

# Tratamento cirúrgico de fratura pélvica em gestante: relato de caso\*

CARLOS ALBERTO DE SOUZA MACEDO<sup>1</sup>, CARLOS ROBERTO GALIA<sup>2</sup>, RICARDO ROSITO<sup>3</sup>, MARCIO RANGEL VALIN<sup>4</sup>, CARLO HENNING<sup>5</sup>, LUÍS MARCELO MÜLLER<sup>5</sup>

## ABSTRACT

### *Surgical treatment of pelvic fracture in pregnancy: a case report*

*The authors report the case of a 16-year-old woman in her 21<sup>st</sup> week of twin pregnancy who had an acetabular fracture and pelvis disruption after being overrun by a car. Open reduction and internal fixation were performed without affecting the pregnancy. On the 35<sup>th</sup> week, she was submitted to a cesarean section and gave birth to two healthy children. After 3 years, the patient had a pain-free hip with full range of motion. The authors conclude that surgical treatment was a good therapeutic approach in this case since it offered functional recovery with good long-term result.*

**Unitermos** – Fratura acetabular; disjunção de sínfise púbica; gravidez; tratamento cirúrgico

**Key words** – *Acetabular fracture; pelvic disruption; pregnancy; surgical treatment*

\* Trabalho realizado no Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

1. Professor Adjunto, Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA); Chefe da Equipe de Cirurgia do Quadril.
2. Contratado, Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HCPA; Mestre em Cirurgia pela UFRGS; Membro da Equipe de Cirurgia do Quadril.
3. Médico Ortopedista; Membro Efetivo da SBOT; Colaborador da Equipe de Cirurgia do Quadril.
4. Médico Ortopedista; Membro Efetivo da SBOT.
5. Médico Residente do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HCPA, UFRGS.

Endereço para correspondência: Rua Marques do Pombal, 250/301 – 90540-000 – Porto Alegre, RS.

Recebido em 17/4/00. Aprovado para publicação em 3/8/00.  
Copyright RBO2000

## INTRODUÇÃO

As fraturas de pelve são causadas por acidentes automobilísticos em 2/3 dos casos, sendo o pedestre a maior vítima, devido ao alto número de atropelamentos. Constituem cerca de 3% de todas as fraturas do esqueleto<sup>(1)</sup>, sendo pouco frequentes durante a gestação<sup>(2)</sup>.

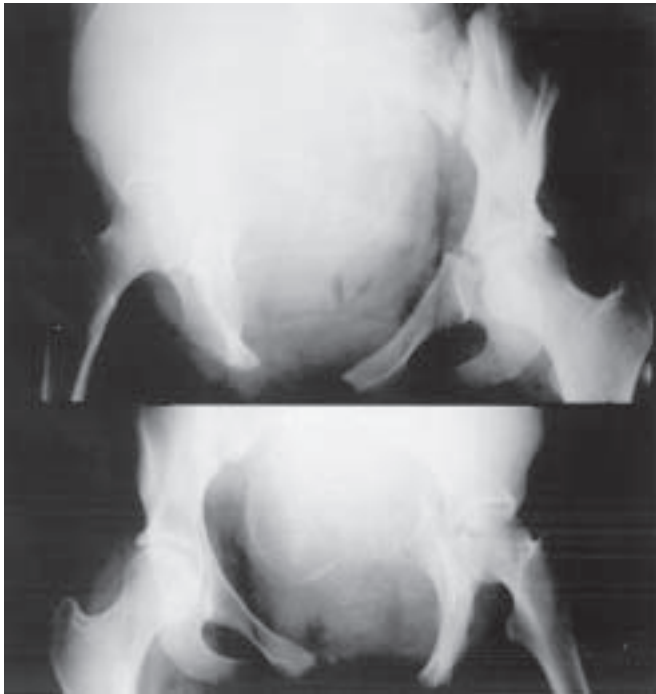
Na literatura há controvérsia quanto ao tratamento cirúrgico ou não cirúrgico nos casos de fraturas pélvicas em gestantes<sup>(1,3)</sup>. Neste trabalho relatamos o caso de uma gestante com disjunção da sínfise púbica e fratura do acetábulo submetida a redução aberta com fixação interna com placa e parafuso.

## RELATO DO CASO

Paciente feminino, 16 anos de idade, primigesta, com aproximadamente cinco meses de gestação, sofreu atropelamento por automóvel, em outubro de 1996. Foi admitida no Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre consciente e hemodinamicamente estável, com dor na região da cintura pélvica e no quadril à mobilização do membro inferior esquerdo. No exame radiológico, constatou-se disjunção pélvica tipo B<sub>1</sub> de Tile<sup>(4)</sup> e fratura de acetábulo esquerdo tipo II<sub>a</sub> de Tile (figura 1). A ecografia uterina demonstrou bigemelaridade e idade gestacional de aproximadamente 21 semanas.

Após exposição dos riscos e benefícios do tratamento cirúrgico e não cirúrgico, houve consentimento da paciente e seus familiares na realização do tratamento cirúrgico proposto pela equipe médica.

A paciente foi transferida para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CHCPA) para realização do tratamento cirúrgico. No pré-operatório, apresentava hematócrito de 26% e hemoglobina de 8,4g/dl, sendo transfundidas duas unidades de concentrado de hemácias. Seguindo a orientação da equipe de ginecologia e obstetrícia do HCPA, iniciou-se com 100mg de indometacina via retal duas horas antes do



**Fig. 1** – Raio-X pré-operatório evidenciando a disjunção pélvica tipo B<sub>1</sub> de Tile e a fratura de acetábulo à esquerda tipo II<sub>a</sub> de Tile

procedimento cirúrgico, mantendo-se 25mg/dia via oral, durante as primeiras 72 horas de pós-operatório.

A cirurgia foi realizada sob bloqueio peridural com cateter, utilizando-se abordagem ilioinguinal, conforme descrita por Letournel<sup>(5)</sup>. Primeiro foi obtida a redução da coluna anterior do acetábulo e fixação com placa de osteossíntese reta estreita modelada, seguida por redução da disjunção da sínfise púbica e fixação com duas placas de osteossíntese retas estreitas ortogonais entre si (figura 2). O tempo de duração do procedimento cirúrgico foi de 170 minutos, sendo os fetos monitorados durante a indução anestésica e no final da cirurgia. A recuperação anestésica foi supervisionada na sala de recuperação do bloco cirúrgico; posteriormente, a paciente foi encaminhada para o andar de internação ortopédica.

A paciente evoluiu bem, sentando fora do leito no 10º dia pós-operatório, deambulando com duas muletas e apoio parcial em seis semanas e apoio total em 16 semanas. Antes da alta hospitalar, foi realizada nova ecografia fetal, que confirmou o bem-estar de ambos os fetos.

Com 35 semanas de gestação, a paciente foi submetida a cesariana devido à bigemelaridade, com o nascimento de duas crianças do sexo masculino com apgar 9 no 5º minu-



**Fig. 2** – A) Raio-X pós-operatório mostrando a redução e fixação da disjunção da sínfise púbica e da fratura acetabular. B) Fotografia apresentando a boa mobilidade da paciente após três anos de evolução.

to e peso de 2.160g e apgar 8 no 5º minuto e peso de 1.820g, respectivamente.

Em outubro de 1999, a paciente retornou para avaliação clínica e radiológica. Após três anos da realização do procedimento cirúrgico, a paciente apresenta boa mobilidade do quadril, sem limitação funcional e sem queixa de dor (figura 2).

## DISCUSSÃO

As complicações das fraturas pélvicas são bem conhecidas, entre elas: hemorragia com ou sem choque, lesões do trato urinário, dano ao plexo lombar, embolia gordurosa, entre outros<sup>(2)</sup>. Quando ocorrem em mulheres gestantes, podem ter conseqüências adicionais, como: comprometimento fetal, inclusive com morte do feto; ou deformidades pélvicas que poderão prejudicar gestações futuras, principalmente as disjunções da sínfise púbica<sup>(1,3)</sup>. Outro risco é o aumento da indução do trabalho de parto prematuro devido ao trauma em si ou à manipulação da fratura<sup>(1)</sup>.

O raio-X tem efeito teratogênico e carcinogênico ao feto<sup>(3)</sup>; portanto, deve ser realizado comedidamente, o que pode dificultar o adequado estudo radiológico da fratura, prejudicando o planejamento cirúrgico. A tomografia computadorizada pode exibir com clareza o padrão de fratura, porém expõe a paciente a maior radiação.

Há controvérsias na indicação de tratamento não cirúrgico ou cirúrgico nas fraturas de pelve em pacientes gestantes. O tratamento não cirúrgico apresenta como vantagem o menor risco imediato ao feto, porém, muitas vezes, determina má evolução a longo prazo da articulação coxo-femoral, por redução não anatômica do traço da fratura, e deformações do canal do parto, que podem contra-indicar o parto vaginal em futuras gestações<sup>(3)</sup>. O tratamento cirúr-

gico, por sua vez, permite uma redução anatômica do traço da fratura, com realinhamento do anel pélvico e mobilização precoce do paciente, porém aumenta o risco de parto prematuro, sangramento e hipotensão e morte fetal<sup>(1)</sup>.

Neste caso, foi indicado o tratamento cirúrgico devido à necessidade de mobilização precoce da paciente, uma vez que estava contra-indicada a imobilização prolongada exigida pelo tratamento conservador. Pals *et al.* e Yosipovitch *et al.*<sup>(1,3)</sup> relatam que não houve comprometimento da gestação com a realização de tratamento cirúrgico das fraturas pélvicas em gestantes e que, posteriormente, as pacientes apresentavam boa mobilidade dos membros inferiores sem limitação funcional.

É importante salientar que a paciente e os familiares devem ser bem esclarecidos, pela equipe médica, dos riscos inerentes, tanto ao tratamento cirúrgico como conservador, e juntos chegarem à melhor indicação terapêutica. Ressaltamos também a importância da interação das especialidades envolvidas no caso: ortopedia, ginecologia e anestesia, que juntas foram responsáveis pelo sucesso do tratamento da paciente e pela manutenção do bem-estar dos fetos até seu nascimento.

## CONCLUSÃO

Os autores concluem que, neste caso, o tratamento cirúrgico foi a melhor opção terapêutica, pois permitiu redução anatômica do traço de fratura do acetábulo, diminuindo o risco de artrose secundária do quadril, e restauração do anel pélvico, sem que houvesse complicações maternas ou fetais decorrentes do ato cirúrgico. Concluímos ainda que o sucesso terapêutico depende de uma abordagem médica multidisciplinar e da participação ativa do paciente e familiares na escolha entre tratamento cirúrgico ou não cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

1. Pals S.D., Brown C.W., Frierhood T.G.: Open reduction and internal fixation of an acetabular fracture during pregnancy. *J Orthop Trauma* 6: 379-381, 1992.
2. Kissinger D.P., Rozycki G.S., Morris J.A., et al: Trauma in pregnancy. Predicting pregnancy outcome. *Arch Surg* 126: 1079-1086, 1991.
3. Yosipovitch Z., Goldberg I., Ventura E., Neri A.: Open reduction of acetabular fracture in pregnancy. A case report. *Clin Orthop* 282: 229-232, 1992.
4. Tile M.: Acute pelvic fractures: I. Causation and classification. *J Am Acad Orthop Surg* 4: 143-151, 1996.
5. Crenshaw Jr. A.H.: "Surgical techniques and approaches" in: Canale S.T.: *Campbell operative orthopaedics*. 9th ed, New York, Mosby, 1998.