

SÍNDROME DE FENTON: RELATO DE CASO

FENTON'S SYNDROME: CASE REPORT.

LEILANE PASSONI MARÇAL¹, MÁRIO YOSHIHIDE KWAE², RICARDO PEREIRA DA SILVA³, FREDERICO BARRA DE MORAES⁴
ALESSANDRA ASSIS SEVERINO⁵, DENIEL DE ALENCAR FARIA⁵ E TAINÁ MELO VIEIRA MOTTA⁵

RESUMO

A síndrome escafo-capitato, também conhecida como síndrome de Fenton, é um diagnóstico que desafia muitos clínicos por ser uma lesão de rara ocorrência. O objetivo desse trabalho é relatar o caso de um paciente com diagnóstico de síndrome de Fenton. Paciente de 49 anos sofreu queda de moto e trauma no punho esquerdo, evoluindo com dor, edema e deformidade. Radiografia e tomografia do punho esquerdo evidenciam luxação do semilunar e fratura-avulsão de fragmento ósseo do capitato intra-articular. Foi realizada redução aberta e fixação óssea, com preservação da força e sensibilidade das áreas atingidas. Por ser uma síndrome incomum, frequentemente passa despercebida no atendimento, o que causa atraso no diagnóstico e comprometimento do prognóstico. O diagnóstico e tratamento adequado da síndrome de Fenton são importantes para o ortopedista/traumatologista da urgência para se evitar instabilidade carpal no futuro.

DESCRITORES: SÍNDROME ESCAFOCAPITATO; SÍNDROME DE FENTON.

ABSTRACT

The scafo-capitate syndrome, also known as Fenton's syndrome, is a diagnosis that defies many clinicians because it is a rare occurrence. The objective of this study is to report the case of a patient diagnosed with Fenton's syndrome. A 49-year-old patient suffered a motorcycle fall and left wrist trauma, evolving with pain, edema and deformity. Radiography and tomography of the left wrist evidenced dislocation of the lunate and fracture-avulsion of the bone fragment of the intra-articular capitate. An open reduction and bone fixation was performed, preserving the strength and sensitivity of the affected areas. Because it is an uncommon syndrome, it often goes unnoticed by care, which causes delayed diagnosis and impaired prognosis. The diagnosis and appropriate treatment of Fenton's syndrome are important for the emergency orthopedic surgeon and traumatologist to avoid carpal instability in the future.

KEY WORDS: SCAFOCAPITATE SYNDROME; FENTON'S SYNDROME.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Fenton, foi primeiramente descrita em 1937 por Lorie⁽¹⁾ e Perves et al⁽²⁾, em trabalhos quase simultâneos. Jones⁽³⁾ a descreveu, em 1947, como uma fratura-luxação transescafo-transcapitato-perissemilunar. Em 1956, Fenton⁽⁴⁾ descreveu a lesão como uma síndrome, sugerindo o termo Síndrome escafo-capitato (SEC). Posteriormente este termo foi substituído por "Síndrome de Fenton".

É uma síndrome rara, sendo que em 1993 Milliez et al⁽⁵⁾ só encontraram 25 casos descritos. Seu diagnóstico é clínico e radiológico necessitando de tratamento cirúrgico especializado. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de SEC, ou Síndrome de Fenton, em um paciente de quarenta e nove anos.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, com quarenta e nove anos de idade, trabalhador braçal, sofreu queda de motocicleta com trauma no punho esquerdo devido a uma hiperextensão, no dia quatro de outubro 2010, evoluindo com dor, edema, limitação funcional e parestesia no 1°, 2° e 3° quirodactílos. As radiografias (figura 1) do punho esquerdo evidenciaram luxação do semilunar no sentido volar associada a fratura-avulsão de um fragmento na região dorsal do capitato, além de fraturas resultando em fragmentos dos ossos piramidal e escafoíde.

O paciente foi submetido a redução do semilunar sob anestesia. Foram realizadas radiografias de controle com bom eixo e redução (figura 2) e tomografia computadorizada do punho esquerdo. A tomografia evidenciou fratura-avulsão

1 - Médica Residente do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (DOT- FM/UFG)

2 - Chefe do Grupo de Mão e Microcirurgia do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (DOT- FM/UFG)

3 - Ortopedista do Grupo de Mão e Microcirurgia do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (DOT- FM/UFG)

4 - Professor Adjunto do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (DOT- FM/UFG)

5 - Graduandos do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (DOT- FM/UFG)

dorsal do capitato com fragmento intra-articular e instabilidade carpal (figuras 3 e 4). Foi então realizada cirurgia de fixação da instabilidade ligamentar (figura 5).

Paciente evoluiu bem, sendo os fios de Steinmann retirados após 60 (sessenta) dias. A radiografia atual evidencia carpo estável. Foi realizado fisioterapia durante o tratamento. A força e sensibilidade do punho esquerdo foram preservados. Atualmente, o paciente segue em acompanhamento ambulatorial e retornou a suas atividades habituais.



Figura 1 – Aspecto radiográfico da lesão (pré-redução), em ântero-posterior (A) e em perfil (B), evidenciando luxação do semilunar e fragmentos ósseos do carpo.

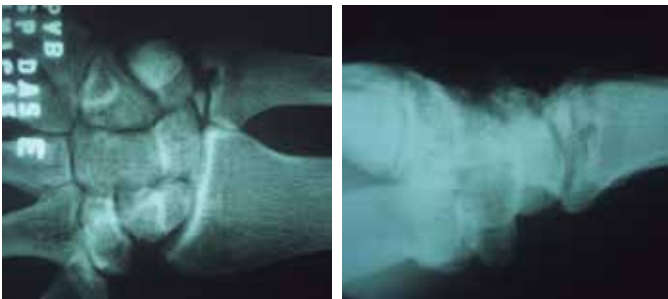


Figura 2 – Aspecto radiográfico da lesão (pós-redução), em ântero-posterior (A) e em perfil (B), evidenciando redução do semilunar e fragmentos ósseos do carpo.

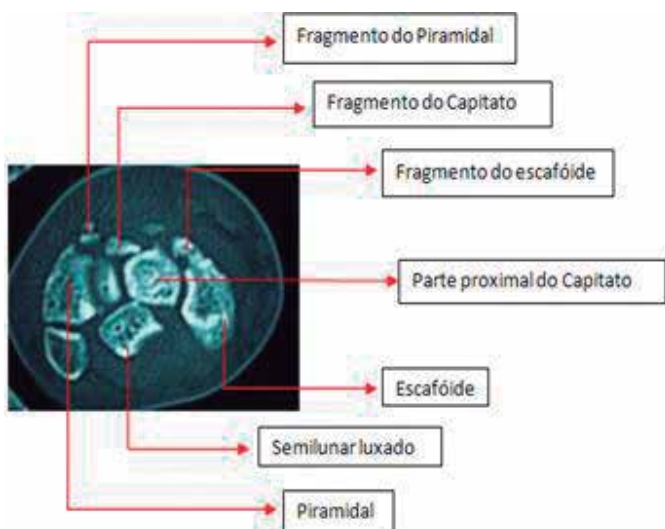


Figura 3 – Aspecto tomográfico da lesão (pré-redução), em corte axial, evidenciando luxação do semilunar e fragmentos ósseos do carpo.

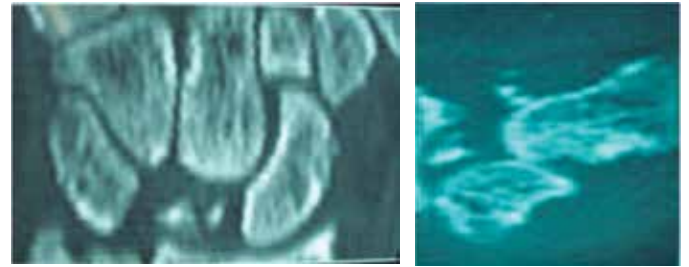


Figura 4 – Aspecto tomográfico da lesão (pré-redução), em corte coronal (A) e sagital (B), evidenciando luxação do semilunar e fragmentos ósseos do carpo.



Figura 5 – Aspecto radiográfico da lesão (pós-operatório), em ântero-posterior (A) e em perfil (B), evidenciando redução do semilunar e fixação dos fragmentos ósseos.

DISCUSSÃO

A síndrome escafo-capitato (SEC), também conhecida como síndrome de Fenton, é um diagnóstico que desafia muitos clínicos, por ser uma lesão de rara ocorrência. Aproximadamente um terço dos casos são diagnosticados com 15 dias de atraso, segundo Rand et al⁽⁶⁾, diminuindo as chances de um bom prognóstico.

A síndrome decorre de um trauma de alta energia no punho levando a uma fratura-luxação do carpo. Segundo Fenton⁽⁴⁾, durante um trauma de alta energia, estando o punho em extensão e desvio radial, o processo estilóide do rádio se choca contra o escafoide, causando a fratura deste osso e do capitato. O fragmento proximal do capitato sofre uma rotação de até 180 graus, o que faz com que a porção cartilaginosa deste fragmento fique dirigida distalmente. Pode-se encontrar associado ao quadro descrito uma luxação volar ou dorsal do fragmento proximal do capitato ou da segunda fileira do carpo.

A lesão possui um mecanismo controverso. Além do mecanismo proposto por Fenton em 1956, existe outros 2 mecanismos propostos. Em 1940, Nicholson⁽⁷⁾ sugeriu que a lesão fosse decorrente de um deslocamento dorsal do punho, e a rotação de 180° do fragmento proximal do capitato era consequência da redução natural desse deslocamento. Em 1970 Stein & Siegel⁽⁸⁾, assim como Fenton⁽⁴⁾, defendiam a hiperextensão do punho como mecanismo mais provável, entretanto a fratura do capitato era decorrente do impacto da extremidade dorsal do rádio distal.

Por se tratar de um trauma de alta energia, a SEC é mais comum entre homens, o que está representado neste caso

relatado. Rand et al⁽⁶⁾ relata que os principais meios que levam ao trauma são a queda de altura e os acidentes automobilísticos. Não existe diferença significativa na incidência da síndrome no punho direito ou esquerdo. Em 1999, Malta et al⁽⁹⁾ relatou um caso de SEC em uma criança de 9 anos, destacou o fato de ser uma lesão de muita raridade em pacientes pediátricos.

A síndrome de Fenton pode ser classificada em seis tipos, conforme propôs Vance et al⁽¹⁰⁾. Essa divisão foi feita com base nas luxações presentes e no padrão de deslocamento apresentado pelo punho (quadro 1).

	Luxação do Fragmento proximal do Capitato em relação ao semilunar	Luxação do carpo
Tipo 1	Ausente	Ausente
Tipo 2	Luxação dorsal	Ausente
Tipo 3	Luxação volar	Ausente
Tipo 4	Ausente	Luxação dorsal
Tipo 5	Luxação dorsal	Luxação dorsal
Tipo 6	Luxação volar	Luxação volar

Quadro 1. Classificação dos tipos de lesão da síndrome escafo-capitato

O paciente, neste caso, apresentou o tipo 1 segundo a classificação proposta por Vance et al⁽¹⁰⁾. Pela figura 3, percebe-se que não houve luxação da parte proximal do capitato em relação ao semilunar, até mesmo porque os fragmentos gerados com o trauma são de pequenas dimensões. Pela tomografia ainda é possível concluir que não houve uma luxação do carpo, quando se compara o capitato com a borda distal do rádio.

Jones⁽³⁾, em 1955, propôs para a síndrome um tratamento conservador, mas apesar dos seus bons resultados na época, este não é considerado um bom tratamento, pois predispõem uma consolidação de forma inadequada, já que o capitato encontra-se deslocado. Fenton⁽⁴⁾, sugeriu a excisão cirúrgica do fragmento proximal do capitato. No entanto, a simples excisão deste fragmento favorece a osteoartrose pós-traumática, devido o encurtamento da altura do carpo.

Ruschel et al⁽¹¹⁾, em 2006, relatou 5 casos de síndrome de Fenton que foram tratadas cirurgicamente. No procedimento foram realizadas a osteossíntese do capitato, seguida pela do escafoíde. E a fixação foi realizada com parafusos tipo Herbert. Este tratamento obteve bons resultados, pois evitou o aparecimento das complicações, como: artrose, consolidação viciosa e instabilidade do carpo.

Neste relato, o paciente por não apresentar a forma clássica da síndrome de Fenton, não foi instituída a fixação com parafusos tipo Hebert. Neste caso os fragmentos do capitato e do escafoíde apresentam tamanhos pequenos, quando comparado com o tamanho dos fragmentos gerados na forma clássica da síndrome. Portanto o tratamento de escolha foi a

fixação utilizando fios de Steimann, como pode ser observado na figura 4. O procedimento fixou o semilunar no hamato e o escafoíde no capitato.

O paciente evoluiu bem e atualmente encontra-se executando suas atividades habituais, sem nenhum prejuízo da mobilidade e força do punho esquerdo. Durante o acompanhamento ambulatorial não foi diagnosticada nenhuma complicação em decorrência do trauma dentre as possíveis complicações a necrose avascular.

REFERÊNCIAS

- Lorie, J.P.: Un case de fracture del escafoíde carpiano y del hueso grande. *Cir Orthop Traumatol* 5: 125-130, 1937.
- Perves, J., Rigaud, A. & Badelon, L.: Fracture par decapitation du grand os avec déplacement dorsal du corps de l'os simulant une dislocation carpienne. *Rev Orthop* 24: 251-253, 1937.
- Jones, G.B.: An unusual fracture dislocation of the carpus. *J Bone Joint Surg [Br]* 37: 146-147, 1955.
- Fenton, R.L.: The naviculo capitata syndrome. *J Bone Joint Surg [Am]* 38: 681-684, 1956.
- Milliez PY, Dallserra M, Thomine JM. An unusual variety of scaphocapitate syndrome. *J Hand Surg [Br]*. 1993;18(1):53-7.
- Rand JA, Linscheid RL, Dobyns JH. Capitate fractures: a long-term follow-up. *Clin Orthop Relat Res*. 1982;(165):209-16.
- Nicholson, C.B.: Fracture dislocation of the os magnum. *J R Nav Med Serv* 26: 289-291, 1940.
- Stein, F. & Siegel, M.W.: Naviculocapitate fracture syndrome. A case report: new thoughts on the mechanism of injury. *J Bone Joint Surg [Am]* 51: 391-395, 1969.
- Malta MC, Santos CLD, Aramburu Filho JPC. Síndrome escafo-capitato. *Rev Bras Ortop*. 1999;34(3):229-32.
- Vance, R.M., Gelberman, R.H. & Evans, E.F.: Scaphocapitate fractures. *J Bone Joint Surg [Am]* 62: 271-276, 1980.
- Ruchel PH, Oliveira RK, Pignataro M, Borges CS, Praetzel RP, Gonçalves RZ. Síndrome escafo-capitato. *Rev Bras Ortop*. 2006; 41(10):432-7.