

Fratura do Sacro no Adulto Jovem

*Autoria: Sociedade Brasileira de
Ortopedia e Traumatologia
Colégio Brasileiro de Radiologia*

Elaboração Final: 23 de janeiro de 2008

Participantes: Façanha Filho FAM, Defino H, Gonzaga MC,
Zylbersztejn S, Meves R, Canto FT, Skaf AY

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Realizada revisão bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, Biblioteca Cochrane. A busca de evidências partiu de cenários clínicos reais, e utilizou os descritores MeSH: “*Adult*”, “*Sacrum*”, “*Fractures, Bone*”, “*Spinal Fractures*”, “*Treatment Outcome*” “*Neurologic Examination*”, “*Neurologic Manifestations*”, “*Outcome Assessment*”. Os artigos foram selecionados após avaliação crítica da força de evidência.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Orientar o diagnóstico, a indicação cirúrgica e a escolha do tipo de procedimento cirúrgico para o paciente jovem portador de fratura isolada no sacro.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

As fraturas do sacro são descritas desde 1847, por Malgaigne, como lesões características de indivíduos portadores de múltiplos ferimentos após trauma de grande energia. Hoje, exemplos deste mecanismo de trauma incluem o acidente de trânsito e a queda de altura. A verdadeira incidência desta fratura - até 1% de todas as fraturas na coluna - é discutida na literatura em virtude da dificuldade de diagnóstico na fase aguda. A dificuldade do diagnóstico clínico inerente deste paciente, portador de múltiplas lesões viscerais ou ortopédicas, em conjunto com radiografias sem alterações esqueléticas evidentes, explica a falha da identificação destas fraturas. Alto índice de suspeita e avaliação adicional por meio da tomografia axial computadorizada auxilia o diagnóstico precoce, em especial nos pacientes sem lesão associada do anel pélvico (25% a 50% dos pacientes). Nesta situação clínica (fraturas isoladas do sacro), são caracteristicamente lesões estáveis, entretanto, o tratamento operatório mediante laminectomia pode ser indicado quando se verifica comprometimento do canal vertebral pelo fragmento ósseo da fratura na linha média ou foraminal do sacro associada com o déficit radicular, particularmente quando há disfunção esfíncteriana. Diante da raridade desta fratura, constata-se na literatura falta de trabalhos observacionais comparativos de melhor consistência para definir a conduta de certeza nestes pacientes.

Estudos com base em série de casos comprovam a freqüente associação destas fraturas com lesões do anel pélvico. A abordagem cirúrgica isolada de descompressão do canal vertebral do sacro é opção de tratamento nos portadores de disfunção neurológica de raízes sacrais¹(C).

A associação entre estas fraturas e lesões viscerais pélvicas ou outros ferimentos ocorre em até 84% dos pacientes e justifica também a grande morbidade encontrada nos desfechos clínicos em série de casos tratados²(C).

Observam-se mais seqüelas clínicas relacionadas à disfunção radicular sacral urológica e genital do que musculoesqueléticas nestes pacientes, quando analisamos os desfechos clínicos³(C).

A laminectomia para descompressão e exploração das raízes da cauda equina do canal vertebral é opção de tratamento nos portadores de disfunção radicular sacral pela possibilidade de melhora neurológica detectada após o seguimento nestes pacientes (de 23 a 82 meses de seguimento)⁴(C).

A identificação inicial da fratura por intermédio de radiografias é difícil. A avaliação atenta da radiografia em perfil pode conduzir ao diagnóstico correto. A despeito da opção conservadora advogada por muitos autores, mesmo nos portadores de déficit neurológico, a laminectomia sacral, em tese, permite a melhor possibilidade de recuperação neurológica nos portadores de comprometimento do canal vertebral associado à disfunção neurológica radicular. Mas, a melhora neurológica nos casos com disfunção incompleta pode ocorrer após a observação destes pacientes⁵(C).

A variedade dos tipos de fratura e a associação freqüente (até 75% dos pacientes) com o comprometimento da articulação sacroilíaca e anel pélvico, verificados na prática clínica, justificam as dificuldades de normatização da avaliação e conduta destes pacientes entre os diferentes autores na literatura. A possibilidade de prejudicar o tamponamento do hematoma retroperitoneal explica a opção de autores que contra-indicam a descompressão cirúrgica do canal vertebral na urgência⁶(C).

A abordagem cirúrgica nestes pacientes deve incluir a estabilização sacroilíaca associada à descompressão das raízes sacrais nos casos em que existe instabilidade lombosacropélvica⁷(C).

Os portadores de fraturas transversas freqüentemente apresentam disfunção neurológica das raízes sacrais. Não há evidência conclusiva de que a descompressão cirúrgica resulte em melhores desfechos clínicos e neurológicos do que o tratamento conservador⁸(B).

REFERÊNCIAS

1. Pohlemann T, Gänsslen A, Tscherner H. The problem of the sacrum fracture. Clinical analysis of 377 cases. *Orthopade* 1992;21:400-12.
2. Tötterman A, Glott T, Madsen JE, Røise O. Unstable sacral fractures: associated injuries and morbidity at 1 year. *Spine* 2006;31:E628-35.
3. Bellabarba C, Stewart JD, Ricci WM, DiPasquale TG, Bolhofner BR. Midline sagittal sacral fractures in anterior-posterior compression pelvic ring injuries. *J Orthop Trauma* 2003;17:32-7.
4. Taguchi T, Kawai S, Kaneko K, Yūgue DJ. Operative management of displaced fractures of the sacrum. *Orthop Sci* 1999;4:347-52.
5. Reynier Y, Grisoli F, Delarque A, Vigouroux RP. Fracture dislocation of the sacral spine with cauda equina lesion. Report of two cases. *Neurochirurgie* 1982;28:25-32.
6. Avanzi O, Pinto Filho WC, Dezen E, Salomão JCA, Pinaffi A. Fraturas do sacro. *Rev Bras Ortop* 1995;30:98-106.
7. Vilela MD, Jermani C, Braga BP. Fixação lombopélvica e descompressão sacral para fratura em U do sacro: relato de caso. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2007;65:865-8.
8. Kim MY, Reidy DP, Nolan PC, Finkelstein JA. Transverse sacral fractures: case series and literature review. *Can J Surg* 2001;44:359-63.

