

Associação da Fratura de Bennett e da Fratura do Trapézio: Relato de Dois Casos.

Simultaneous Bennett's and Trapezium Fractures: A Report of Two Clinical Cases.

*Ricardo Kaempff de Oliveira¹, Paulo Henrique Ruschel¹, Cristian Stein Borges²,
Marco Tonding Ferreira², Mário Arthur Rockenback Binz²*

Trabalho realizado no Serviço de Ortopedia e Traumatologia
do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.

RESUMO

As fraturas da porção proximal do primeiro metacarpo, como a fratura de Bennett, são frequentes, por isso são bem descritas pela literatura. Por outro lado, as fraturas do trapézio ocorrem em somente 3,5 à 5% das fraturas do carpo. Por ser o trauma axial com o polegar em extensão o mecanismo causador das fraturas da base do primeiro metacarpo e também do trapézio, é de se esperar que conforme a severidade do trauma pode haver a associação destas fraturas. Esta força axial pode estender-se ao escafoíde e ao processo estilóide do rádio. A associação de fratura de Bennett e de trapézio foi primeiro descrito por Kindl, em 1910. Após isso pouca atenção foi dada a esta patologia, tanto que em 1992 Radford descreveu um caso se referindo como o primeiro já relatado. Porém foi desmentido por McGuilanke, relatando que apesar da raridade existem quase dez casos descritos.

A maior série reportada até agora foi de Garcia-Ellias,(1993) que relatou três casos enfatizando a necessidade da redução anatômica para a obtenção de bons resultados.

A associação das fraturas Bennett e de trapézio deslocadas podem evoluir para um resultado ruim, com dor e perda da mobilidade do polegar, se não forem tratadas com redução e fixação interna. Esta fixação pode ser realizada com fios de Kirschner ou, mais recentemente, como no caso relatado, com parafusos de mini-fragmentos, conforme descrito por Crawford. Descrevemos o tratamento e a evolução clínica de dois pacientes tratados com a associação de fratura de Bennett e do trapézio, sendo o primeiro fixado com mini-parafusos e o segundo com fios de Kirschner.

Salientamos que com a redução anatômica e a sua rígida manutenção é possível haver uma mobilidade precoce, podendo ser esperado um ótimo resultado funcional.

Descritores: Traumatismos da mão/cirurgia; Traumatismos da mão/diagnóstico; Polegar

ABSTRACT

We recently treated two patients who had a combined Bennett's fracture and fracture of the trapezium. Due to it was an uncommon association a very little attention has been paid for this lesion on the literature. We present these cases emphasizing the importance of anatomical reduction to obtain good results.

Keywords: Hand injuries/surgery; Hand injuries/diagnosis; Thumb.

INTRODUÇÃO

Foram recentemente tratados em nosso serviço dois pacientes apresentando a associação de fratura de Bennett e fratura do trapézio. Devido à gravidade e a raridade desta lesão, enfatizamos a importância da redução anatômica para a obtenção de bons resultados.

RELATO DOS CASOS

No primeiro paciente do sexo masculino, 32 anos, sofreu um trauma axial sobre o polegar esquerdo ao cair de "skate". Procurou o nosso serviço, onde foram realizadas radiografias do polegar (Figura 1), que evidenciaram a associação de fratura de Bennett com fratura de trapézio. Foi indicado o tratamento cirúrgico, sendo esse realizado dois dias após o trauma. Na fixação foram utilizados dois parafusos de mini-fragmentos (Leibinger® 2.0 mm) (Figura 2). Devido à estabilidade da osteossíntese, o paciente permaneceu imobilizado apenas por três semanas, sendo realizada fisioterapia após este período. Ele retornou as suas

atividades normais com seis semanas de evolução, estando agora com três anos de evolução do tratamento, permanecendo assintomático e com excelente função.



Figura 1: Radiografias em perfil e ântero-posterior do polegar evidenciando a associação da fratura de Bennett e a fratura do trapézio.



Figura 2: Radiografia da base do polegar após a redução incruenta e a fixação das fraturas com parafusos de mini-fragmentos.

O segundo paciente do sexo masculino, 27 anos, sofreu queda ao solo e trauma direto no polegar ao praticar futebol. Paciente foi atendido primeiramente em outro serviço, onde foi diagnosticada a lesão através de radiografias (Figura 3). Foi indicada a cirurgia e encaminhado ao nosso serviço onde foi realizada a fixação com fios de Kirschner de 1.2 milímetros, estabilizando tanto o metacarpo quanto o trapézio (Figura 4). Tal fixação permaneceu por seis semanas e foi retirada como procedimento ambulatorial, com anestesia local. O paciente agora se encontra com doze meses de evolução e apresenta função e mobilidade completa do polegar.



Figura 3: Radiografias em perfil e ântero-posterior da base do polegar e uma tomografia com reconstrução em 3D polegar evidenciando a fratura de Bennett associada à fratura do trapézio.

DISCUSSÃO

As fraturas da porção proximal do primeiro metacarpiano, como a fratura de Bennett, são freqüentes, por isso são bem destacadas pela literatura. Por outro lado, as fraturas do trapézio que correspondem a apenas três à cinco por cento fraturas do carpo, são pouco abordadas.

Por ser o trauma axial com o polegar em extensão o mecanismo causador das fraturas da base do primeiro

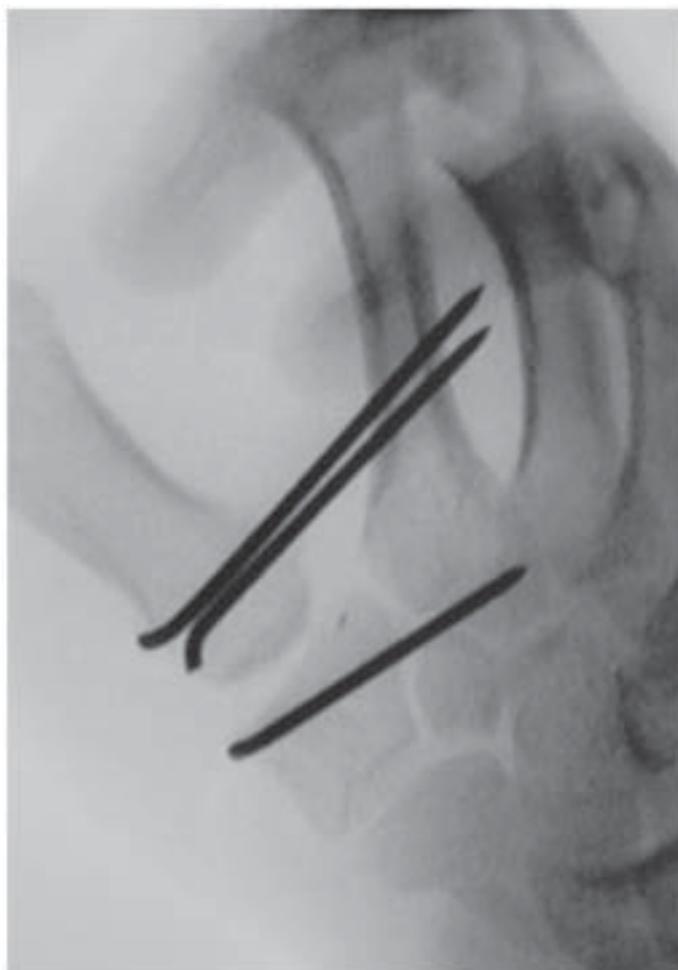


Figura 4: Radiografia da base do polegar após a redução incruenta e a fixação das fraturas com fios de Kirschner de 1.2 milímetros.

metacarpo e também do trapézio, é de se esperar que conforme a severidade do trauma pode haver a associação destas fraturas⁽¹⁾ (Figura 5). Esse mesmo mecanismo pode também causar a fratura de escafóide e do processo estilóide do rádio.

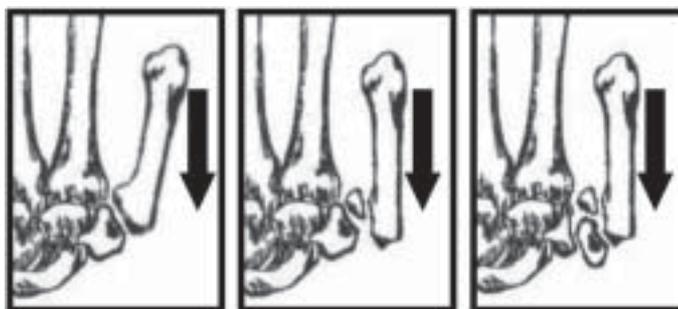


Figura 5: Mecanismo mostrando o trauma axial no polegar responsável pela fratura de Bennett e também do trapézio.

A associação de fratura de Bennett e de trapézio foi primeiramente descrita por Kindl apud McGuigan⁽¹⁾, em 1910. Após isso pouca atenção foi dada a esta patologia, tanto que em 1992 Radford et al.⁽²⁾ descreveram um caso se referindo como o primeiro já relatado. Porém isso foi contrariado por McGuigan⁽¹⁾ mostrou que apesar da raridade da lesão, já existiam quase dez casos já descritos naquela época.

A maior série reportada até hoje foi de Garcia-Ellias et al.⁽³⁾ que em 1993 relataram três casos enfatizando a necessidade da redução anatômica para a obtenção de bons resultados.

As fraturas de Bennett e de trapézio deslocadas evoluem para um resultado ruim, com dor e perda da mobilidade, se tratadas conservadoramente. Existe então a indicação de redução e fixação interna. Esta estabilização pode ser realizada com fios de Kirschner^(4,5), ou, mais recentemente, como no primeiro caso tratado por nós, com parafusos de mini-fragmentos.

Mais recentemente, autores fizeram o uso da artroscopia para auxiliar da fixação e visualização direta da redução⁽⁶⁾.

Salientamos que, com a redução anatômica e a sua manutenção no período de consolidação, é possível haver mobilização precoce e evolução para um ótimo resultado funcional.

1 - *Assistentes do Grupo de Cirurgia da Mão do Serviço de Ortopedia e Traumatologia Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre; Membros Titulares da SBOT e SBCM.*

2 - *Residentes de Ortopedia Mão do Serviço de Ortopedia e Traumatologia Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre.*

REFERÊNCIAS

1- McGuigan FX. Simultaneous trapezium and Bennett's fracture. J Hand Surg Am. 1993;18:944.

- 2- Radford PJ, Wilcox DT, Holdsworth BJ. Simultaneous trapezium and Bennett's fracture. J Hand Surg Am. 1992;17:621-3.
- 3- Garcia-Ellias M, Henriquez-Lluch A, Rossignani P, Deretana P. Bennett's fracture combined with fracture of the trapezium: a report of three cases. J Hand Surg Br. 1993;18:523-6.
- 4- Lallemand B, Vandepaer F. Simultaneous trapezium and Bennett's fractures: a case report and review of the literature. Chir Main. 2003;22:315-7.
- 5- Pehlivan O, Cilli F, Mahirogullari M, Ozyurek S. Management of combined open fractures of thumb metacarpal and trapezium (surgical tip). Hand. 2007;2:48-50.
- 6- Randall W, Culp MD, Jeff W, Johnson MD. Arthroscopically assisted percutaneous fixation of Bennett fractures. J Hand Surg Am. 2010;35:137-40.

Endereço para correspondência:

Dr. Ricardo Kaempf de Oliveira
ricardokaempf@gmail.com
Rua Leopoldo Bier, 825 Conjunto 301
Porto Alegre, RS
CEP – 90620-100
