UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

SAMUEL SCHAPER FERNANDES

LUXAÇÕES E CONTUSÕES

MACEIÓ
2023

SAMUEL SCHAPER FERNADES

LUXAÇÕES E CONTUSÕES

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.

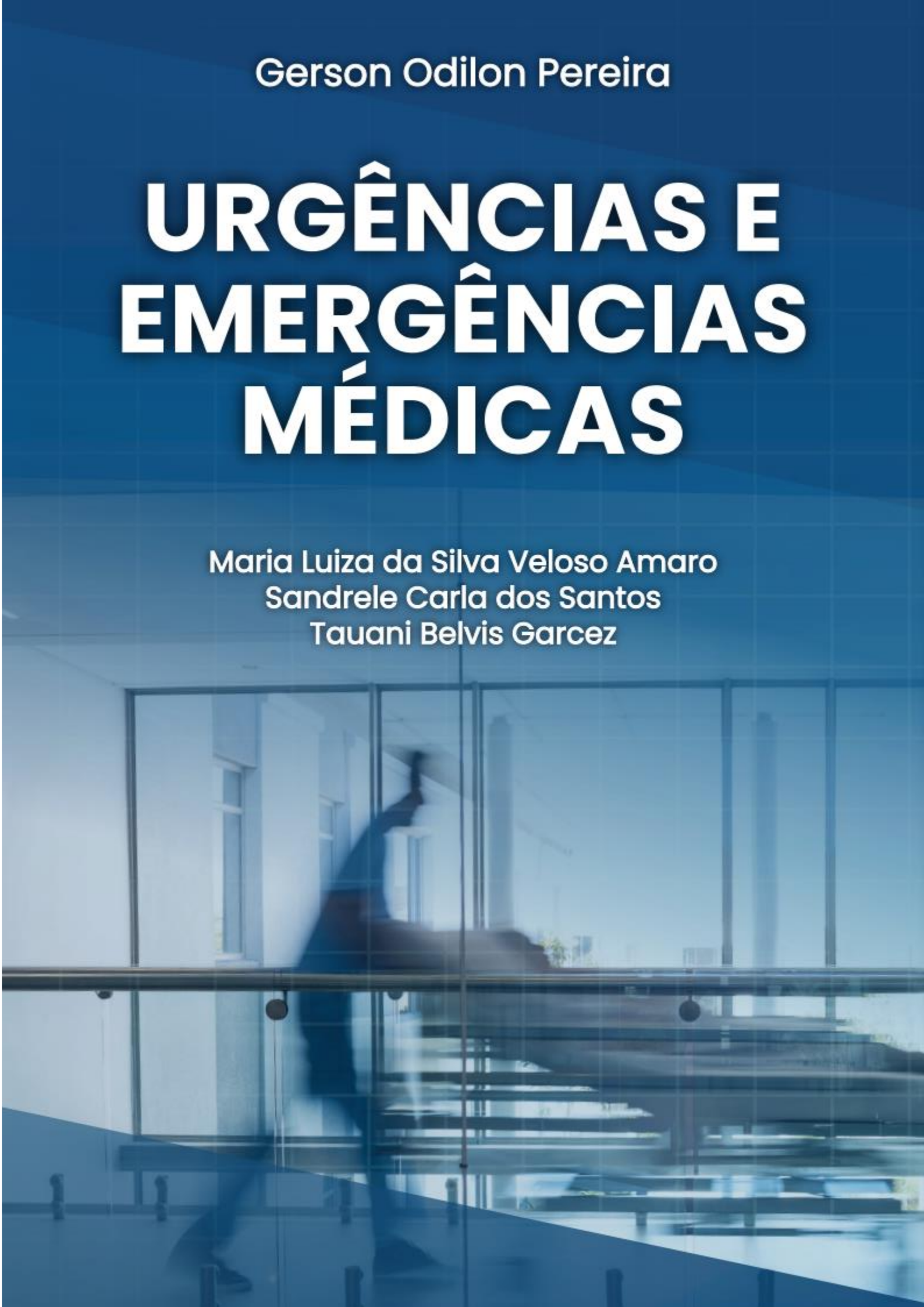
Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2023

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon
Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.
ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos.
IV. Título.

CDD-616.025
23-166323 NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Graziele Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Gerson Odilon Pereira

Co-organização:

- Tauani Belvis Garcez
- Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
- Sandrele Carla dos Santos

sarvier

EMERGÊNCIAS MÉDICAS
Gerson Odilon Pereira

Impressão e Acabamento
Digitop Gráfica Editora

Direitos Reservados
Nenhuma parte pode ser duplicada ou
reproduzida sem expressa autorização do Editor.

sarvier
Sarvier Editora de Livros Médicos Ltda.
Rua Rita Joana de Sousa, nº 138 – Campo Belo
CEP 04601-060 – São Paulo – Brasil
Telefone (11) 5093-6966
sarvier@sarvier.com.br
www.sarvier.com.br

capítulo 84

Luxações E Contusões

- Arlon Gravata Almeida Lima
- Samuel Schaper Fernandes
- Vinícius Tenório Braga Cavalcante Pinto

► LUXAÇÕES: GENERALIDADES

DEFINIÇÃO

Luxação é definida como a perda de congruência articular entre duas superfícies ósseas que formam uma articulação, tal perda pode ser total, ou parcial, caracterizando uma subluxação, além de também poder estar associada a fraturas, chamada de fratura-luxação. Ademais, outra forma de analisar a luxação leva em conta que esta pode ser fechada, não há exposição da intimidade articular (grande maioria), ou aberta, em que o interior da cápsula articular está exposta.

FISIOPATOLOGIA

O mecanismo de deslocamento articular está intimamente vinculado ao trauma, que pode ser direto, indireto e variar em suas intensidades, ou seja, diferentes vetores de força, bem como posicionamentos específicos durante o trauma, proporcionam condições que evoluem para luxações em diferentes articulações. A descontinuidade articular é frequentemente acompanhada de lesões capsulares e ligamentares, deformidade, dor e edema no membro afetado, o que, por sua vez, provoca atitudes típicas de posicionamento antálgico.

Além disso, o médico deve estar atento a possíveis lesões vasculho-nervosas tendo em vista que tais pedículos possuem intima relação anatômica com espaços articulares.

DIAGNÓSTICO

A avaliação clínica se inicia com o relato do paciente a respeito do trauma, já que vários tipos de luxação são ocasionas por situações e posicionamentos recorrentes.

Em seguida, se utiliza o exame físico para caracterizar o tipo de deslocamento e se há outras lesões associadas. Tal processo se inicia com a observação estática e dinâmica da articulação de interesse, está pode ou não apresentar deformidade típica e compatível com o deslocamento, o que por si só não comprova ou invalida o diagnóstico

respectivamente. Segue-se com a palpação que possibilita avaliar melhor o posicionamento das estruturas anatômicas. E ao fim do exame, é feita a avaliação da mobilidade passiva e ativa da articulação a fim de notar se há perda funcional da articulação.

Entretanto, vale destacar que, mesmo que o quadro clínico seja óbvio, há a necessidade de se solicitar e avaliar um exame de imagem, sendo o mais frequente a radiografia que deve ser solicitada 2 incidências em dois planos anatômicos diferentes da mesma articulação, tal conduta é necessária para descartar fraturas associadas e para ajudar na visualização da posição das estruturas deslocadas. Demais exames de imagem como TC e/ou RM podem ser solicitados em casos específicos.

TRATAMENTO

Tendo feito o diagnóstico correto da luxação é importante que a redução desta seja feita o mais rápido possível, tendo em vista que, quanto mais tempo deslocada, maior o número de complicações que esta articulação pode vir a desenvolver, indo desde rigidez, lesões vasculho-nervosas à instabilidade articular.

Para realizar a redução é importante que o paciente receba analgesia, frequentemente realizada com opioides e/ou AINES, porém também pode ser necessária sedação em alguns casos específicos. Tais medidas se fazem necessárias não só para alívio da dor, mas também para facilitar a redução, que por sua vez é realizada com a mobilização do membro de forma passiva em manobras especificas para cada tipo de luxação em cada uma das articulações,

Tendo realizado a redução com sucesso a sigla PRGCE (Proteção, Repouso, Gelo, Compressão e Elevação) aponta quais as medidas recomendadas para a recuperação da articulação. Dentre estas etapas vale destacar a proteção que pode ser realizada por tipoias ou talas gessadas que variam de formas de acordo com a articulação afetada.

► LUXAÇÃO CERVICAL

A porção cervical da coluna vertebral possui 7 vértebras e se destaca pela variedade e elevado grau de amplitude de seus movimentos, todavia, tal mobilidade torna esta região mais frágil para luxações em traumas, especialmente os automobilísticos que desencadeiam grandes forças nesta região.

Devido tal característica, a imobilização cervical, bem como avaliação de cervicalgia se fazem necessárias no momento de atendimento, juntamente com radiografias em perfil e transoral, além de TC e RM que podem ser uteis nas detecções de lesões menores

Tendo isso em mente, há diversos tipos de luxações cervicais, que, em sua maioria, se relacionam a fraturas e que por tal razão necessitam de avaliação especializada para tomada terapêutica, que variam desde uma imobilização à procedimentos cirúrgicos.

► LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

É caracterizado pela perda de contato entre a porção mais lateral da clavícula e o processo acromial da escápula, tal articulação é circundada por ligamentos acromioclaviculares e coracocleviculares que também podem ser afetados pelo deslocamento.

O mecanismo traumático é frequentemente descrito como uma queda com o peso do próprio corpo por sobre a porção lateral do ombro afetado. Dentre os sinais clínicos, destaca-se a típica deformidade causada pela proeminência da porção lateral da clavícula, conhecida como "sinal da tecla". Quanto as radiografias, a incidências pedidas são a anteroposterior e de Zanca.

A terapia varia de acordo com o grau de acometimento dos ligamentos associados a articulação, porém, em sua grande maioria, o tratamento é conservador, sedo adotado o uso de tipoias (1 a 4 semanas), analgesia, anti-inflamatórios não hormonais e gelo local. Vale ressaltar que em casos específicos podem ser necessárias cirurgias.

► LUXAÇÃO ANTERIOR DO OMBRO

A articulação glenoumeral possui a maior amplitude de movimento do corpo e devido a isso é a menos estável, sendo a que mais sofre com luxações dentre as grandes articulações. O principal mecanismo de origem é o trauma, principalmente quando o membro está abdução e rotação externa.

Na clínica o paciente se apresenta com dor e impotência no membro acometido, sendo esta amparado pelo membro sadio de forma a adotar uma postura antálgica. Dentre os achados da luxação anterior, se destaca a perda da curvatura anatômica característica do deltoide, de forma que o ombro passa a apresentar uma proeminência do acrômio, conhecido como "sinal da dragona". Associado a tais achados, para determinar o diagnóstico, deve-se solicitar radiografias em incidências anteroposterior, perfil da escápula e perfil da axila.

O tratamento por sua vez é feito com a redução da luxação, que pode ser realizada por diversas manobras, dentre elas, tração simples, manobra de Hipócrates, manobra de Kocher, manobra de Stimson, dentre outras, sendo necessária uma radiografia para confirmar a redução. Após a redução é associado o tratamento conservador PRGCE, cuja imobilização pode variar de 1 a 3 semanas com uso de tipoia.

► LUXAÇÃO POSTERIOR DO OMBRO

Se apresenta pelos mesmos mecanismos traumáticos, porém possui frequência bem menor quando comparada com a anterior. Sua apresentação clínica é mais discreta e possui como principal sinal a proeminência do processo coracoide. Para o diagnóstico se utiliza as mesmas incidências, bem como se utiliza das mesmas manobras de redução e tratamento conservador do que a luxação anterior.

► LUXAÇÃO INFERIOR DO OMBRO

É definida pela cabeça do úmero travada abaixo da glenóide, e a diáfise umeral apontando para cima. A grande maioria desses casos ocorre unilateralmente, sendo a manifestação típica caracterizada por abdução do membro afetado, flexão do cotovelo e pronação do antebraço, geralmente com a mão apoiada sobre a cabeça.

Ao exame físico, apresenta-se com o ombro abduzido a aproximadamente 110º, incapacitado de abandonar essa posição, cotovelo fletido, antebraço pronado e mão repousada sobre a cabeça. O diagnóstico é confirmado pela radiografia em incidências antero posterior e perfil

O tratamento consiste em uma redução incruenta sob anestesia com a manobra de tração e contratração em ambos os ombros. Logo após, imobilizar com Velpeau mantendo os ombros totalmente aduzidos e rotacionados internamente e realizar exame radiográfico de controle para se observar a redução adequada nas duas articulações.

► LUXAÇÃO ANTERIOR DO COTOVELO

É a luxação da cabeça do rádio com lesão do ligamento anular. Vários mecanismos foram postulados para a luxação anterior do cotovelo, como a ação de uma força de hiperpronação em um antebraço já em pronação, a queda para trás com o cotovelo estendido, ou a queda para frente com o cotovelo estendido, o antebraço em pronação e rolagem do corpo, aumentando a hiperpronação.

Em termos de diagnóstico, o paciente apresenta movimentos de supinação ou pronação restritos do antebraço, e manutenção da flexão–extensão do cotovelo e a cabeça do rádio era palpável anteriormente. Apresenta dor e edema no aspecto anterior do cotovelo. O diagnóstico é confirmado pela radiografia em incidências antero posterior e perfil do cotovelo.

A redução fechada da cabeça do rádio é o tratamento de escolha na maioria dos casos. Em alguns casos é necessária a redução aberta. No caso de haver ruptura do ligamento anular, o reparo do mesmo deve ser realizado juntamente com a passagem de um fio de Kirschner rádio-ulnar superior. A estabilidade e função normal do cotovelo aos 12 meses de acompanhamento sugerem a cicatrização do ligamento anular.

► LUXAÇÃO POSTERIOR DO COTOVELO

Define-se como a perda de congruência entre o braço e o antebraço, é a mais frequente. Assim denominada, porque o cotovelo é desviado posteriormente. A Fisiopatologia ocorre com a queda sobre a mão estirada com o antebraço em supinação e em extensão. Na luxação desfaz-se o triângulo formado pelos côndilos umerais e o olecrânio. Faz-se diagnóstico diferencial – fratura supracondiliana do úmero. As Complicações que podem aparecer é a lesão dos nervos mediano e cubital e a fratura da cabeça do rádio e do olecrânio

O tratamento consiste na redução, ou seja, tração no punho com o cotovelo em semi-flexão. O olecrânio é pressionado para frente com os polegares, e imobilização tala gessada (cotovelo em 90º) por três semanas

► SUBLUXAÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO – PRONAÇÃO DOLOROSA

É a subluxação, perda de contato das duas articulações, da cabeça do rádio, que fica impactada no ligamento anular, travando a articulação e impedindo a supinação do antebraço.

O mecanismo do trauma é a tração súbita do punho com o cotovelo em extensão e o antebraço em pronação. O antebraço estará em pronação, e a criança estará com o cotovelo dolorido, mantido pela mão oposta. O exame radiográfico de anteroposterior e perfil é apenas para afastar fraturas. E não será possível visualizar o ligamento porque ele é radio transparente.

A conduta é a supinação do antebraço. Na manobra deve-se segurar em pinça o braço pelos côndilos. Dá um clique quando volta ao local. Após pode-se fazer uma extensão e flexão do braço para averiguação da limitação de movimento. E imobilização com tipoia, braço em 90 graus.

► LUXAÇÕES INTERFALANGEANAS

Define-se pela perda completa da congruência articular entre interfalângicas proximais ou distais. Após trauma no dedo, ocorre uma deformidade grosseira e impotência funcional, incluindo ainda algia intensa e edema.

Pode acontecer para dorsal, lateral ou volar. A posição da falange média determina qual o tipo de luxação. Devem-se realizar radiografias nas incidências anteroposterior, póstero anterior e perfil, especificamente do dedo acometido. A radiografia em perfil é usada para avaliar a presença concomitante de fraturas.

O tratamento é prosseguir com a redução, se o dedo estiver estável o paciente deve ser incentivado a mexer o dedo e este deve ser solidarizado com seu vizinho. Caso ocorra instabilidade, o dedo deve ser imobilizado apenas com uma tala que impeça o final da extensão.

► LUXAÇÃO METACARPOFALANGEANA

Na luxação, a cabeça do metacarpiano é deslocada volarmente e a base da falange aponta para o dorso. É uma lesão rara, ocorre por trauma em hiperextensão, que provoca a ruptura da placa volar em sua inserção proximal. Tal feito ocorre quase que exclusivamente nos dedos indicador e mínimo, em função destes serem laterais e só apresentarem o ligamento intermetacárpico em apenas um dos lados da placa volar da metacarpofângica.

O diagnóstico é confirmado pela radiografia em incidências antero posterior e perfil que evidencia uma luxação da articulação metacarpofalângica do dedo acometido.

A conduta é a redução fechada após anestesia local e realizada radiografia de controle que demonstra a redução completa da fratura. É preconizada a imobilização por 3 semanas para descanso de partes moles e reavaliação em consulta externa com 6 semanas, com recuperação funcional ao término destas. O tratamento é quase sempre conservador após redução fechada. Porém, se a luxação for complexa, poderá ser necessária uma redução aberta, quando existe a interposição da placa volar e a extremidade do metacarpo envolvida pelo músculo flexor curto do polegar.

► LUXAÇÃO POSTERIOR DO QUADRIL

É a perda da congruência da articulação coxofemoral com o acetábulo posteriormente. Ocorre o trauma direto no joelho com o indivíduo sentado, geralmente, em acidente automobilístico sem cinto de segurança. No exame físico, apresenta membro inferior encurtado, aduzido, em rotação interna e discretamente fletido. E o exame radiográfico em AP e Perfil apresenta a cabeça do fêmur acima do acetábulo.

Na luxação posterior do quadril não associada à fratura do acetábulo, o tempo decorrido entre o acidente e a redução é importante no resultado final da lesão. Deve ser reduzida com técnica de Allis.

► LUXAÇÃO DO JOELHO

A luxação normalmente acontece em decorrência de traumas de alta energia, como em acidentes automobilísticos ou quedas de grandes alturas. A luxação ocorre quando há a ruptura de pelo menos dois ligamentos estabilizadores do joelho. Invariavelmente, ocorre a lesão de um dos dois ligamentos cruzados (anterior/posterior) que podem estar associadas a lesão de um dos dois ligamentos colaterais (lateral/medial), e em casos de maior gravidade pode ocorrer lesão de todos os ligamentos.

Ao exame, o paciente queixa dor, há uma tumefação do joelho, dado a hemartrose ocorrida, e ocorre a instabilidade em varo e valgo. O diagnóstico é confirmado pela radiografia em AP e perfil. A conduta consiste em uma redução fechada, a qual, traciona-se a perna e empurra-se anteriormente a tíbia, no caso de luxação posterior, ou o fêmur, no caso de luxação anterior. Após a redução é necessária a realização de uma arteriografia para avaliação vascular, como também, o uso de uma órtese funcional para imobilização da articulação por seis semanas.

► LUXAÇÃO DA PATELA

Ocorre decorrente de um trauma direto na patela, estando o joelho flexionado e o quadríceps relaxado. O joelho falha e o paciente pode cair.

Ao exame físico a patela encontra-se patela desviada lateralmente e o paciente apresenta impotência funcional. Para confirmação diagnóstico solicita-se radiografia do joelho acometido em AP e perfil para confirmar o desvio da patela de seu local de origem e para descartar fraturas associadas que exijam tratamento cirúrgico. O tratamento consiste na redução da patela com dígito pressão em sentido lateromedial enquanto se realiza lenta extensão do joelho. Após a redução, realiza-se imobilização com tala gessada coxo-maleolar, com o joelho em extensão. Em luxações recorrentes recomenda-se o tratamento cirúrgico com pregueamento da cápsula articular pelo ortopedista.

► ENTORSE DO TORNOZELO

A entorse é resultado de um movimento violento onde ocorre um estiramento ou ruptura de ligamentos de uma articulação e consiste na ruptura parcial da cápsula

articula e dos ligamentos do tornozelo. Está comumente associada a fraturas devido à avulsão dos ligamentos do tornozelo. Ao exame físico observa-se edema no tornozelo, impotência funcional e ausência de ruptura ligamentar total. Solicita-se radiografia do tornozelo em AP e perfil para descartar presença de fraturas. O manejo consiste em imobilização com tala gessada suro-podálica por até 20 dias de acordo com o tamanho do edema. Além disso, recomenda-se compressa de gelo, compressão local e elevação do membro para reduzir o inchaço nos primeiros 1-3 dias.

► CONTUSÃO DO JOELHO

Pode ocorrer devido a quedas, acidentes automotivos, práticas esportivas que causem trauma direto no joelho. Ao exame físico há acentuado aumento de volume do joelho acometido, a coleção de líquido que se forma no espaço subquadriciptal permite que a patela fique flutuando sobre a articulação configurando o Sinal do Rechaço, há limitação dos movimentos do joelho, e impotência funcional. Solicita-se radiografia do joelho em AP e perfil para descartar fraturas. O tratamento consiste na artrocentese seguida de imobilização com tala gessada coxo maleolar.

► REFERÊNCIAS

MOTTA, Geraldo da Rocha Filho; BARROS, Tarcísio Eloy Pessoa D. Filho. Ortopedia e Traumatologia. 1ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

VOLPON, José Batista (Ed.). Fundamentos de ortopedia e traumatologia. São Paulo: Atheneu, 2014.

DEBIEUX, Pedro, WAJNSZTEJN, Andre e MANSUR, Nacime Salomão Barbachan. Epidemiology of injuries due to ankle sprain diagnosed in an orthopedic emergency room. Einstein (São Paulo) [online]. 2020, v. 18 [Acessado 28 Dezembro 2022], eAO4739. Disponível em: < https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4739 > . Epub 23 Set 2019. ISSN 2317-6385. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4739.