

FRATURA EPIFISIOLISE DA CRISTA ILÍACA EM ADOLESCENTE APÓS TRAUMA ESPORTIVO

EPIPHYSIOLYSIS FRACTURE OF THE ILIAC CREST IN ADOLESCENT AFTER SPORTS TRAUMA

EDVALDO DE ASSIS BRITTO, RODRIGO DE PAULA ALVAREZ SUAREZ, ESRON PABLO MARQUES DE BRITO, EURÍPEDES BARSANULFO REZENDE SOBRINHO, DANILO GOMES LEITE, JORLANDIO DE MORAIS SANTOS

RESUMO

A avulsão da espinha ilíaca ântero superior é uma situação incomum e rara de acontecer, ocorrendo com maior frequência em jovens adolescentes atletas. Relatamos aqui o caso de um adolescente masculino, 16 anos, jogador de futebol, que apresentou dor na região do quadril esquerdo, sem trauma direto. Radiografia apresentando uma fratura da espinha ilíaca ântero superior tipo 3 de Salter Harris. Foi proposto ao paciente um tratamento não cirúrgico, com repouso, suspensão da carga e analgesia com anti-inflamatórios não esteroidais. O objetivo é chamar a atenção para que o profissional médico suspeite, em traumas de baixa energia, de fraturas símiles ao caso clínico, para orientar o tratamento de forma a prevenir deformidades e condutas não adequadas e que podem até levar a uma piora do quadro e até mesmo prejudicar a qualidade de vida do paciente.

DESCRITORES: FRATURA EPIFISIOLISE; ESPINHA ILÍACA; ATLETAS.

ABSTRACT

Avulsion of the upper anterior iliac spine is an uncommon and rare condition that occurs most often in young adolescent athletes. We report here the case of a 16-year-old male soccer player who presented pain in the left hip region without direct trauma. Radiograph showing a fracture of Salter Harris type 3 upper anterior iliac spine. The patient was offered non-surgical treatment with rest, load suspension and analgesia with non-steroidal anti-inflammatory drugs. The objective is to draw attention to the medical professional suspect, in low-energy trauma, of similar fractures to the clinical case, to guide the treatment in order to prevent deformities and inappropriate conduct and that may even lead to a worsening of the condition and even impair the patient's quality of life.

KEYWORDS: EPIPHYSIOLYSIS FRACTURE; ILIAC SPINE; ATHLETES.

INTRODUÇÃO

As fraturas por avulsão da apófise da pelve são lesões raras, entretanto, em atletas adolescentes elas podem ser mais frequentes (1). São lesões atípicas que podem ocorrer como resultado de tração forçada das origens e inserções musculares na cartilagem de crescimento (2). A apresentação característica dessa situação clínica é dor aguda localizada na região anterior da pelve, além disso, a área lesada está edemaciada e dolorosa à palpação (3).

Geralmente opta-se, nesses casos, pelo tratamento clínico com analgésicos, repouso, suspensão da carga e reabilitação física progressiva, sendo rara a indicação cirúrgica. A maioria dos casos tem uma duração de 6 a 10 semanas (3-5). O objetivo

desse trabalho é relatar um caso raro de fratura epifisiolise da crista ilíaca em adolescente após trauma esportivo.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 16 anos, jogador de futebol, procedente de Goiânia, na posição de meio atacante, foi atendido no consultório médico queixando-se de dor no quadril esquerdo há duas semanas sem ter tido trauma direto na região, mas com esforço de extensão do quadríceps ao chutar uma bola.

Durante o exame físico referiu dor à palpação da espinha ilíaca ântero superior esquerda, com amplitude de movimento

normal do quadril, mas com claudicação mecânica, sem déficit neurovascular. O quadro de dor tinha melhora parcial ao usar anti-inflamatórios não esteroidais.

Foi solicitada ressonância do quadril (figura 1), que em outro serviço apresentava laudo sem alterações, porém paciente persistia com dor na região. Posteriormente, para melhor avaliação, foi realizada radiografia de bacia em ântero-posterior que evidenciou fratura em epifisiolise da crista ilíaca à esquerda tipo 3 de Salter Harris (figura 2). O tratamento de escolha foi o clínico, com prescrição de anti-inflamatório não esteroidal, suspensão da carga e repouso por 30 dias.

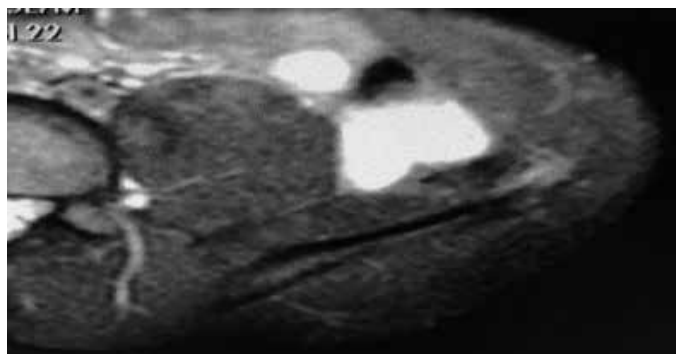


Figura 1 – Ressonância magnética de bacia, corte axial em T2, com laudo sem alterações, mas podemos evidenciar edema na espinha-íliaca ântero-superior.

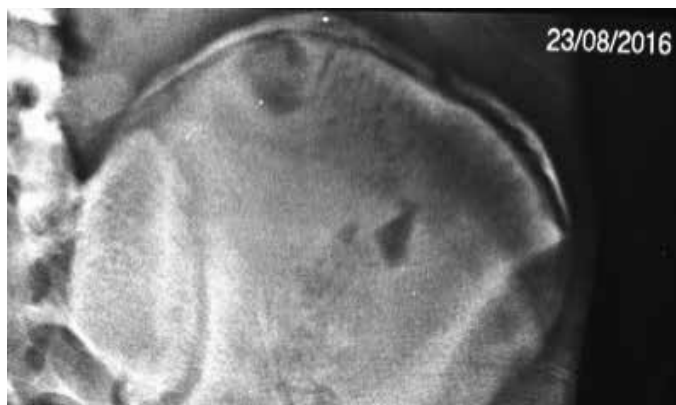


Figura 2 – Radiografia de bacia em incidência anteroposterior evidenciando a fratura em epifisiolise da crista ilíaca esquerda Salter-Harris tipo 3.

No acompanhamento, foi realizada outra radiografia para avaliar a evolução da fratura, com aproximadamente duas semanas (figura 3). Ainda evidenciava a presença da fratura, porém o paciente sentia-se bem melhor, com diminuição da dor. Ao término do tratamento em seis semanas (figura 4), o paciente foi liberado para retornar progressivamente aos treinamentos no seu clube de futebol.

DISCUSSÃO

As fraturas por avulsão da apófise pélvica são incomuns, menos frequentes que as lesões de tecidos moles e, por apresentarem alto potencial para complicações, prolongada

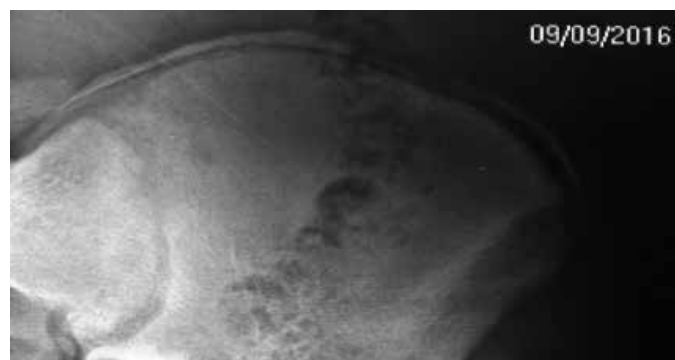


Figura 3 – Radiografia de bacia em incidência anteroposterior realizada com duas semanas do acompanhamento evidenciando epífise sem descolamento importante.

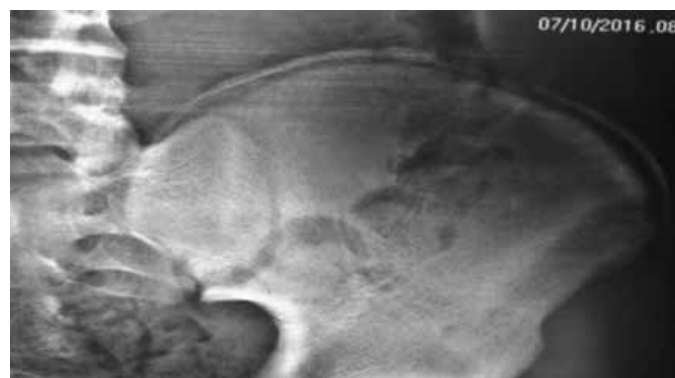


Figura 4 – Radiografia de bacia em incidência anteroposterior realizada com seis semanas do acompanhamento evidenciando epífise consolidada.

morbidade e imobilização, deveriam ser mais valorizadas na prática clínica diária (4-6). As lesões são decorrentes de um mecanismo de tensão em atividades esportivas em atletas adolescentes com esqueleto ainda imaturo, quando a fise é o componente mais fraco do complexo músculo-tendão-osso e pode, em esportes como corrida, futebol ou ginástica, provocar uma avulsão da apófise quando músculos aí inseridos são fortemente e subitamente contraídos ou hiperestendidos (7).

A ossificação das apófises ocorre durante a adolescência. Quando esse conjunto músculo esquelético do adolescente é colocado à prova com grandes forças, as apófises, que são o elo mais fraco dessa cadeia, não vão resistir. Os músculos, tendões e ligamentos são muito mais resistentes e mais fortes do que as áreas de crescimento ósseo (6).

As fraturas por avulsão das apófises são raras, com média de idade de 14,4 anos, representadas pela espinha ilíaca ântero superior (49%), espinha ilíaca ântero inferior (30%), tuberosidade isquiática (11%) e crista ilíaca (2%) (4,8). A crista ilíaca, que é o foco do nosso caso relatado, geralmente é causada por tensão súbita ou contração desequilibrada dos músculos reto femoral, sartório ou tensor da fáscia lata (8), que têm sua inserção proximal na espinha ilíaca ântero superior e na crista ilíaca e na espinha ilíaca ântero superior.

Há o fechamento da cartilagem apófisária da espinha ilíaca ântero superior entre os 20 e 25 anos de idade, enquanto na espinha ilíaca ântero inferior ocorre entre os 16 e 18 anos de idade. Isso explica por que pode ocorrer a avulsão com maior frequência no primeiro sítio e também por que pode ocorrer em pacientes mais velhos (6).

O diagnóstico é de difícil suspeição clínica, por se tratar de trauma indireto, raramente causadas por trauma direto (4). Pode ser feito clinicamente, momento em que a presença de dor intensa é o principal sintoma, dificuldade para deambular, com pouca evidência de trauma. Durante o exame físico pode ser encontrada uma tumefação da espinha ilíaca ântero superior, palpação dolorosa e, às vezes, o fragmento avulsionado é palpado sob a pele. Pode existir uma meralgia parestésica decorrente de uma complicação de fratura por estiramento ou compressão do nervo cutâneo femoral lateral, evento raro (6,8).

Outra forma de fazer o diagnóstico é pelos exames de imagem. A radiografia simples da pelve pode confirmar a suspeita clínica e quando isso não for possível, pela não calcificação da apófise, pode-se fazer a ultrassonografia. A tomografia computadorizada é utilizada para demonstrar o tamanho do fragmento e qual a importância do seu deslocamento. A ressonância magnética é o método mais sensível para avaliação desta lesão quando os achados radiográficos são inconclusivos (6,8). No nosso caso o paciente já veio com uma ressonância que em laudo não constava alteração; por isso fez-se a radiografia que mostrou a fratura em epifisiolise da crista ilíaca esquerda para possibilitar uma melhor decisão com relação ao tratamento.

O caso em questão apresentou uma fratura epifisiolise da crista ilíaca esquerda, tipo 3 de Salter Harris. Isso significa que houve uma separação da epífise do osso ilíaco. A classificação citada anteriormente é utilizada para quantificar as fraturas ósseas que afetam a cartilagem de crescimento do osso. O tipo 3 representa a fratura através da placa de crescimento e epífise, poupando metáfise.

O tratamento dessa fratura é geralmente clínico, sendo recomendado o repouso, diminuição total da carga durante até três semanas e uso de analgésicos eficazes para tratar a dor e edema, podendo ser usados os anti-inflamatórios não esteroidais (1,2,6,8). Após esse período inicial é liberado carga progressiva, com início de fisioterapia entre 6 a 8 semanas. Fisioterapia precoce é proscrita, pois favorece a ocorrência de ossificação ectópica. A maioria dos pacientes recuperam-se completamente sem complicações após o tratamento clínico, podendo voltar às atividades esportivas após 2 a 4 meses em média (4,6,7).

O tratamento cirúrgico consiste na redução aberta e fixação interna por parafusos usando padrão anterior de abordagem.

Está indicado na minoria dos casos onde existe um deslocamento significativo, de 2 a 3 cm, em situações onde os pacientes são atletas de alta performance e necessitam de um curto tempo de recuperação e não podem ficar afastados das competições por um período prolongado e também em casos de exostoses como complicação de um tratamento conservador. De forma geral, o tratamento cirúrgico pode poupar tempo e prevenir complicações, ao mesmo tempo que também pode apresentá-las, podendo ser citadas como mais comuns as seguintes: meralgia parestésica, infecções e efração articular pelo material de síntese (6-11).

O importante é que o profissional esteja atento para fazer um diagnóstico correto e preciso, que evita resultados insatisfatórios, tais como deformidades e limitação funcional. Sendo assim, a principal finalidade do tratamento, seja conservador ou cirúrgico, é o retorno à vida diária normal e um retorno às atividades esportivas regulares.

REFERÊNCIAS

- 1 - Lambert MJ, Fligner DJ. Avulsion of the iliac crest apophysis: A rare fracture in adolescent athletes. *Annals of Emergency Medicine*. 1993; 22(7): 1218-20.
- 2 - Valdés M, Molins J, Acebes O. Avulsion fracture of the iliac crest in a football player. *Scand J Med Sci Sports*. 2000; 10(3): 178-80.
- 3 - Li X, Xu S, Lin X, Wang Q, Pan J. Results of operative treatment of avulsion fractures of the iliac crest apophysis in adolescents. *Injury*. 2014; 45(4): 721-4.
- 4 - Mortati RB, Borghi Mortati L, Silva Teixeira M, Iitiro Takano M, Armelin Borger R. Avulsion fracture of the iliac crest in a child. *Rev Bras Ortop*. 2014; 49(3): 309-12.
- 5 - Sven D. Iliac crest avulsion fracture and staged return to play: a case report in youth soccer. *BMC MUSCULOSKELET DIS*. 2010; 10(2): 20-28.
- 6 - Bendeddouche BB, Poiraudou JL, Nys A. Anterior superior iliac spine avulsion in a young soccer player. *Rehabilitation Medicine*. 2010; 53(9): 584-90.
- 7 - Kautzner J, Trc T, and Havlas V. Comparison of conservative against surgical treatment of anterior-superior iliac spine avulsion fractures in children and adolescents. *Int Orthop*. 2014; 38(7): 1495-8.
- 8 - Casabianca L, Rousseau R, Loriaut P, Masein A, Mirouse G, Gerometta A, Khiami F. Iliac Crest Avulsion Fracture in a Young Sprinter. *Case Rep Ortp*. 2015; 30(2): 50-3.
- 9 - Pereira GJC, Pereira HR, Cruz M. Indirect avulsion of the iliac crest epiphysis. A rare lesion. *Acta Ortop. Bras*. 2002; 10 (2): 2-8.
- 10 - Aksoy B, Oztürk K, Ensenyel CZ, Kara AN. Avulsion of the iliac crest apophysis. *Int J Sports Med*. 1998; 19(1): 76-8.
- 11 - Kong CG, In Y, Kim SJ, Sur YJ. Avulsion fracture of the iliac crest apophysis treated with open reduction and internal fixation. *J Orthop Trauma*. 2011; 25(6): 56-8.