esportes, agravada pela instabilidade do piso irregular⁽⁹⁻¹⁰⁾. Essa talvez seja a explicação mecânica para a ocorrência da lesão, representando um erro de técnica ao executar o gesto esportivo.

Os exames neurológico e vascular devem ser cuidadosamente executados no exame físico inicial do paciente, por ocasião de sua admissão na unidade de emergência, pois agravam de maneira considerável o prognóstico^(5,9). As lesões neurais que podem acometer os pacientes com fratura-luxação posterior do quadril muitas vezes não são diagnosticadas por causa da dor intensa do paciente^(9,11). As lesões vasculares são relativamente raras, porém, sempre devem ser lembradas e a perfusão cuidadosamente avaliada^(4,9,11).

O diagnóstico e conhecimento técnico para a redução rápida na emergência podem fazer a diferença quanto ao futuro da articulação traumatizada^(3,9). Reduções em períodos superiores a 12 horas geralmente estão associadas a prognóstico bastante desfavorável, comprometendo tanto o desempenho esportivo como as atividades do cotidiano^(4,12).

Os princípios do tratamento da luxação posterior do quadril devem ser seguidos no trauma com origem na atividade esportiva ou não^(3,9). Existem várias manobras para a redução de uma luxação posterior do quadril. Consideramos a manobra descrita por Allis, menos traumática e tecnicamente de fácil execução, além de já estarmos com ela familiarizados⁽⁸⁻⁹⁾.

Com a luxação resolvida, exames complementares que permitam melhor pesquisa por imagem da origem dos fragmentos ós-

seos possibilitam planejamento cirúrgico adequado com o objetivo de devolver à articulação condições normais para sua função sem seqüelas⁽⁸⁾. Esses procedimentos tornam-se essenciais nos esportistas e devem ser realizados por profissionais habilitados seguindo técnica adequada para que tenham retorno a suas atividades no mesmo nível de antes da lesão ou, pelo menos, bem próximo desse^(3,10-11).

Pela gravidade da lesão e natureza do tratamento, a mudança de esporte ou mesmo a prática de atividade física regular para a boa saúde, com orientação de educador físico habilitado, deve ser discutida com o paciente dentro do programa de reabilitação ao qual está sendo submetido^(3-4,12-13).

CONCLUSÃO

A fratura-luxação posterior traumática do quadril, apesar de ser uma afecção grave e rara na prática do futebol, quando diagnosticada e tratada adequadamente, apresenta bons resultados com a recuperação funcional da articulação sem seqüelas.

Por se tratar de uma lesão ocorrida em quem pratica o esporte regularmente, é desejável que as condições iguais ou próximas das que se encontrava antes da lesão sejam recuperadas, permitindo a retomada do esporte ou mesmo a adaptação para atividade compatível com essa nova situação, sem comprometer a articulação atingida pelo trauma.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

REFERÊNCIAS

1. Dvorak J, Junge A. Football injuries and physical symptoms. *Am J Sports Med.* 2000;28:53-9.
2. Anderson S. Injuries in youth football: a subject review. *Pediatrics.* 2000;105:659-61.
3. Goga IE, Gongal P. Severe soccer injuries in amateurs. *Br J Sports Med.* 2003;37:498-501.
4. Giza E, Mithofer K, Matthews H, Vrahas M. Hip fracture-dislocation in football: a report of two cases and review of the literature. *Br J Sports Med.* 2004;38(4):e17.
5. Pallia CS, Scott RE, Chao AD. Traumatic hip dislocation in athletes. *Curr Sports Med Rep.* 2002;1:338-45.
6. Junge A, Dvorak J. Soccer injuries: a review on incidence and prevention. *Sports Med.* 2004;34:928-38.
7. Wong P, Hong Y. Soccer injury in the lower extremities. *Br J Sports Med.* 2005;39:473-82.
8. Fujiki EM, Yamaguchi E, Nicolau R, Chikude, T, Fukushima W, Oliveira HC, et al. Índice tomográfico como critério de instabilidade nas fraturas-luxações da parede posterior do acetábulo. *Rev Bras Ortop.* 2006;41(1-2):29-33.
9. Giordano V, Costa PRL, Esteves JD, Félix S Junior J, Franklin CE, Amaral NP. Luxações traumáticas do quadril em pacientes esqueleticamente maduros. *Rev Bras Ortop.* 2003;38(8):462-72.
10. Letournel E, Judet R. Fractures of the acetabulum. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 1993.
11. Toth C, McNeil S, Feasby T. Peripheral nervous system injuries in sport and recreation: a systematic review. *Sport Med.* 2005;35:717-38.
12. Lequesne MG, Dang N, Lane NE. Sport practice and osteoarthritis of the limbs. *Osteoarthritis Cartilage.* 1997;5:75-86.
13. Anderson K, Strickland SM, Warren R. Hip and groin injuries in athletes. *Am J Sports Med.* 2001;29:521-33.
14. Matsumoto K, Sumi H, Sumi Y, Shimizu K. An analysis of hip dislocations among snowboarders and skiers: a 10-year prospective study from 1992 to 2002. *J Trauma.* 2003;55:946-8.
15. Mohanty K, Gupta SK, Langston A. Posterior dislocation of hip in adolescents attributable to casual rugby. *J Accid Emerg Med.* 2000;17:429.
16. Mitchell JC, Giannoudis PV, Millner PA, Smith RM. A rare fracture-dislocation of the hip in a gymnast and review of the literature. *Br J Sports Med.* 1999;33:283-4.
17. Tennent TD, Chambler AF, Rossouw DJ. Posterior dislocation of the hip while playing basketball. *Br J Sports Med.* 1998;32:342-3.