

SECCO EICHENBERG

Catedrático interino substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.
Docente Livre de Clínica Cirúrgica.

Chefe de Clínica da enfermaria "Prof. Guerra Blesmann", 18.^a da Santa Casa de Misericórdia de P. Alegre.

Médico Chefe da Protectora — Companhia de Seguros contra Acidentes do Trabalho — Porto Alegre.

Fratura múltipla unilateral das apófises transversas lombares

Considerações em torno de um caso clínico

Separata de «Medicina e Cirurgia»

Revista da Diretoria de Saúde Pública de Porto Alegre

Ano 8 — Maio a Agosto 1946 — N. 2, Tomo 8



05-08/1946-MED-CIRURGIA - 'FRATURA APOFISES TRANSVERSAS LOMBARES'

Livraria Continente
Porto Alegre
— 1946 —

Fratura múltipla unilateral das apófises transversas lombares

Considerações em torno de um caso clínico

por *SECCO EICHENBERG*

Catedrático Interino Substituto da 2.^a cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre: Catedrático titular — Professor Guerra Blessmann.

Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Chefe de Clínica da enfermaria "Professor Guerra Blessmann" (18.^a) da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Médico-Chefe da Protectora Cia. de Seguros contra Accidentes do Trabalho.

Em meados de Novembro de 1945 fomos consultados por colega do interior, com referência a um acidentado da PROTECTORA — Companhia de Seguros Contra Accidentes do Trabalho.

Tratava-se de:

E. P., 34 anos, branco, do sexo masculino, brasileiro, operário, casado, natural deste Estado e residente em Guaporé. O processo de acidente recebeu o número F/7164.

De acordo com os documentos que então nos chegaram às mãos, nos foi possível refazer o seguinte quadro e evolução clínica, até o momento da consulta:

Pelas 11 horas do dia 10 de Setembro de 1945, o operário em questão sofreu uma queda de um caminhão de carga em que se encontrava.

Desta queda lhe resultou uma lesão ao nível da região dorso lombar E., conforme constava da declaração de acidente firmada pelos empregadores.

O médico que o atendeu de imediato, diagnosticou: — "Contusão com hematoma subjacente na região lombar E". Como suspeitasse de uma lesão renal, se bem que não houvesse hematuria, solicitou uma radiografia, que se revelou negativa para a suposta lesão renal e foi pelo facultativo também jul-

gada negativa quanto a outra qualquer lesão osteo articular.

Diante do diagnóstico feito, estando hospitalizado o paciente, após o tratamento habitual descongestivo e quinze aplicações de raios infra-vermelhos, o médico deu alta ao acidentado em data de 12 de Outubro de 1945, mais ou menos um mês após o acidente, sobrepassando o período de tratamento somente de pouco o prognóstico formulado de 20 dias para a cura do paciente.

Em princípios do mês seguinte, nos primeiros dias de Novembro de 1945, foi o paciente encaminhado a outro facultativo, pois lhe era impossível retomar o exercício de sua profissão.

Ao fazer esforço ou quando era obrigado a curvar-se, sentia dores fortes, que perturbavam e impediam suas atividades.

Este segundo facultativo em meados de Novembro de 1945 nos endereçou, dada a nossa função de médico-chefe da Companhia seguradora, uma consulta, quanto á orientação que deveria seguir no caso presente.

Informava que o acidentado ao procurá-lo, queixara-se de dores ao nível da região lombar E., mas que os reflexos, a marcha, o funcionamento intestinal e vesical eram normais.

Aplicára injeções de Vitamina B1 e fizéa uso de aplicações de ondas curtas, informando que as dores se haviam então localizado na região sacra.

A inspeção desta chapa radiográfica, de imediato nos deu a chave do problema diagnóstico do acidentado e a causa das atuais queixas subjetivas do paciente.

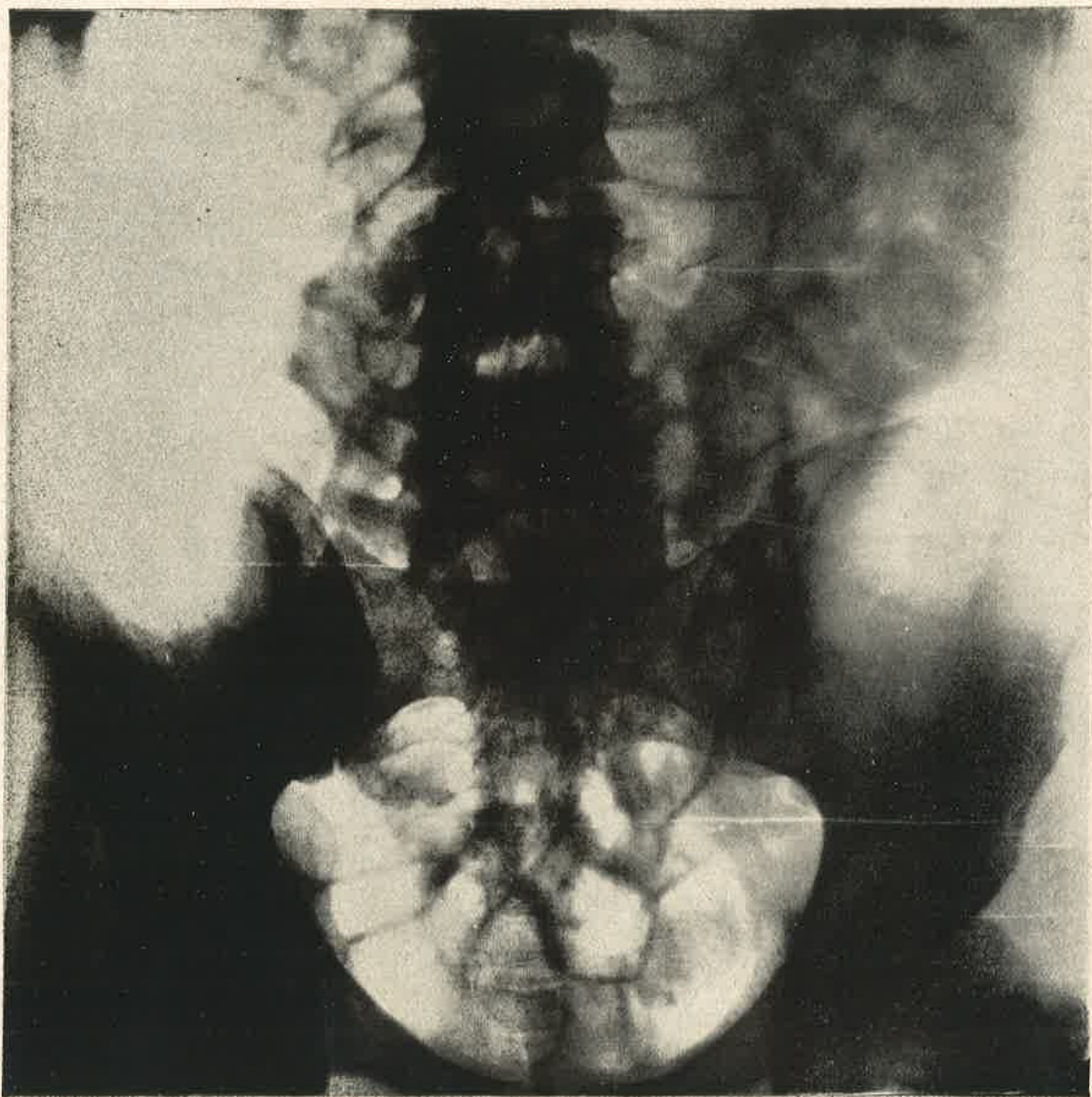


Fig. 1

Na mesma ocasião enviou-nos a radiografia batida quando da hospitalização (Fig. n.º 1) e que até então era interpretada como sendo negativa.

Ela apresentava, nada mais, nada menos, que a fratura das apófises transversas EE, de todas as vertebrae lombares, da L1 a L5, sendo que nas três últimas a diastase

dos fragmentos era mais acentuada, e na L-5 o fragmento distal se aproximava da articulação sacro-iliaca E.

Esta fratura múltipla, causada pela

não consolidação das fraturas, conforme depois nos foi dado verificar na radiografia aqui praticada, mantinha a sintomatologia dolorosa apresentada pelo paciente.

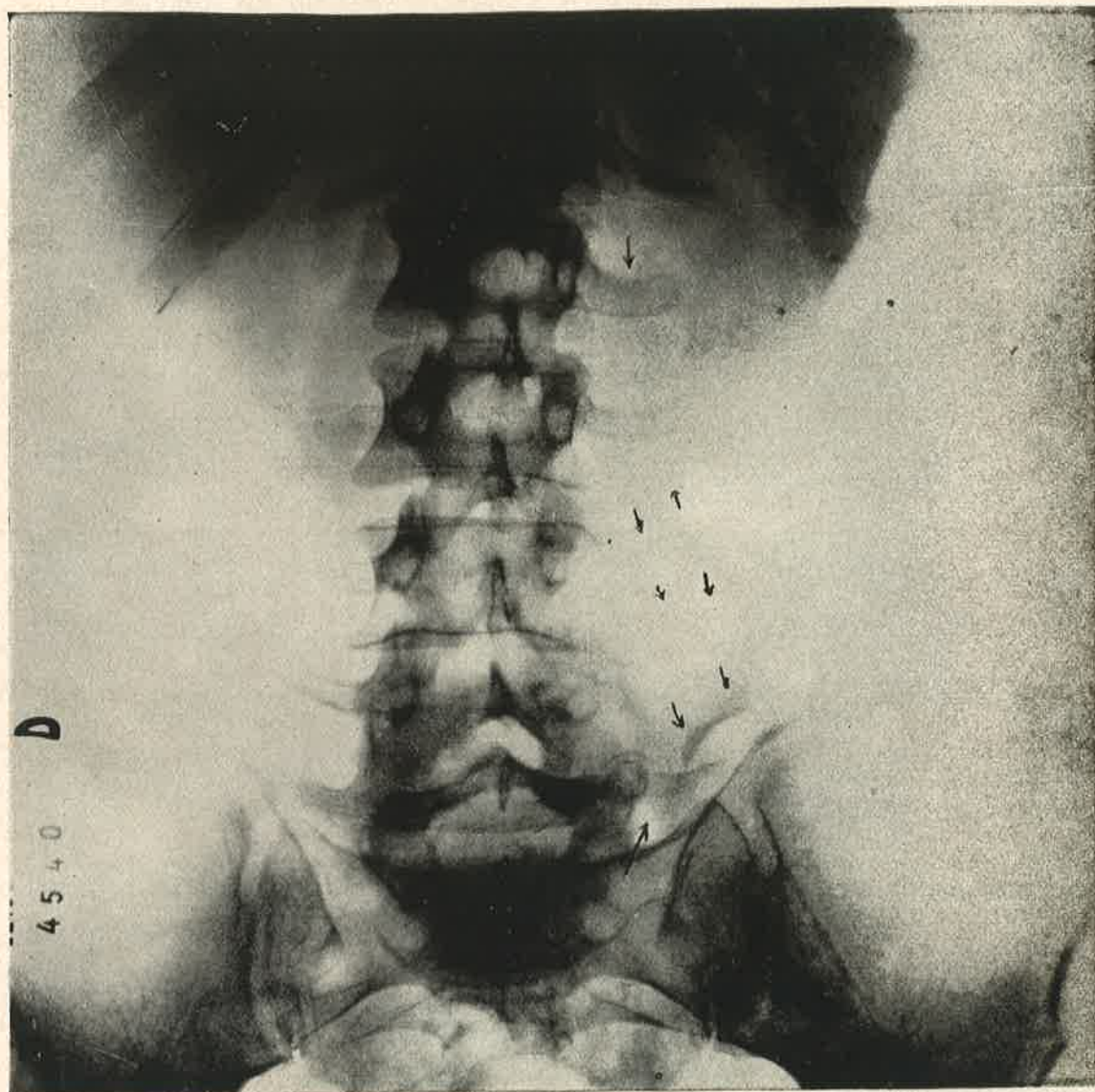


Fig. 2

queda sofrida, e devido a uma ação simultânea, direta pelo choque e indireta pela ação muscular (contração brusca e violenta, da musculatura dorso lombar) produziu o hematoma visualizado no dia do acidente, e a

Solicitamos, pois, a vinda do paciente a esta Capital, havendo se apresentado aqui na última semana de Novembro de 1945.

Confirmou a historia até aqui relatada e o exame clínico revelou: dôr á pressão na

região lombar E, para vertebral, correspondendo á projecção das apófises transversas das vertebrae lombares, acentuando-se progressivamente da L1 a L5. Contractura dos

A marcha moderada não lhe causava desconforto, que só lhe era produzido, pelo excesso de esforço, força ou pela mobilização acentuada do tronco.



Fig. 3

musculos para-vertebrais a E., em grão médio. Limitação, em grão médio, dos movimentos do tronco sôbre a bacia, para frente e para os lados, em grão mínimo, para traz.

A radiografia tirada nesta Capital no serviço do Sr. Dr. Osório Lopes, a 29/11/45, teve a seguinte interpretação (Fig. n.º 2-3):
"Fratura das apófises transversas es-

querdas da coluna lombar, sendo que em L 5 ha fragmentos, um isolado e o outro possivelmente sacralizado”.

“Não se percebe alterações nos corpos e outros segmentos vertebrais”.

A comparação de ambas as chapas, revelava que em relação às L 1 e L 2, as fraturas haviam consolidado. Aliás na primeira chapa se verificara que dentre estas a fratura mais acentuada, a da L 1, não apresentava grande deslocamento, e a da L 2, só mostrava a linha de fratura.

Mas para as fraturas das apófises transversas das L 3 a L 5, o aspecto radiológico era o mesmo.

O problema que se nos apresentava a resolver era o da terapêutica, que ainda poderíamos indicar e executar.

Quasi três meses haviam decorrido da data da fratura, sem que houvesse o paciente sido submetido a qualquer medida imobilizadora. Tivera um repouso geral relativo, mas não um repouso da musculatura dorso lombar, á qual estavam fixos os fragmentos distais. As outras medidas terapêuticas tinham todas atendido mais á contusão e ao hematoma que ás fraturas em sí.

Apresentava o paciente dôr á pressão na região lombar. E ao nível das apófises transversas das L 3 a L 5, mais acentuada ao nível desta última, dôr também despertada pela flexão acentuada do tronco e da coluna e pelos movimentos de esforço, que implicavam na atividade da massa muscular dorso lombar.

As infiltrações novocainicas, lhe trasião alívio, mas unicamente momentaneo, voltando após certo tempo, a sintomatologia dolorosa.

O acidentado, homem simples, mas sincero não exagerava as suas queixas. Entretanto, homem rude da colonia, tinha suas qualidades profissionais limitadas aos serviços manuais pesados.

Considerar o caso como uma incapacidade permanente parcial e indenisá-lo, seria um procedimento comodo. Perceberia o acidentado uma determinada soma, mas ficaria incapacitado para exercer aquelas funções e encargos para os quais estava intelectualmente apto. Difícilmente se adaptaria em uma atividade técnica, que não lhe exigisse

o emprego integral da força e dos movimentos.

Assim resolvemos procurar solucionar o problema de seus padecimentos. Mas a questão não era de fácil solução.

Neste período, qualquer medida imobilizadora, aparelho gessado ou de couro, não poderia, em primeiro lugar levar á consolidação das fracturas existentes. Também não resolveria o problema da dôr, que com quasi toda a probabilidade era o produto não só da ação dos fragmentos distais separados, como também da retração fibrosa, que em torno deles, como reliquat do processo cicatricial, se estava processando.

A retirada do aparelho imobilizador, sí agora fosse colocado, e que depois de curto tempo se imporia, faria voltar, na mesma intensidade anterior, o elemento dôr.

Os fragmentos distais deslocados e isolados, e o tecido fibroso que os devia envolver, atuavam no caso como verdadeira espinha irritativa, e se impunha pois, para a cura do paciente, que esta espinha irritativa fosse eliminada.

Em outras palavras, havia a indicação da extirpação cirurgica dos fragmentos deslocados e da reseção do tecido cicatricial.

Estudando este ponto de vista terapêutico, encontramos pouco apoio na literatura médica. Uns não tocavam nesta possibilidade, outros aludiam á mesma, mas sem entusiasmo e terceiros ainda a combatiam acerbamente (Boehler).

Mas ante a negatividade de resultados com outras medidas terapêuticas — infiltrações novocainicas, medicação salicilada e iodata, Vitamina B1, aplicações locais de raios infra-vermelhos — diante da contra-indicação por inefficiente de qualquer terapêutica imobilizadora, não encontrando no paciente outra causa que poudesse acarretar a sintomatologia sentida pelo mesmo e como este concordasse com a tentativa de eliminação da espinha irritativa, já mencionada, apesar de lhe fazermos ver a gravidade da operação, resolvemos intervir cirurgicamente no caso em apreço.

Assim, á 9 de Janeiro de 1946, após um pré-operatório, que constou da administração de Vitaminas B 1 e K, vacina pré-operatória, e nas últimas 72 horas, de Sulfiazol (via oral) e penicilina, operamos, auxiliados pelo

Dr. Arthur Mickelberg, o acidentado sob anestesia extra-dural (45 cc. de solução novocainica), fazendo a retirada dos fragmentos deslocados e resecando o tecido fibroso que os envolvia.

Com o paciente em decubito ventral, praticamos uma incisão curvilínea de 15 cms., situada á direita da linha mediana, abarcando as L 3 a L 5, com concavidade para a E. Descolamento do retalho cutaneo. Incisão da aponevrose a E da linha das apofises espinhosas. Descolamento e liberação da massa muscular das apofises espinhosas e arcos posteriores. Afastamento para fóra da massa muscular. Procura e identificação dos côtos proximais das apofises transversas e por eles, identificação dos fragmentos distais, inteiramente envolvidos em um tecido fibroso, que vinha uní-los num só conjunto.

Isolamento cuidadoso e estirpação dos fragmentos distais a sacabocado e tesoura, bem como resecção delicada do tecido fibroso que os reunia.

Hemostasia. Reposição da massa muscular. Sutura da aponevrose e sutura da pele. Ligaduras e suturas a fio de algodão e linho.

Paciente permaneceu deitado 96 horas, em decubito ventral, depois do que lhe foi permitido voltar ao decubito dorsal.

Cicatrização per primam. Nenhum precalço neurológico pós-operatório. Sulfatiazol e penicilina foram continuados, aquele durante as primeiras 48 horas pós-operatórias e esta, durante os primeiros 7 dias. V. K. e Transpulmin.

Pós-operatório ótimo, tendo o paciente alta do hospital a 29 de janeiro de 1946, sem apresentar mais qualquer sintomatologia. Depois de um breve período de repouso, obteve alta da Companhia, a 9 de Fevereiro de 1946, voltando para o interior do Estado.

Obteve alta curado, sem a menor incapacidade, homem cem percento capaz para o serviço, como se mantém até agora, havendo retornado aos seus afazeres habituais sem a menor restrição.

O caso presente se nos pareceu de interesse para publicação, pois estas fraturas, e principalmente abrangendo a totalidade das apofises transversas lombares de um la-

do, dão um característico pouco comum á lesão.

Por outro lado, para nós que recebemos o caso já decorridos dois meses do acidente, o problema terapeutico também se apresentava de interesse, dado então á impraticabilidade das medidas imobilizadoras sob ponto de vista dos resultados a colher.

A estirpação cirúrgica dos fragmentos distais praticada no acidentado por nós atendido, intervenção discutida nesses casos de fraturas, deu felizmente os melhores resultados, fazendo-o retornar ao serviço, sem incapacidade, com 100% de sua atividade.

Não queremos dizer, que este caso, unico, venha a permitir firmar a indicação habitual desta intervenção, mas nos demonstra que também a razão não está com os que a combatem intransigentemente.

Ela terá suas indicações, quiçá reduzidas, mas em determinados casos clínicos, cremos que será o único meio ainda a nosso dispôr para curar os pacientes.

Natural que o repouso, os aparelhos imobilizadores, as infiltrações novocainicas são as medidas indicadas para a terapeutica imediata destas fraturas.

Mas nos casos cronicos, com pseudo-artrose ou grandes deslocamentos, com inclusão dos fragmentos numa capa fibrosa retractoril, sem que outras lesões possam explicar a sintomatologia do paciente, a estirpação dos fragmentos distais, a regularização dos côtos proximais e a resecção da capa e tecidos fibrosos, se impõe. É intervenção delicada, mas pode, como no nosso caso, evitar uma invalidez ruinosa.

Eis o motivo pelo qual julgamos de interesse a publicação deste caso clínico.

As fraturas das apofises vertebrais transversas, isoladamente só aparecem na coluna lombar, numa, em varias ou em todas as vertebbras lombares. Podem ser unilaterais ou bilaterais. Nas colunas cervical e dorsal, nunca se apresentam isoladamente, e sim, sempre associadas a uma outra lesão concomitante da coluna vertebral.

«Gioia (1) julga o conhecimento destas fraturas como relativamente recente e devido mais ao aperfeiçoamento da técnica de Raios X. Compilou a literatura médica de 1910 a

1932, encontrando o relato de casos isolados, por vários autores.

Quanto ao mecanismo destas fraturas, ainda não se estabeleceu uma opinião vencedora; HAGLUND, HENCHEN, EWALD e outros julgam a causa direta mais frequente, enquanto que GUMBAL, HOFFMANN, MATTL, GOLLE e MAGNUS são mais partidários da causa indireta, pela ação da contractura das massas musculares dorso-lombares.

Creemos que muitas vezes é difícil distinguir perfeitamente qual o mecanismo predominante, pois, julgamos que ambos sempre se encontram associados. Nas fraturas isoladas, tanto pode sobresair uma ou outra causa dependendo, na direta da forma e modo de agir da força contundente.

Num caso como o nosso, no entanto cremos que ambos os mecanismos entram em linha de conta com intensidade quasi igual. É a contusão pela queda e a contração brusca da massa muscular.

Segundo GIOIA (1) a seriação das fraturas das apófises transversas lombares, por ordem crescente de frequência é a seguinte: 3.^a, 1.^a, 2.^a, 4.^a e 5.^a V lombares.

A sintomatologia não é característica. Os sintomas são principalmente subjetivos. Podemos notar atitude viciosa dos membros inferiores e da coluna, se bem que pouco frequentes. Deformidades aparentes da coluna, são relativamente raras, algumas vezes posições de defesa. São pacientes, que quasi sempre podem deambular.

A deformidade visível, o tumor que pode aparecer nas regiões lombares, é mais devido ao hematoma.

A dor, no início pouco precisa, mais difusa na região lombar, termina, com a reabsorção do hematoma, a localizar-se ao nível da projecção das apófises transversas. Dor á pressão e aos movimentos de torção e flexão do tronco.

O hematoma profundo determina as equimoses tardias que podem ás vezes ser a demonstração única, de pequeno derrame.

O exame radiográfico é decisivo. Mas as chapas devem ser batidas com cuidado. O hematoma inicial, o conteúdo gasoso das algas intestinais podem mascarar ás apófises

transversas, não permitindo apreciá-las devidamente.

SCUDDER (2) na interpretação da chapa radiográfica, sob ponto de vista de diagnóstico diferencial, também chama a atenção para os pontos acima, além da possibilidade da existência de uma costela rudimentar extra, e das assimetrias não infrequentes das apófises ou processos transversos das vertebrae lombares.

SIMONS (8) julga que só os raios X podem dar o diagnóstico definitivo. Observou que o fragmento periférico cresce, em ordem progressiva de L1 para L5 e si se trata de uma fratura em série, não se observa o fato de alguma das apófises ficar intata no meio de duas outras fraturadas.

Quanto ao prognóstico, não é geralmente, dos mais favoráveis no sentido de uma boa consolidação das fraturas. Elas consolidam em escassa proporção.

A situação das apófises transversas, fazendo que, em casos de fraturas, os fragmentos distais fiquem encobertos na profundidade de uma massa muscular, a diastase dos fragmentos, a impossibilidade quasi sempre presente de reuní-los e imobilisá-los, a interposição de partes moles, o hematoma, a autolise e perturbações tróficas do fragmento distal, são os multiplos fatores, que isolada ou concomitantemente levam a não consolidação ou á pseudo-artrose.

Quanto ao tratamento, á estas fraturas não se aplicam os postulados que regem o tratamento das fraturas em geral.

GIOIA (1) indica o repouso em leito duro, massagens e applicações termo-luminosas. Não é partidário do aparelho gessado imobilizador, que para ele não imobiliza e leva á hipotrofia muscular.

Por isso, Gioia, só aconselha e faz simples repouso.

Creemos que seja orientação acertada nas fraturas incompletas, nas de 1 a 2 apófises, e nas em que a diastase é pequena, faceis todas de regeneração e consolidação.

Mas não resolverá o problema terapeutico das fraturas multiplas das com grande afastamento e dos casos antigos como era o de nosso paciente.

Nos casos leves, SCUDDER (2) usa um aparelho de contensão de esparadrapo, en-

quanto que nos casos graves com multiplas fraturas emprega o aparelho gessado (colete) com tração sôbre a coxa para imobilisar o psoas.

Esta tração, Scudder só mantém durante a primeira semana, enquanto que o gesso permanece o maior tempo possível (2 ou 3 meses).

Para BOEHLER (3) não se deve entrar na discussão da redução das fraturas das apofises transversas por irrealizável.

Este autor diz, que existe quem se permite aconselhar a extirpação operatória dos fragmentos perifericos, que tem sido realisada supondo que os transtornos dependem da compressão de nervos.

Ele é completamente contrário, declarando que as operações feitas causam maiores males, que não aliviam as dores existentes.

Em relação á fratura das apofises transversas da 5.^a V. L., havendo sacralisação do fragmento distal, acredita poderem ser colhidos alguns resultados com a intervenção cirúrgica.

Os casos citados por Boehler, não resta dúvida, foram mal estudados pelos cirurgiões que intervieram e a indicação não existia. —

Mas como a sintomatologia dolorosa destes fraturados, pode depender da permanência dos fragmentos periféricos, na intimidade das massas musculares, rodeados de tecido fibroso retrátil, agindo como verdadeira espinha irritativa, acontece que nestes casos, quando todas as outras medidas terapeuticas falharem, e o paciente continuar a se queixar, com sua capacidade de trabalho diminuida, se indica perfeitamente a extirpação cirúrgica dos elementos que estão agindo como corpo estranho nocivo.

Se BOEHLER só viu insucesso, outros cirurgiões apresentaram, como nós temos ocasião de o fazer, resultados cem por cento satisfatórios.

Creemos também que Boehler tenha visto na grande maioria, casos recentes. É preciso ver ambos os lados da medalha. Se nos parece que nesta questão, Boehler, com todo o seu valôr em traumatologia, só viu um dos lados.

LUCENA (4) declara que nenhum tratamento direto, está indicado.

MATTI (5) no entanto, afirma que quando estas fraturas se transformam em lumbagos traumaticos, será então o caso de se pensar ou de estudar a estirpação cirúrgica dos fragmentos distais.

KEY-CONWELL (6) nos casos recentes colocam um colete toraco-abdomino-pelvico, de gesso ou de couro.

Para WATSONJONES (7) este colete deve permanecer 8 semanas. Contra indica a remoção cirúrgica dos fragmentos distais e julga estas fraturas anotomo-patologica e clinicamente, mais uma rutura muscular, que a fibrose repara.

Esta afirmação de Watson-Jones, pode se encuadrar nos casos leves, mas como já vimos antes, nos casos graves, nem sempre a evolução se comporta desta forma, e ficam as sequelas dolorosas inibidoras e incapacitantes.

A técnica de MOORE se presta para a extirpação cirúrgica do fragmento distal da apófise transversa da 5 V. L. especialmente quando ha sacralisação, e a de PUTTI e SCALGLIETTI, com incisão para vertebral, permite atingir as apofises transversas da 2.^a a 5.^a V. L. (9)

BANCROFT (10) diz textualmente: "Contrary to the opinion of a number of contributors, transverse processes should be thoroughly immobilised until x-ray evidence of callus is present".

Creemos que esta opinião, ou melhor seria "desejo" de Bancroft, raramente poderia ser concretizado. Difícil será reduzir e muito mais, conter estas fraturas, especialmente quando atingem as apofises transversas de mais de uma vertebra.

Apesar do emprego do aparelho gessado toraco-abdomico-pelvico, os fragmentos distais, sempre são mobilizados, pela ação da massa muscular neles inserida.

Si houver necessidade de estirpação destes fragmentos, lembra que a via retroperitoneal lateral é mais facil, partindo do triangulo de Petit.

CALDWELL (11) é um dos que contraindica a estirpação cirúrgica e acompanha WATSON-JONES na opinião que estas fra-

turas devem ser encaradas como lesões musculares.

Esquece também que estas lesões podem levar á formação de espinhas irritativas, que são mobilizadas e mantidas neste estado nocivo pela ação da própria musculatura.

Assim vemos que neste sector da terapeutica das fraturas da coluna vertebral ainda impera a incerteza, e que a publicação de um caso de uma fratura antiga e multipla

das apofises transversas lombares EE, com o sucesso da terapeutica operatória, após tratamento immediato inadequado e após haverem falhado os outros meios terapeuticos então indicados, se justifica plenamente.

Não servirá de per si para criar a indicação formal, como metodo usual do tratamento destas fraturas, mas servirá para combater a intransigência de certos autores, ainda que estes se chamem Boehler e Watson-Jones.

BIBLIOGRAFIA

1. — GIOIA Terencio — *Fracturas y Luxaciones*, in Vol. 2.º. 1934 — Buenos Aires.
2. — SCUDDER, Charles Locke — *Treatment of fractures*. 1938 — 11th. ed. — Saunders — USA.
3. — BOEHLER, Lorenz — *Tecnica del tratamiento de las fracturas* in Tomo I — 3.ª ed. espanhola. 1940 — Labor — Buenos Aires.
4. — LUCENA, Gustavo — *Tratado de Traumatologia Clinica* — tr. espanhola da 1.ª ed. italiana. 1933 — Labor — Espanha.
5. — MATTI, Herrmann — *Fracturas y luxaciones*. tr. espanhola da 2.ª ed. alemã, 1934 — Labor — Espanha.
6. — KEY, John Albert & CONWELL, H. Earle — *The management of fractures, dislocations and sprains*, 2nd. ed. — 1937 — Mosby — USA.
7. — WATSON-JONES R. — *Fractures and other Bone and Joints injuries*. 1940 — Livingstone — Edinburgh.
8. — SIMMONS, B. — *Röntgendiagnostik der Wirbelsaule*. 1939 — Fischer Verlag — Jena.
9. — ALBEE, Fred. H., POWERS, Earl, J., & McDOWELL, H. C. — *Surgery of the spinal column*, 1945 — Davis ed. — USA.
10. — BANCROFT, Frederic W. & MURRAY, Clay Ray — *Surgical treatment of the motor skeletal system* in T. II — 1945 — Lippincott — USA.
11. — CALDWELL, Guy A. — *Treatment of Fractures*, 1943 — Hoeber — USA.