

As amputações podem acontecer por complicações de fraturas ou mesmo ligadas ao processo de ortopedia oncológica.

Nas fraturas, deve ser ter atenção:

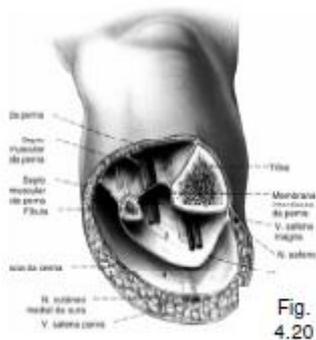


Fig. 4.20

O primeiro sinal de alerta é **dor**, geralmente **latejante**, que vai aumentando e provoca no paciente um estado de **intranquilidade**. Precocemente o doente perde capacidade de **movimentar ativamente** os dedos e, **tipicamente**, a **extensão passiva dos dedos é extremamente dolorosa**. O membro fica **edemaciado e tenso**. Se nada for feito, o quadro vai piorando, a dor torna-se **insuportável** e acompanhada de **sensações parestésicas** (queimação, formigamento, picadas, choques, etc). Há comprometimento da circulação na extremidade com **cianose** inicialmente (compressão venosa) e, mais tarde, **palidez** (compressão arterial). Neste momento há ausência do pulso. O quadro completo é de **dor, palidez, parestesia, paralisia e falta de pulso**. O resultado é a **NECROSE** dos tecidos e, muitas vezes, a **amputação**.

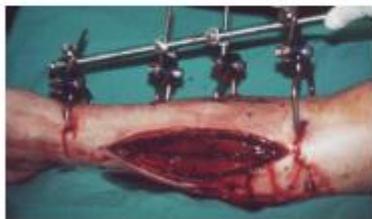


Fig. 4.21 – Aspecto pós-operatório de uma perna que desenvolveu síndrome de compartimento após fratura de tíbia. Todo o compartimento é descomprimido por meio de fasciotomia ampla que é deixada aberta. A fratura é estabilizada com fixador externo. Depois, é programado o fechamento progressivo da ferida

Em fraturas expostas do tipo IV, as amputações também estão correlacionadas:

Tipo IV - esmagamento ou semi-amputação do membro com danos irrecuperáveis dos tecidos associados a lesões vasculonervosas. Todo o esforço inicial no tratamento da fratura exposta é direcionado no sentido de se evitar infecção. Assim, os pacientes devem ser operados o mais rapidamente possível com o objetivo de se limpar e desbridar a ferida, com excisão dos tecidos desvitalizados. Cerca de 30% das fraturas expostas desenvolvem infecção com germes hospitalares, por contaminação durante o atendimento ao paciente. Para se evitar isso, o ferimento deve ser inicialmente ocluído e o membro imobilizado com tala gessada. É boa prática fotografar a lesão para, depois, ser vista por outras pessoas, sem que toda vez o ferimento tenha que ser descoberto. Desta forma, o paciente pode receber outros cuidados que colocam a vida em risco e, quando equilibrado, levado ao centro cirúrgico. Antibioticoterapia (cefalosporinas, oxacilina e/ou aminoglicosídeos) são iniciados pré-operatoriamente por via endovenosa e feita a profilaxia do tétano. Durante a cirurgia realiza-se a limpeza exaustiva do ferimento com solução fisiológica ou água fervida e os tecidos desvitalizados são removidos. Segue-se o tratamento da fratura em si que depende da sua classificação. Aquelas de grau I são tratadas como seria tratada uma fratura fechada assemelhada. As de grau II são fixadas internamente e aquelas de grau III são fixadas externamente. Neste tipo de fratura é frequente ocorrerem perdas de pele, músculo ou osso. Geralmente, o ferimento é mantido aberto ou apenas com as bordas aproximadas. Após vários desbridamentos e procedimentos como enxertia óssea, rotação de retalhos cutâneos, consegue-se a cicatrização do ferimento, quando o fixador é retirado, sendo substituído por gesso ou uma síntese. No grau IV é realizada amputação ou regularização do coto. O ferimento é deixado aberto ou simplesmente com a pele aproximada com alguns pontos. No futuro, a ferida será fechada diretamente ou realizam-se procedimentos plásticos de cobertura como rotação de retalhos e enxertia livre de pele. Estes cuidados são necessários devido à possibilidade de infecção (Fig. 4.22).

As amputações também estão relacionadas com a oncologia ortopédica:

Qualquer que seja a lesão ela geralmente é avaliada por imagens sendo muito importantes as radiografias, tomografia computadorizada, ressonância magnética e cintilografia para hipótese diagnóstica e estadiamento. Segue-se a biópsia que é muito importante para a confirmação do diagnóstico e tratamento que pode ser com a quimioterapia, radioterapia e cirurgia, conforme o caso. As biópsias devem ser realizadas pelo cirurgião que vai fazer o tratamento definitivo, pois dependem de planejamento adequado e de um serviço de anatomopatologia com pessoal especializado na análise do material. Lesões benignas são tratadas simplesmente pela excisão ou curetagem, às vezes complementadas com enxertia óssea ou colocação de algum implante. Lesões malignas são ressecadas de acordo com critérios oncológicos de margem de segurança e, para aquelas malignas e muito avançadas às vezes só resta a **amputação** como procedimento. Quando é feita uma grande ressecção óssea, geralmente incluindo a articulação, o segmento pode ser recuperado com o uso de endopróteses.

A oncologia ortopédica é, hoje, uma subespecialidade bastante complexa e multidisciplinar. Não é nosso objetivo estudar cada tipo de tumor separadamente, mas dar ao aluno as características gerais dos tumores malignos e benignos, principalmente do ponto de vista clínico e radiográfico, para que seja possível, em um atendimento geral, levantar a suspeita diagnóstica e encaminhar o paciente.