

A group of four medical professionals, three women and one man, are seated around a table in a meeting. They are all wearing white lab coats and are looking at each other, engaged in conversation. The image is overlaid with a semi-transparent blue filter. The text 'Fraturas da Clavícula' is centered over the image in a white, sans-serif font.

Fraturas da Clavícula

curso • **Ortopedia**

• FRATURAS DA CLAVÍCULA

A Clavícula é o osso mais comumente fraturado na infância, e no adulto, ocorre de 2,6 a 12% do total de fraturas. Está entre 44 e 66% das fraturas do ombro.

A incidência é bimodal, sendo mais comum em homens adultos jovens, e em idosos.

A porção mais acometida:

- **1/3 médio** - 80% dos casos (mais comum em jovens)
- **1/3 distal** - 15% (mais comum em idosos)
- **1/3 proximal** - 5%

• ANATOMIA

Vamos lembrar a anatomia da Clavícula. É um osso praticamente todo subcutâneo, em formato de S: Parte medial convexa e distal côncava.

É o primeiro osso a se ossificar, a partir da 5ª intrauterina. Durante o crescimento do indivíduo, a apófise medial é responsável por 80% do crescimento longitudinal da clavícula, e essa apófise se fecha por volta dos 25 anos de idade. A epífise lateral se fecha em torno dos 20 anos.

É dividida em terço medial, terço médio e terço lateral. Medialmente se articula com o esterno pela articulação esternoclavicular. Lateralmente, articula-se com o acrômio (escápula) pela articulação acromioclavicular, e liga-se ao processo coracóide da escápula pelos ligamentos coracoclaviculares (formado por dois ligamentos: trapezoide e conóide)



1) Terço proximal

- Protege o plexo braquial, os vasos subclávios e axilares;
- Origem de parte do m. Peitoral Maior e inserção do músculo ECOM

2) Terço médio

- Região mais desprovida de estabilização muscular e ligamentar, o que resulta em maior vulnerabilidade.

3) Terço distal

- Inserção do m. Trapézio e origem do m. Deltóide;
- Inserção dos Ligamento Coracoclaviculares.

• MECANISMO DE TRAUMA

O mais comum: trauma direto na ponta do ombro;

O trauma indireto, por transmissão de força, chegando a área mais suscetível a fratura, médio diafisária, onde há escassez muscular e estreitamento do seu formato.

No jovem está associado a práticas esportivas como skate e bicicleta. No trauma indireto, está associado a Queda sobre a mão estendida.

Na criança, devemos lembrar das fraturas obstétricas também, além dos traumas diretos e indiretos.

- **Lesões associadas:** Contusão pulmonar (Hemo/pneumotórax), fratura do gradil torácico, fratura do úmero proximal.



• QUADRO CLÍNICO

O paciente terá dor, edema, hematoma e deformidade.

- **Avaliação neurovascular:** Lesão do plexo braquial está mais associada à fratura de terço proximal (tração de raízes nervosas).

- **Ausulta pulmonar:** Normal, mas devemos ficar atentos com as possíveis lesões pulmonares associadas.

• IMAGEM

Radiografias em AP do Ombro (em geral já é suficiente para o diagnóstico)

Outros:

AP com inclinação cefálica de 30°: para reduzir sobreposição de costelas.

Zanca (AP da acromioclavicular com 15° de inclinação cefálica é para dissociar a imagem da clavícula da cintura escapular)

• CLASSIFICAÇÃO

1) ALLMAN modificada por CRAIG

GRUPO 1

- Fraturas do Terço Médio (80%)



GRUPO 2

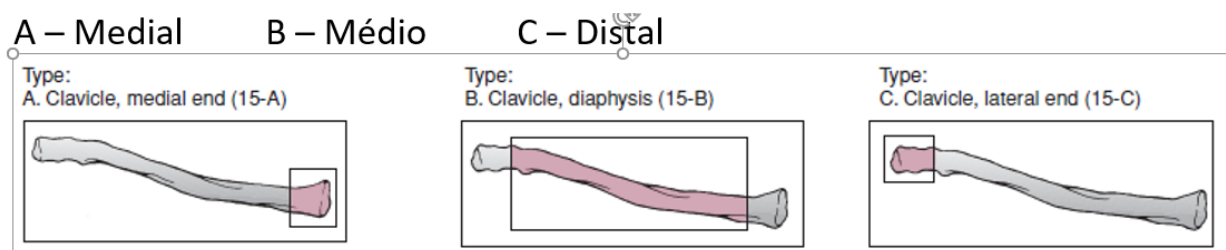
- Fraturas do Terço Distal (15%)
- Tipo I: Sem Desvio
- Tipo II: Desviada, com Fratura medial aos lig. Coracoclaviculares.
- IIa: Lig. Conóide e Trapezóides inseridos
- IIb: Lig. Conóide Roto e Trapezóide inserido.
- Tipo III: Fratura da Superfície articular

GRUPO 3

- Fraturas do Terço Proximal (5%)
- Tipo I: Sem desvio
- Tipo II: Desviadas
- Tipo III: Fx da superfície articular
- Tipo IV: Descolamento epifisário
- Tipo V: cominuidas.



2) AO: 15



• TRATAMENTO

O tratamento conservador é o indicado na grande maioria dos casos. As opções de imobilização são: a Tipóia, bandagem em 8 e Velpeau. Em geral, 6 a 8 semanas são suficientes de imobilização.

O tratamento cirúrgico estará indicado nos casos de: Sinais de lesão neurovascular, fraturas expostas, fratura com importante encurtamento (>2 cm), desvio entre os fragmentos >2cm, fraturas com importante deformidade clínica, fraturas-luxações.

A fixação poderá ser feita através de pinos intramedulares ou placas com parafusos.

As complicações possíveis do tratamento conservador são: pseudoartrose (não consolidação) de 1 -4%, deformidade clínica, consolidação viciosa, perda da redução;

As complicações possíveis do tratamento cirúrgico são: Riscos inerentes a cicatriz, como deiscência de sutura, infecções superficiais e queloides; infecções, pseudoartrose, lesões dos vasos subclávios, riscos a anestesia.

