

## LAUDO MÉDICO PERICIAL.

### **Preâmbulo.**

Aos dezesseis dias do mês de junho do ano 2003, o Perito Dr. OSCAR LUIZ DE LIMA E CIRNE NETO, designado pelo MM Juiz de Direito da xz.<sup>a</sup> Vara Cível da Comarca de Capital, para proceder ao exame pericial em **FERNANDES DA SILVA**, nos Autos do processo N.º: **942-5**, onde consta como Réu **xzxzxzx**, descrevendo com verdade e com todas as circunstâncias, o que vir, descobrir e observar, bem como responder aos quesitos das partes. Esteve presente ao evento pericial o Ilustre representante da ré Dr. **xzxzxzx**, CRM **xzxzx**. Em consequência, passa ao exame pericial solicitado, as investigações que julgou necessárias, as quais findas, passa a declarar:

### **Identificação.**

**xzxzxzx**, brasileira, casada, nascida no dia 10/07/49, natural do Rio de Janeiro, portadora da C.I. N.º RG 005.530.241-8 DETRAN, vivendo e residindo a Rua Zaire nº33, Vila, São Gonçalo, de profissão do lar.

### **Histórico.**

#### **São as seguintes às declarações da paciente:**

No dia 16 de janeiro de 1992, a Autora que era funcionária de uma firma de limpeza terceirizada no HPM, sofreu uma queda e teve uma fratura do Cotovelo mais especificamente da cabeça do rádio.

Inicialmente foi atendida no HPM mesmo e depois, no PAM- Bangu, sendo que deste posto, foi encaminhada para a Casa de Saúde Ré, que marcou a sua cirurgia para 7 de fevereiro de 1992.

Só fez de exame um exame de sangue e não fez, nem exames de eletro e nem radiografia do pulmão.

No dia da operação a programação era de colocar um parafuso no braço porém, quando foi operada, não havia chegado o tal parafuso e então os médicos retiraram a cabeça do radio.

Fez muita fisioterapia e fez massagens mas ainda hoje está com dores e câimbras, que lhe causa muitas dificuldades.

### **Exame Físico.**

A paciente ao exame é uma mulher de cor branca, que deu entrada caminhando por seus próprios meios e sem o auxílio de aparelhos; está em bom estado físico, bom estado de nutrição e aparenta uma idade física compatível com a idade cronológica.

Está lúcida, orientada, no tempo e no espaço, o pensamento tem forma, curso e conteúdo normal, a memória está presente e preservada, o humor igualmente presente e adequado às situações propostas. Não notamos a presença de delírios ou alucinações.

O exame físico direcionado demonstrou.

- a) Cicatriz na face posterior do cotovelo direito que mede 85 mm;
- b) Bloqueio articular de 0 a 100° na extensão (normal 140°);
- c) Pronosupinação 140° (normal 160°);

### **Discussão.**

Trata-se de um processo de Responsabilidade Civil, por alegado Erro Médico. De todos os elementos acostados aos Autos, destacamos os seguintes trechos e documentos de real interesse para a perícia.

Alega Autora na peça inaugural que em 16 de janeiro de 1992, sofreu uma queda tendo sofrido fratura do braço direito. Alega também que em fevereiro de 1992, foi operada, por conta

desta operação ficou com problemas em seu braço direito tendo perdido 100% de seus movimentos.

Informa ainda que não houve fratura de cabeça ou contusão no tornozelo direito, pois só a fratura de braço existiu.

Acoplado à inicial existe farta documentação de que a Autora sofreu **uma fratura de cabeça de rádio** (osso do antebraço), com seqüela estabelecida e limitação funcional, tendo sido dada como incapaz para reabilitação profissional.

Em sua contestação, a ré alega que recebe a Autora com encaminhada pelo INPS –AT e anexa CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) e que o tratamento médico necessário e especializado foi fornecido. Que os médicos são autônomos e não mantêm vínculo contratual com a casa.

A Autora em réplica, demonstra questionamento sobre o sítio da lesão confundindo o braço com o antebraço e alegando, que houve má fé ao retirar o osso sem consultar a Autora. Que a Autora se operou foi para ficar boa e não para piorar, pois perdeu quase todos os movimentos do braço.

Pergunta para que serve uma cirurgia se não é para se reabilitar totalmente. Alega ainda que a cirurgia só foi feita para os médicos receberem o numerário do convênio.

Em primeiro lugar que fique claro que a considerar às radiografias de fls. 102, trata-se de uma lesão grau III e o seu tratamento é unicamente cirúrgico.

Quer nos parecer sem adentrarmos a uma seara que não é nossa, que garantir um resultado de recuperação funcional completa em qualquer tratamento, beira a irresponsabilidade. De mais a mais não só a medicina como também o direito, reconhecem a impossibilidade do médico se comprometer com a cura.

Consideremos pois a situação atual. Existe não apenas uma fratura, mas uma fratura envolvendo a articulação. Imagine-se agora que o tratamento desta afecção é a ressecção da cabeça do rádio. Além de ser um elemento intra-articular esta articulação que envolvia três ossos ficará apenas com dois.

Pugnar nestas condições pela completa recuperação do paciente, como se todo tratamento tivesse por obrigação um resultado final igual ao estado pré-trauma, é absolutamente impossível.

As fraturas da cabeça do rádio são injúrias comuns em adultos e o seu tratamento permanece controverso, sendo assim,

cada profissional opta por técnicas que considera mais adequada e/ou menos traumática para seu paciente.

A grande maioria dos traumas que ocasionam esta fratura, devem-se a uma ação indireta de forças, ocasionando um trauma com ação sobre a cabeça do rádio contra o capitulo umeral, gerando um comprometimento da face articular da cabeça do rádio (fôvea).

Pode ocorrer uma depressão de parte da cabeça (chamada de fratura de Chisel), ou uma fratura angulada da cabeça ou colo do rádio.

Se o impacto for de maior intensidade, provocará, além da fratura, uma luxação da articulação do cotovelo que ocasiona um comprometimento maior de partes moles, trazendo conseqüências mais serias ao paciente.

Foi baseado nesta diversidade de apresentações, que classificadas e distintas, facilitando assim nossas diretrizes para a instituição terapêutica.

*Tipo I* - fraturas marginais sem desvio da cabeça do rádio

*Tipo II* - fraturas marginais com pequeno desvio da cabeça do rádio (este pode envolver angulação, depressão, ou impactação da cabeça)

***Tipo III* - Fratura cominutiva envolvendo toda extensão da cabeça do rádio onde podemos ter um deslocamento grande de fragmentos da cabeça e do colo do rádio;**

*Tipo VI* - Fratura da cabeça do rádio em associação com a luxação do cotovelo, esta que na maior parte dos casos ocorre em sentido posterior pode ocasionar uma série de complicações, como a miosite ossificante do músculo braquial;

## **Diagnóstico**

A fratura isolada da cabeça do rádio pode a princípio não apresentar muitos achados físicos, no entanto a dor na face lateral do cotovelo geralmente se encontra intensa.

O diagnóstico clínico costuma ser estabelecido pela movimentação passiva do examinador sobre o cotovelo acometido, apresentando o paciente dor intensa principalmente a supinação. Ocasionalmente podemos encontrar crepitação. A movimentação ativa é limitada pela dor incapacitante.

O exame radiológico consiste em tele-radiografia de cotovelo em A-P e perfil, No entanto, a fratura do tipo III somente é diagnosticada quando exame é realizado com extrema acurácia sendo necessário a tele-radiografia em incidência oblíqua. A presença de fragmentos livres no sítio da lesão indica para o cirurgião ortopédico que pode haver fratura associada de capitulo umeral.

### **Métodos de Tratamento.**

Nas fraturas do *Tipo I* o tratamento se baseia na imobilização, que deve ter início imediatamente após o diagnóstico. Utiliza-se gesso braquiopalmar ou Splint que deve permanecer por um período inicial de 3 semanas. Dentre as condutas existentes tem a nossa simpatia à mobilização precoce do cotovelo, com base em diversos estudos europeus, prevenindo assim o congelamento da articulação e a limitação de movimentos, principalmente a pronosupinação e a extensão do cotovelo.

Por outro lado, a mobilização poderia intensificar o dano. Sendo assim os fisiologistas definem como termômetro para o início da mobilização, a remissão completa da dor, fato que costuma ocorrer entre o sexto e o nono dia de imobilização .. Então achamos por bem começar a movimentação, 24-48 horas após a remissão da dor.

A punção aspirativa do cotovelo tem sido empregada no manejo inicial do paciente e permitido uma movimentação mais precoce do cotovelo, principalmente em pacientes que apresentam hemartrose intensa no foco da injúria. Este procedimento acelera a recuperação da junta e potencializa a recuperação e a abolição dos sintomas irritativos.

No entanto existe uma discussão intensa sobre o momento ideal para a prática deste procedimento. A técnica de aspiração é simples e fácil de ser realizada tendo grande valor na fase aguda por cortar a dor do paciente. Percebemos que ao aspiramos 5-10 ml de sangue o paciente refere um alívio imediato que nos permite mobilizar o cotovelo com maior tranquilidade. Podemos também injetar uma pequena quantidade de anestésico.

Este procedimento também tem ação profilática no estabelecimento da miosite ossificante, uma complicação freqüente e temida nesta fratura.

As fraturas do *Tipo II* consistem em um tipo extremamente controverso. A grande maioria das vezes acaba em

procedimento cirúrgico, mesmo quando há possibilidade de tratamento conservador.

O cirurgião ortopédico tem que discernir entre o tratamento cruento e incruento, sendo assim devem-se pesar os riscos e os benefícios para o paciente, baseado nas características da lesão e idade do paciente.

Uma angulação maior do que 30°, depressão superior a 3 mm ou acometimento de mais de ¼ da fôvea articular da cabeça do rádio, é considerada pela maioria dos ortopedistas como indicações absolutas de cirurgia.

Outros, possuem uma posição radical e enfática em defender o tratamento cruento somente quando após o período de imobilização, existe alguma limitação dos movimentos.

Outros utilizam a seguinte frase "*in doubt, we resect*", (na dúvida ressecamos) sendo assim, nem pestanejam em indicar um tratamento cruento.

Traçadas as diretrizes, o ortopedista enfrenta uma nova questão: o momento da excisão. Logo tem que definir quando operar. Alguns acreditam que a cirurgia deve ser realizada nas primeiras 24 horas, enquanto para outros não antes de 2 semanas.

Outro método existente, é a redução aberta com fixação externa, que costuma ser execrado por algumas escolas, como a Inglesa e amplamente defendido por outras, citando como exemplo a escola francesa e a alemã.

Acredito que esta redução só é bem sucedida quando existe somente um traço de fratura linear na fôvea do rádio. Utilizamos então dois parafusos unindo um fragmento ao outro.

Nas fraturas do *Tipo III*, há indicação da ressecção da cabeça do rádio, no nível do colo, onde extirpamos a cerca de 1 cm da cabeça, com o cotovelo em pronação forçada. O cotovelo é então imobilizado por 20 dias em flexão a 90°. Pode ocorrer bloqueio na extensão do cotovelo, esta que futuramente será minimizada pelo tratamento fisioterápico. Antigamente utilizava-se uma prótese de silicone para substituir a cabeça do rádio mas esta técnica caiu em desuso devido ao fiasco do experimento ainda sendo citada em algumas literaturas.

Esta tinha como objetivo corrigir uma complicação: a migração proximal do rádio mesmo que a cabeça do rádio não seja extirpada, por este, motivo que tentou se utilizar esta prótese. Esta complicação pode estar presente em até 50% dos pacientes com este

tipo de fratura. Alguns ortopedistas ainda acreditam que a prótese da cabeça do rádio possa resolver a complicação.

*Tipo IV* Em pacientes com luxação posterior do cotovelo, associada à fratura da cabeça do rádio, o tratamento imediato consiste na redução da luxação. Após a redução devemos avaliar a extensão do comprometimento das partes moles do cotovelo, com valor prognóstico para desenvolvimento de miosite ossificante.

Se houver fratura do processo coronóide associado com a fratura da cabeça do rádio, deve haver proscricção da incisão desta uma vez que ocasionaria uma instabilidade severa.

Deste modo entendemos que não houve qualquer conduta discrepante da boa prática médica, na conduta do paciente, sendo que, as limitações do movimento do cotovelo -redução de apenas 28% da amplitude do arco de círculo na extensão e de 12.5% na pronosupinação- são perfeitamente aceitáveis para a cirurgia que foi feita, ou seja, para uma ressecção da cabeça do rádio.

Ressalte-se que a paciente foi considerada incapaz para o serviço, sendo aposentada por invalidez.

### **Conclusão.**

A paciente sofreu uma fratura de cabeça de rádio, cominutiva e que o tratamento adequado é a ressecção. Tratando-se de uma fratura intra-articular com excisão de um dos elementos que compõem a articulação, é nosso entendimento, que algum grau de limitação nos movimentos articulares são esperáveis. Na paciente, em questão, os níveis de limitação são perfeitamente aceitáveis para a cirurgia que foi feita, considerando o grau de lesão.

Muito embora tenha sido aposentada pela previdência oficial, como incapaz de trabalhar, tal opinião não é corroborada por este Perito.

Resposta aos quesitos:

### **Da Autora.**

1) Guardam as seqüelas coerência ou nexo causal com o acidente narrado na peça inicial? Justifique as respostas;

R: *Sim; vide inteiro teor do Laudo;*

- 2) Houve circunstâncias supervenientes que os agravou;  
R: *Não há elementos nos autos que permitam uma resposta conclusiva porém havia impotência funcional do cotovelo antes do tratamento cirúrgico que foi revertida após este com fisioterapia;*
- 3) Do acidente resultou incapacidade definitiva;  
R: *Sim segundo avaliação da previdência;*
- 4) Se a cirurgia em que a paciente foi submetida poderia ter êxito de ficar completamente curada, ou seja com 100% dos movimentos;  
R: *É muito improvável;*
- 5) Se o pedaço do osso tirado (radio) poderia ter sido substituído por platina ou semelhantes, sem causar lesão a paciente;  
R: *Não;*
- 6) Necessitará a paciente de outra operação com possibilidade de recuperar os movimentos;  
R: *Não;*
- 7) Se a paciente senti dores constantes e se é em razão da má-operação;  
R: *A dor não é pericialmente demonstrável porém a cirurgia foi executada a contento;*
- 8) Poderá ainda a paciente ser operada e colocar platina no local;  
R: *Não há qualquer indicação;*
- 9) Na ocasião qual seria o preço da cirurgia e quando custaria se fosse realizada nesta data;  
R: *Prejudicado;*
- 10) Poderá a paciente ficar definitivamente incapaz;  
R: *A paciente foi considerada incapaz pela previdência oficial;*
- 11) Queira fornecer as demais informações que entende serem úteis ao julgamento da causa;  
R: *Vide inteiro teor do Laudo;*

#### **Da Ré.**



1) Sabendo-se de antemão que as fraturas cominutivas da cabeça radial são extremamente complexas com grave comprometimento da mobilidade do cotovelo, foi correta a cupulectomia radial executada;

R: *Sim;*

2) Se não foi correta a indicação, qual o tratamento que deveria ser submetida à Autora;

R: *Prejudicado;*

3) Quais as seqüelas oriundas das fraturas cominutivas nestes segmento ósseo;

R: *Bloqueio articular quase total;*

4) Quais são os problemas resultantes do cupulectomia radial? A perda de força da mão é um fenômeno comum;

R: *Vide discussão;*

5) Quais são as seqüelas apresentadas pela Autora;

R: *Vide exame físico;*

6) Tais seqüelas podem ser aferidas ao exame físico ou são apenas sintomas subjetivos;

R: *Vide exame físico;*

7) Para melhor avaliação houve necessidade de solicitar-se exames complementares? Quais os resultados encontrados nestes exames;

R: *Vide documentos ame anexo ao Laudo;*

8) A Autora obedeceu criteriosamente todas as ordens médicas àquela ocasião (do acidente)? No pós-operatório mediato e tardio;

R: *Não há dados nos autos que permitam uma resposta conclusiva;*

9) As supostas seqüelas apresentadas pela Autora são oriundas da fratura ou de insucesso da cirurgia;

R: *A cirurgia realizada guarda na maioria das vezes uma grau de seqüela residual, no entanto este Perito entende que era o melhor tratamento a ser realizado;*

10) Existe alguma possibilidade da Autora tentar apresentar situação clínica diversa da situação real, por se tratarem às queixas apresentadas de sintomas subjetivos;

R: *Sim;*

11) Queira o Ilmo. Perito salientar tudo mais que o que achar necessário para o deslinde do feito;

R: *Vide inteiro teor do Laudo;*

Ê o relatório.

-----  
Oscar Luiz de Lima e Cirne Neto  
CRM 52 32 861-0