

## Técnica Cirúrgica

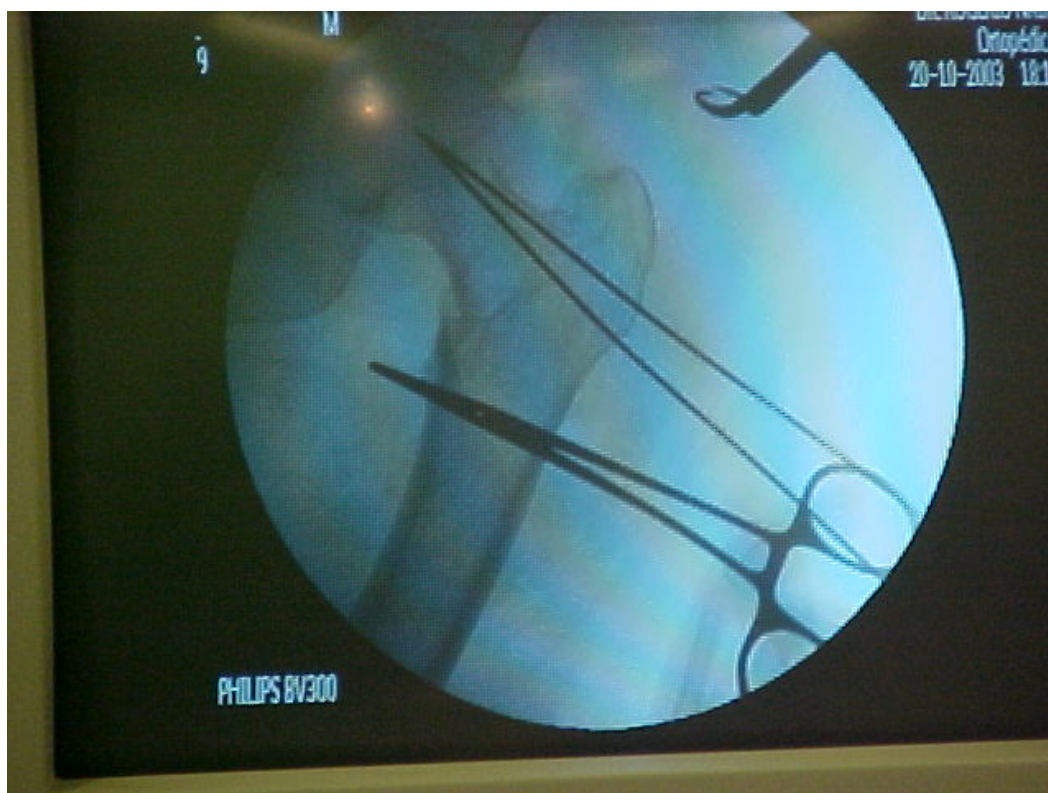
1:

O paciente é posicionado em decúbito dorsal horizontal em mesa radiotransparente utilizando-se rotineiramente coxim de cinco cm de espessura, colocado sob a nádega do paciente, para diminuir o efeito da anteversão do colo e para facilitar o acesso à diáfise proximal do fêmur, principalmente em pacientes obesos.



2:

Pelo intensificador de imagem verificava-se também a qualidade da redução, que é uma das etapas mais importantes do procedimento cirúrgico. A fratura era fixada provisoriamente com dois fios de Kirschner, com 2,0 mm de diâmetro, na parte superior do colo femoral.



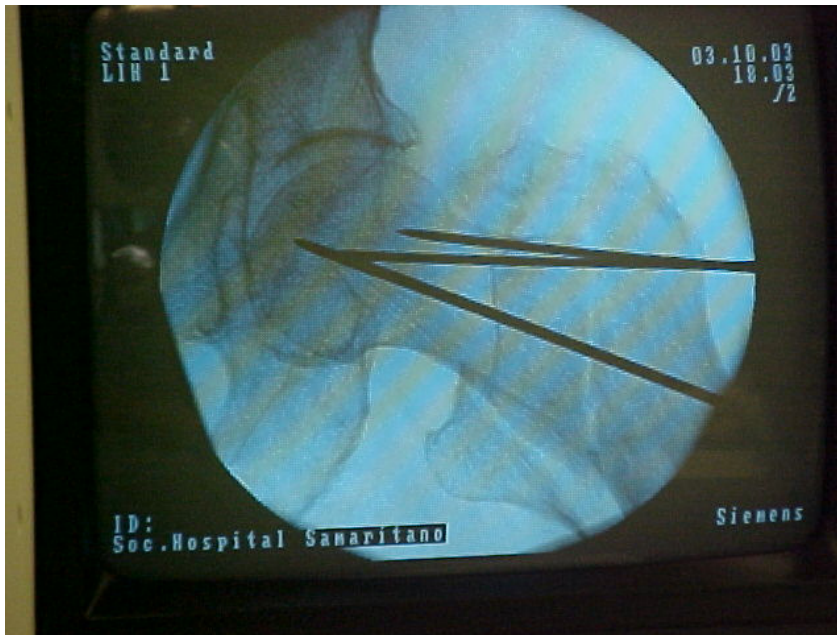
3:

A incisão é feita 2 cm abaixo da base do pequeno trocânter, quando este está cominuído ou avulsionado, o início da incisão deve ser a 2 cm distais ao final do calcar. A partir deste ponto, iniciava-se incisão com 2 a 3 cm de comprimento.



4:

O fio guia será, sempre que possível, posicionado no centro do colo e da cabeça do fêmur nas incidências em AP e perfil, utilizando um guia de 135° modificado com dimensões menores compatíveis com a via de acesso.



5:

A perfuração e o frezamento do colo são realizados da mesma forma que na técnica a foco aberto.

6:

O tamanho do parafuso, quando se utiliza a técnica minimamente invasiva, deve ser 5 mm mais longo, a fim de que fique saliente da cortical do fêmur para facilitar o encaixe do tubo da placa.

7:

A placa deve ser colocada invertida, utilizando a pinça de placa, ou seja, com a sua face interna voltada para fora e, assim, deslizada sob o músculo vasto lateral para ser, em seguida, virada em torno do seu eixo 180° a fim de que o tubo possa ser introduzido no parafuso.



8:

Utilizando o guia externo será localizados os furos da placa, sendo que sempre iniciamos a perfuração pelo parafuso distal evitando assim mau posicionamento da placa e os dois furos distais são introduzidos percutaneamente por uma via acessória de 0,5 cm.

