

LESÃO DE MONTEGGIA

*Luiz Antonio Alcantara de Oliveira**

*Vilson Ulian***

RESUMO — *A fratura-luxação de Monteggia, desde que foi descrita em 1814, tem sido motivo de preocupação entre ortopedistas de todo o mundo, por suas graves complicações. Apresenta-se a classificação de Bado, clássica para esse tipo de lesão, os tipos de tratamentos e as complicações da lesão quando não reconhecida no momento do traumatismo, com sugestão de tratamento.*

PALAVRAS-CHAVE: *Fratura-luxação de Monteggia; Classificação de Bado; Complicações.*

LESÃO DE MONTEGGIA

Essa lesão caracterizada por fratura-luxação especial do antebraço foi descrita por Giovanni Battista Monteggia, de Milão, Itália, em 1814, antes mesmo da era da radiografia, baseado somente na história do traumatismo e nos achados do exame físico. Mais de 150 anos mais tarde, em 1967, Bado passou a utilizar o termo “lesão de Monteggia”, e a classificou em quatro tipos (BADO, 1967) (Figuras 1-4).

O tipo I apresenta luxação anterior da cabeça do rádio e fratura da ulna em qualquer nível, com angulação anterior. É o tipo mais comum, embora todas as lesões de Monteggia somem apenas 5% das fraturas do antebraço (ANDRADE et al., 1985).

O tipo II apresenta luxação posterior da cabeça do rádio, associada a fratura da ulna, com angulação posterior.

O tipo III apresenta-se como luxação lateral da cabeça do rádio associada a fratura da ulna, com angulação lateral.

* Prof. Visitante (DSAU/UEFS). Curso de Medicina. Doutor em Ortopedia (USP) e-mail: luizalcantara46@hotmail.com

** Prof. Assistente (UFBA). Doutor em Ortopedia (FMRP-USP). E-mail: vulian@hotmail.com

Universidade Estadual de Feira de Santana – Dep. de Saúde. Tel./Fax (75) 3224-8089 - BR 116 – KM 03, Campus - Feira de Santana/BA – CEP 44031-460. E-mail: sau@uefs.br

O tipo IV apresenta fratura de ambos os ossos do antebraço em seu terço proximal, com luxação anterior da cabeça do rádio. A fratura da ulna tem angulação anterior.



Figura 1 – Tipo I



Figura 2 – Tipo II



Figura 3 – Tipo III

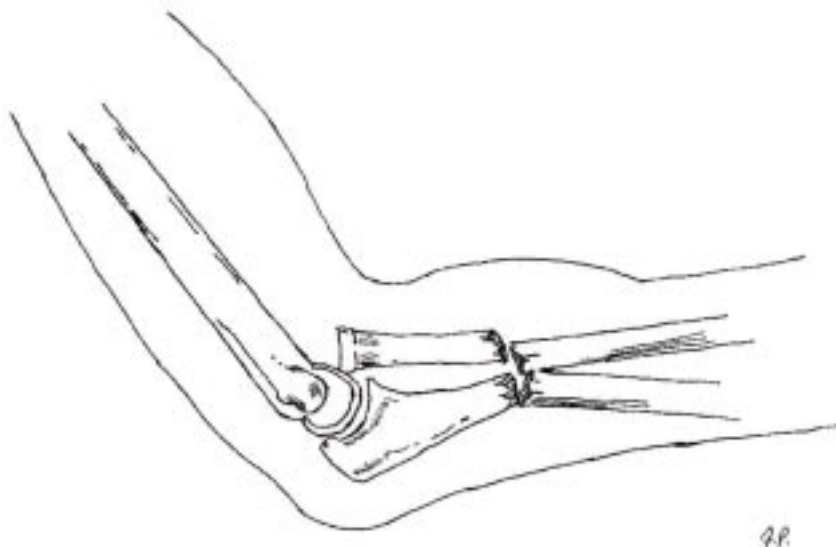


Figura 4 – Tipo IV

A base da classificação de Bado está no reconhecimento de que o vértice da angulação da fratura da ulna encontra-se no mesmo sentido da luxação da cabeça do rádio. A dificuldade, entretanto, é que a luxação da cabeça do rádio pode não estar aparente e pode passar despercebida se o cotovelo não estiver incluído na radiografia. Para se avaliar uma fratura de osso longo, as articulações proximal e distal à fratura devem ser avaliadas, em planos ortogonais entre si, mais comumente nas incidências ântero-posterior e lateral. Na lesão de Monteggia, o cotovelo deve ser analisado separadamente. A cabeça do rádio deve apontar para a direção do capítulo umeral em todas as radiografias do cotovelo.

A lesão de Monteggia está associada a quedas sobre a mão com o braço estendido, em pronação forçada, e seu diagnóstico imediato é essencial para se evitar as comuns complicações dessa lesão (GLEESON; BEATTIE, 1994). Ao

exame, a cabeça do rádio pode ser palpável, e a angulação da fratura da ulna pode ser visível ou palpável. No entanto, a natureza real da lesão só pode ser determinada por radiografias que incluam tanto o cotovelo quanto o punho.

As indicações de tratamento das lesões de Monteggia são baseadas no padrão da fratura e da idade do paciente, isto é, se adulto ou criança. A maioria dos autores (DORMANS; RANG, 1990; FRAZIER; BUSCHMANN; INSLEER, 1991) concordam que essa lesão nas crianças deva ser tratada por redução incruenta e imobilização com tala gessada áxilo-palmar, com 90° de flexão do cotovelo e supinação total, que é a melhor posição para as lesões dos tipos I, III e IV. As lesões do tipo II (deslocamento posterior) ficam melhor se imobilizadas a 70° de flexão e em supinação. A luxação da cabeça do rádio é de grande importância. Se não houver sucesso na redução da luxação, pode ser necessário o tratamento cirúrgico, pois pode haver interposição do ligamento anular ou da cápsula, impedindo a redução. Os ligamentos anular e colateral radial estabilizam a cabeça radial e são lesados durante o deslocamento da cabeça do rádio. O rádio e a ulna são ligados pela membrana interóssea, o que aumenta o risco de luxação ou de lesão do rádio quando a ulna é fraturada. Havendo indicação cirúrgica, a intervenção deve ser realizada imediatamente, pois a demora na redução do rádio pode levar a lesão articular permanente, lesão de ramos do nervo radial, ou ambas. Nos adultos, os resultados com tratamento incruento não são animadores, devendo-se optar pelo tratamento cirúrgico (RECKLING, 1982).

As lesões de Monteggia na população pediátrica podem levar a resultados preocupantes, quando não reconhecidas ou não tratadas adequadamente por ocasião do traumatismo, permanecendo a luxação da cabeça do rádio. Isso pode facilmente ocorrer e pode reduzir a capacidade funcional e causar dor crônica (BABB; CARLSON, 2005). Essa complicação tardia comum da lesão de Monteggia pode ser tratada cirurgicamente com ostotomia da ulna no vértice da angulação, reduzindo a deformidade, e fixação com placa e parafusos (Figura 5), e com a confecção de um neo-ligamento anular utilizando-se a fascia tricipital, presa à ulna proximalmente (DAVID-WEST et al.,

2005). A imobilização áxilo-palmar deve ser mantida por quatro a seis semanas, após essa medida, inicia-se a fisioterapia para recuperação funcional.



Figura 5 – Radiografia do pós-operatório de lesão de Monteggia não reconhecida no momento do traumatismo.

MONTEGGIA LESION

ABSTRACT — *Monteggia fracture-dislocation, since its description in 1814 has been a cause of concern among orthopedic surgeons around the world, on account of its severe complications. Bado classification, which is classical for this type of lesion is presented as well as the treatment and its complications when the lesion is not properly recognized at the moment of the trauma.*

KEY WORDS: *Monteggia fracture-dislocation; Bado classification; Complications.*

Sitientibus, Feira de Santana, n.34, p.157-163, jan./jun. 2006

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. et al., Luxofractura de Monteggia en el niño. **Bol Hosp Viña del Mar**, v. 41, n. 3, p. 61-62, 1985.

BABB, A; CARLSON, W. O. Monteggia fractures: beaware! **S D J Med.**, n. 58, v. 7, p. 283-285, 2005.

BADO, J.C. The Monteggia lesion **Clin Orthop Relat Res.**, v. 50, p. 71-86, 1967.

DAVID-WEST, K. S. et al., Missed Monteggia fractures. **Injury**. n. 35, v. 10, p. 1206-1209, 2005.

DORMANS, J. P.; RANG, M. The problem of Monteggia fracture-dislocation in children. **Orthop Clin North Am.** v. 2, n. 21, p. 251-256, 1990.

FRAZIER, J. L.; BUSCHMANN, W. R.; INSLER, H. P. Monteggia type I equivalent lesion: diaphyseal ulna and proximal radius fracture with posterior elbow dislocation in a child. **J. Orthop. Trauma**, v. 5, n. 3, p. 373-375, 1991.

GLEESON, A. P.; BEATTIE, T. F. Monteggia fracture-dislocation in children. **J. Accid. Emerg. Med.**, v. 3, n. 11, p. 192-194, 1994.

RECKLING, F. W. Unstable fracture-dislocation of the forearm – Monteggia and Galeazzi lesions. **J. Bone. Joint. Surg. Am.**, v. 6, n. 64, p. 857-863, 1982.

WANG, M. N.; CHANG, W. N. Chronic posttraumatic anterior dislocation of the radial head in children: thirteen cases treated by open reduction, ulnar osteotomy, and annular ligament reconstruction through a Boyd incision. **J. Orthop. Trauma**, v. 1, n. 20, p. 1-5, 2006.