



ÍNDICE

Mensagem do Presidente da Comissão Instaladora	02
Comissão Instaladora da SOLP	03
Comissão de Honra	04
Comissão Científica	05
Comissão Organizadora	05
Palestrantes Internacionais e Nacionais	06
Organização do Congresso	07
Programa Científico	
• 29 de Abril – Quarta-feira	08
• 30 de Abril – Quinta-feira	09
Programa Social	17
Resumos	18
Informações Gerais	39
Patrocinadores	41



Mensagem do Presidente

A cidade do Mindelo, na ilha de S. Vicente, em Cabo Verde, sente-se orgulhosa em acolher o 1º Congresso da Sociedade Ortopédica de Língua Portuguesa (SOLP), que se realizará nos próximos dias 29 e 30 de Abril, coincidindo com o seu 130º aniversário.

A data foi escolhida pela Direcção da Comissão Instaladora da SOLP, numa reunião, em Maio de 2008, também no Mindelo, a primeira realizada após a fundação da Sociedade, em Novembro de 2007.

Apesar da sua curta existência, a SOLP, criada com o patrocínio das Sociedades Portuguesa e Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Associação de Ortopedistas de Moçambique e Ordens dos Médicos de Angola e de Cabo Verde, já deu passos significativos para a sua afirmação, nomeadamente através da participação em eventos científicos e em projectos assistenciais, como o do tratamento do pé boto pelo método de Ponseti. O seu crescimento reflecte-se agora na grande mobilização conseguida entre os ortopedistas lusófonos de diferentes continentes para este 1º Congresso, e no invulgar número de prelectores inscritos oriundos de Angola, Brasil, Cabo Verde, Moçambique e Portugal.

A eleição dos Corpos Directivos da SOLP e das delegações nacionais na Assembleia-geral que se irá realizar durante o Congresso, possibilitará reforçar os pilares fundamentais do edifício que estamos a construir, permitindo uma melhor coordenação e flexibilidade do seu funcionamento.

Num mundo globalizado, a SOLP possui a vantagem de ter à sua disposição as novas tecnologias de informação e comunicação que constituirão, com certeza, ferramentas essenciais para a materialização dos seus objectivos.

A poucos dias da realização do 1º Congresso da SOLP, almejamos que este grande evento possibilite uma ampla troca de conhecimentos e de experiências e estreite, ainda mais, os laços de amizade que já nos unem, baseados numa história partilhada e no usufruto de uma mesma língua – a Língua Portuguesa.

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials 'CVR'.

Carlos Vieira Ramos



Comissão Instaladora da SOLP

Carlos Vieira Ramos – (CV) - Presidente

Adriano Oliveira – (A)

Aloísio Leão – (P)

António Lima – (STP)

Francisco Cândido – (M)

Graciano Cardoso – (CV)

José Langa - (M)

José Parra – (P)

Luís Santiago – (STP)

Marcos Musafir – (B)

Reynaldo Jesus-Garcia Filho – (B)

Rui Manico – (A)

Serpa Oliva – (P)

Comissão de Honra

Cmdte. Pedro Pires

Presidente da República de Cabo Verde

Dr. Basílio Mosso Ramos

Ministro da Saúde e de Estado de Cabo Verde

Dra. Isaura Gomes

Presidente da Câmara de S. Vicente

Dr. Domingos Simões Pereira

Secretário Executivo da CPLP

Dr. César Augusto

Embaixador de Angola

Dra. Maria Graça Andresen Guimarães

Embaixadora de Portugal

Dr. Christophe Alain Brun

Representante da OMS em Cabo Verde

Dr. Luís Leite

Bastonário da Ordem dos Médicos de Cabo Verde

Dr. José Aguiar

Delegado de Saúde de S. Vicente

Dr. Jorge Tienne

Director do Hospital Dr. Baptista de Sousa

D. Rosália Vasconcelos

Consul de Portugal em S. Vicente

Prof. Romeu Krause

Presidente da SBOT (Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia)

Dr. José Neves

Presidente da SPOT (Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia)



Comissão Científica

Sérgio Franco – (B) – Presidente
Delgado Martins – (P)
Fernando Almeida – (CV)
Gilberto Costa – (P)
Graciano Cardoso – (CV)
Jacinto Monteiro – (P)
João Gamelas – (P)
José Langa – (M)
José Portela – (P)
Lúcio Cardador – (P)
Manuel Azevedo – (P)
Marcos Musafir – (B)
Nuno Craveiro Lopes – (P)
Reynaldo Jesus – (B)
Rui Manico – (A)
Serpa Oliva – (P)

Comissão Organizadora

Jorge F. Seabra – (P) – Presidente
Adriano Oliveira – (A)
Aloísio Leão – (P)
Cândido Cardoso – (M)
Carlos Vieira Ramos – (CV)
José Parra – (P)
José Portela – (P)
Rogério Palma Rodrigues – (P)
Sérgio Franco – (B)
Tito Lívio – (CV)

Palestrantes Internacionais e Nacionais

Abel Nascimento, Coimbra, Portugal
Adriano de Oliveira, Angola
Ala Kosina, Praia, Cabo Verde
Alexandre Marques, Coimbra, Portugal
Alirio Fernandes, Moçambique
Aloísio Leão, Coimbra, Portugal
António Garruço, Coimbra, Portugal
António Pascaquelo, Brasil
António Pascarella, Itália
Augusto Marinheiro, Montemor-o-Novo, Portugal
Augusto Martins, Lisboa, Portugal
Bárbara Branco, Porto, Portugal
Carlos Arruda, Ponta Delgada, Portugal
Carlos Vieira Ramos, Cabo Verde
David Ribeiro Pereira, Portugal
Delfin Tavares, Portugal
Delgado Martins, Lisboa, Portugal
Deolindo Pessoa, Coimbra, Portugal
Esmídio Salgado, Praia, Cabo Verde
Eurico Bandeira Rodrigues, Portugal
F. Filho, Brasil
Fernando Almeida, Praia, Cabo Verde
Fernando António Mendes, Brasil
Fernando Baldy dos Reis, Brasil
Fernando Carneiro, Portugal
Fernando Somongula, Angola
Ferreira Mendes, Coimbra, Portugal
Francisco Bruno Nogueira Cruz, Brasil
Francisco Flores Santos, Lisboa, Portugal
Gabriel Matos, Coimbra, Portugal
Gilberto Costa, Porto, Portugal
Giraldo Dias, Mindelo, Cabo Verde
Glaydson Godinho, Brasil
Gonçalo Viana, Lisboa, Portugal
Graciano Cardoso, Praia, Cabo Verde
Guilhermino Joaquim, Coimbra, Portugal
Jacinto Monteiro, Lisboa, Portugal
Jeremias Ernesto, Angola
João Campagnolo, Lisboa, Portugal
João Carvalho Netto, Brasil
João Gamelas, Lisboa, Portugal
Jorge F. Seabra, Coimbra, Portugal
José Fonseca Gomes, Portugal
José Lino Barreto Fernandes, Brasil
José Parra, Portugal
José Portela, Coimbra, Portugal
José Sérgio Franco, Rio de Janeiro, Brasil
Juan Carvaledo, Maputo, Moçambique
Lúcio Cardador, Santiago do Cacém, Portugal
Luís Lopes Tavares, Hospital Agostinho Neto, Praia, Cabo Verde
Manuel Guerra, Montemor-o-Novo, Portugal
Manuel Leão, Coimbra, Portugal
Marcelino Vasco, Maputo, Moçambique
Marco Lucas, Coimbra, Portugal
Marcos Brito, Brasil
Marcos Musafir, Brasil
Miguel Varzielas, Portugal
Nuno Craveiro Lopes, Almada, Portugal
Olímpio Durão, Maputo, Moçambique
Pascoal Campos, Angola
Paulo Barbosa, Brasil
Paulo Felicíssimo, Lisboa, Portugal
Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Brasil
Pedro Carvalhais, Coimbra, Portugal
Pedro Serrano, Coimbra, Portugal
Renato Neves, Portugal
Reynaldo Jesus-Garcia, S. Paulo, Brasil
Ricardo Monjate, Maputo, Moçambique
Roberto Canto, Brasil
Roberto Pena, Brasil
Roberto Smith, Brasil
Rogério Palma Rodrigues, Setúbal, Portugal
Rui Dias, Coimbra, Portugal
Rui Duarte, Portugal
Rui Ferreira, Coimbra, Portugal
Rui Manico, Hospital David Bernardino, Angola
Serpa Oliva, Coimbra, Portugal
Tah Pu Ling, Coimbra, Portugal
Tito Lívio, Mindelo, Cabo Verde
Vasco Oliveira, Portugal



Organização do Congresso

Secretariado Científico:

Ana Domingos / Cristina Camilo

SOLP

R. dos Aventureiros, Lote 3.10.10 – Loja B

Parque das Nações

1990-024 LISBOA

Portugal

Tel: +351 21 895 86 66

Fax: +351 21 895 86 67

Solp.geral@gmail.com

Local do Congresso:

Sede da Associação Comercial, Industrial e Agrícola do Barlavento

Avenida 5 de Julho

C.P. 62 - Cabo Verde

Telef: 00238-2313281

Telef: Directo: 00238-2300926

Fax: 00238-2323658

E-mail: aciab@cvtelecom.cv

29
Abril

SALA
LUÍS DE CAMÕES

SALA
BALTAZAR LOPES
DA SILVA

08h30

INSCRIÇÃO E REGISTO

09h00-09h20

Conferência de Abertura
"Ortopedia e Lusofonia"

09h20-11h00

Fracturas
Conceitos Gerais

11h00-11h30

PAUSA PARA CAFÉ

11h30-13h00

Mesa Redonda
Fracturas Membro Inferior

13h00-13h30

ABERTURA OFICIAL DO CONGRESSO

13h30-15h00

ALMOÇO

15h00-15h20

Conferência
Presidente da SPOT

15h20-16h35

Mesa Redonda
Fracturas do Fémur

Fracturas Patológicas

16h35-17h00

PAUSA PARA CAFÉ

17h00-18h00

Mesa Redonda
Fracturas do Fémur

Comunicações Livres

18h30

ASSEMBLEIA GERAL DA SOLP

20h30

JANTAR DO CONGRESSO



09.00 - 09.20

Conferência de Abertura

Moderadores – *Carlos Vieira Ramos* (CV), *Jorge Seabra* (P), *Sérgio Franco* (B)
"Ortopedia e Lusofonia" – *Bárbara Branco*, Porto - Portugal

09.30 - 11.00

Fracturas – Conceitos Gerais

Moderadores – *Marcos Musafir* (B), *Delgado Martins* (P), *Francisco Cândido* (M)

09.30 - 09.45

Evolução da osteossíntese e tratamento das fracturas – *Jacinto Monteiro*, Lisboa, Portugal

09.45 - 10.00

Princípios indicações e avanços no encavilhamento intramedular – *Rui Dias*, *Pedro Serrano e Ferreira Mendes*, Coimbra, Portugal

10.00 - 10.15

Atraso de consolidação e pseudartrose – *Paulo Felicíssimo*, Lisboa, Portugal

10.15 - 10.30

Fracturas expostas e fixador externo – *Adriano Oliveira*, Luanda, Angola

10.30 - 10.45

Realidade traumatológica dos últimos 15 anos no Hospital Agostinho Neto e perspectivas de futuro – *Fernando Almeida*, Praia, Cabo-Verde

10.45 - 11.00

Traumatismos do membro inferior no HBS – experiência de 5 anos – *Tito Lívio*, Mindelo, Cabo Verde

11.00 - 11.30

Intervalo

11.30 - 13.00

Mesa Redonda - Fracturas do membro superior

Moderadores – *Jacinto Monteiro* (P), *Roberto Canto* (B), *Fernando Almeida* (CV)

11.30 - 11.45

Evidências actuais em lesões do manguito rotador – *Glaydson Godinho*, Brasil

11.45 - 12.00

Placa LCP percutânea nas fracturas próximas do úmero – *Paulo Barbosa*, Brasil

12.00 - 12.15

Tratamento das fracturas de ossos longos com encavilhamento bloqueado em países com poucos recursos – *Alirio Fernandes*, Moçambique

12.15 - 12.30

Fracturas complexas do cotovelo – *Marcos Brito*, Brasil

12.30 - 12.45

Evidências actuais em fractura distal do radio – *Fernando Baldy dos Reis*, Brasil

12.45 - 13.00

Discussão

13.00 - 13.30

Abertura Oficial do Congresso

13.30 - 15.00

Almoço

15.00 - 15.20

Conferência do Presidente da SPOT

Moderadores – *Sérgio Franco* (B), *Cândido Cardoso* (M), *Carlos Vieira Ramos* (CV)
Osteotaxia da extremidade inferior do rádio e dos dedos – princípios e casuística – *José Neves*, Porto, Portugal

15.20 - 16.35

Mesa Redonda - Fracturas do fémur

Moderadores – *José Langa* (M), *José Parra* (P), *Roberto Pena* (B)

15.20 - 15.35

Fracturas do colo do fémur – *Delgado Martins*, Lisboa, Portugal

15.35 - 15.50

Osteossíntese ou artroplastia na fractura do colo do fémur? – *José Sérgio Franco*, Rio de Janeiro, Brasil

15.50 - 16.05

Haste intramedular ou placa em fracturas trocantéricas do fémur?

Roberto Canto, Brasil

16.05 - 16.20

Fracturas trocantéricas – *Rui Dias*, *Alexandre Marques*, *Ferreira Mendes*, Coimbra, Portugal

16.20 - 16.35

Nossa vivência com as fracturas da extremidade superior do fémur em adultos
Luis Lopes Tavares, Praia, Cabo Verde

16.35 - 17.00

Intervalo

17.00 - 18.00

Mesa Redonda - Fracturas do fémur

Moderadores – *José Langa* (M), *José Parra* (P), *Roberto Pena* (B)

17.00 - 17.15

Utilização das cavilhas gama nas fracturas femorais – *Lúcio Cardador*, Santiago do Cacém, Portugal

17.15 - 17.30

Experiência do Serviço de Ortopedia no tratamento das fracturas fechadas do fémur
Jeremias Ernesto, Luanda, Angola

17.30 - 17.45

Tratamento das fracturas articulares do fémur – *Pascoal Campos*, Luanda, Angola

17.45 - 18.00

Fracturas supra e intercondilianas do fémur – *Augusto Martins*, Lisboa, Portugal

18.00 - 18.15

Discussão

18.30

Assembleia Geral da SOLP

21.00

JANTAR DO CONGRESSO



15.30 - 16.30

Fracturas Patológicas

Moderadores – *Gabriel Matos (P), Glaydson Godinho (B), Graciano Cardoso (CV)*

15.30 - 15.45

Fracturas patológicas – *José Portela, Coimbra, Portugal*

15.45 - 16.00

Estadiamento de tumores ósseos – *Roberto Pena, Brasil*

16.00 - 16.15

Tratamento de tumores em consultório – *Reynaldo Jesus, S. Paulo, Brasil*

16.15 - 16.30

Discussão

16.30 - 17.00

Intervalo

17.00 - 18.30

Comunicações Livres

Moderadores – *Abel Nascimento (P), Tito Lívio (CV), Rui Manico (A)*

17.00 - 17.10

Prevenção de quedas na terceira idade: perfil dos idosos participantes de uma campanha preventiva de Fortaleza, Ceará, Brasil – *José Lino Barreto Fernandes, Brasil*

17.10 - 17.20

Análise dos factores de risco para quedas domiciliare em idosos
Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Brasil

17.20 - 17.30

Epidemiologia das fracturas expostas em hospital de referência de Fortaleza, Ceará, Brasil – *Francisco Bruno Nogueira Cruz, Brasil*

17.30 - 17.40

Fracturas dos pratos tibiais – análise retrospectiva de 60 casos com seguimento mínimo de 3 anos – *Eurico Bandeira Rodrigues, Ricardo Maia, Aaron Hillis, Catarina Alves, Norberto Nunes, Ramiro Fidalgo, Portugal*

17.40 - 17.50

Fracturas da diáfise da tibia: uma análise epidemiológica - *Francisco Bruno Nogueira Cruz, Brasil*

17.50 - 18.00

Estudo epidemiológico das fracturas nas crianças admitidas de referência em Hospital referência em trauma no Estado do Ceará, Brasil – *Francisco Bruno, Brasil*

18.00 - 18.10

Experiência do Hospital Central do Maputo na artroplastia total da anca - *Ricardo Monjate, Marcelino Vasco, Juan Carvaledo, Maputo, Moçambique*

18.10 - 18.20

Tratamento cirúrgico das fracturas diafisárias e da extremidade distal do fémur – Experiência de um Serviço – *Vasco Oliveira, Margarida Bettencourt, Mário Gonzalez, Fernando Pereira, Portugal*

18.20 - 18.30

Artrite séptica na criança – revisão de 10 anos – *David Ribeiro Pereira, Serafim Pinho, Fátima Monteiro, Luis Rodrigues, José António Gomes, Portugal*

30
Abril

SALA
LUÍS DE CAMÕES

SALA
BALTAZAR LOPES
DA SILVA

09h00-10h10

Mesa Redonda
Fracturas da Perna
e Tornozelo

Fracturas nas Crianças

10h10-10h30

Conferência
Presidente da SBOT

10h30-11h00

PAUSA PARA CAFÉ

11h00-11h25

Simpósio
Fracturas nas Crianças

Comunicações Livres

11h25-13h30

Mesa Redonda
Fracturas em Grandes
Traumatizados

13h30-15h00

ALMOÇO

15h00-15h20

Conferência SBOT

15h20-16h35

Infecções

Projecto SOLP
Tratamento do Pé Boto
pelo Método Ponseti

16h35-17h00

PAUSA PARA CAFÉ

17h00-18h00

Infecções

Temas Gerais

18h30

Mensagem Presidente da SOLP
SESSÃO DE ENCERRAMENTO



09.00 - 10.10

Mesa Redonda – Fracturas da perna e tornozelo

Moderadores – *Fernando Almeida* (CV), *Palma Rodrigues* (P), *Paulo Barbosa* (B)

09.00 - 09.15

Fracturas dos pratos tibiais – *João Gamelas*, Lisboa, Portugal

09.15 - 09.30

Fracturas expostas da perna – *Graciano Cardoso*, *Ala Kosina*, Praia, Cabo-Verde

09.30 - 09.45

Fracturas bimaléolares – *Carlos Arruda*, *Fernando Carneiro*, Ponta Delgada, Portugal

09.45 - 10.00

Tratamento das lesões tardias do tornozelo – *João Carvalho Netto*, Brasil

10.00 - 10.10

Discussão

10.10 - 10.30

Conferência do Presidente da Comissão Instaladora da SOLP

Moderadores – *Reynaldo Jesus-Garcia* (B), *Aloísio Leão* (P), *Tito Lívio* (CV)

Telemedicina – perspectivas para a SOLP - *Carlos Vieira Ramos*, Cabo Verde

Videoconferência – Equipa do Prof. Chao Departamento de telemedicina da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, Brasil

10.30 - 11.00

Intervalo

11.00 - 12.25

Simpósio – Fracturas na criança

Moderadores – *Gilberto Costa* (PT), *Adriano Oliveira* (ANG), *Fernando Baldy dos Reis* (BR)

11.00 - 11.15

Fracturas na criança – Conceitos e evolução – *Jorge F. Seabra*, Coimbra, Portugal

11.15 - 11.30

Fracturas supracondilíneas do úmero – *Tah Pu Ling*, Coimbra, Portugal

11.30 - 11.45

Fracturas do fémur na criança – *Fernando Carneiro*, Ponta Delgada, Portugal

11.45 - 12.00

Fracturas da tíbia na criança – *João Campagnolo*, Lisboa, Portugal

12.00 - 12.15

Fracturas da tibio-társica e pé na criança – *Delfin Tavares*, Lisboa, Portugal

12.15 - 12.25

Discussão

12.25 - 13.30

Mesa Redonda – Fracturas em Grandes Traumatizados

Moderadores – *João Gamelas* (P), *Francisco Bruno Nogueira Cruz*, (B) *Moisés Domingos* (A)

12.25 - 12.40

Controlo do dano em politraumatizados – *Marcos Musafir*, Brasil

12.40 - 12.55

Reconstruções ósseas do membro inferior – Ilizarov? – *Manuel Azevedo*, Portugal

12.55 - 13.10

Reconstruções ósseas do membro inferior – *Nuno Craveiro Lopes*, Almada, Portugal

13.10 - 13.25

Técnicas de reconstrução de grandes esfacelos – *Abel Nascimento*, Coimbra, Portugal

13.25

Discussão

13.30 - 15.00

Almoço

15.00 - 15.20

Conferência do Presidente da SBOT

Moderadores – *Jorge F. Seabra* (P), *José Langa* (M) *Carlos Vieira Ramos* (CV)

Fractura da diáfise do úmero – Placa ainda é o melhor!? – *Sérgio Franco*, Brasil

15.20 - 16.35

Infecções

Moderadores – *Serpa Oliva* (P), *João Carvalho Melo Neto* (B), *Jeremias Ernesto* (A)

15.20 - 15.35

Infecções osteoarticulares – *Gilberto Costa*, Portugal

15.35 - 15.50

Infecções na criança e adolescente – *João Campagnolo*, Lisboa, Portugal

15.50 - 16.05

Artrites sépticas na criança – experiência do HBS – *Giraldo Dias*, Mindelo Cabo-Verde

16.05 - 16.20

Osteomielites sub-agudas na criança – *Gabriel Matos*, Coimbra, Portugal

16.20 - 16.35

Infecções osteoarticulares – *Moisés Domingos*, Luanda, Angola

16.35 - 17.00

Intervalo

17.00 - 18.30

Infecções

Moderadores – *Serpa Oliva* (P), *João Carvalho de Melo* (B), *Jeremias Ernesto* (A)

17.00 - 17.15

Osteomielite hematogénica aguda no Hospital Agostinho Neto – *Esmídio Salgado*, Praia, Cabo-Verde

17.15 - 17.30

Prevenção da infecção em Ortopedia – *Augusto Marinheiro*, Montemor-o-Novo, Portugal

17.30 - 17.45

Infecção e osteossíntese – *José Portela*, Coimbra, Portugal

17.45 - 18.00

Pseudartroses infectadas – *Serpa Oliva*, Coimbra, Portugal

18.00 - 18.15

Osteomielite crónica – Tratamento com a técnica de Papineau –

Guilhermino Joaquim, *Marco Lucas*, *Pedro Serrano*, *António Garruço*, *Rui Ferreira*, Coimbra, Portugal

18.30

Mensagem Presidente da SOLP

Moderadores – *Carlos Vieira Ramos* (CV), *Aloísio Leão* (P), *Cândido Cardoso* (M)

Sessão de Encerramento



Sala Baltazar Lopes da Silva

30 de Abril

11.00 - 12.00

Comunicações Livres

Moderadores – *Lúcio Cardador* (P), *Paulo Jorge S. Miranda Freire* (B) *Luís Lopes Tavares* (CV)

11.00 - 11.10

Estudo por elementos finitos do comportamento mecânico de osteotaxias em fracturas dos ossos da perna – *Pedro Carvalhais*, Portugal

11.10 - 11.20

Sequelas musculoesqueléticas da Hanseníase – Hospital do Mal de Hansen, Cumura, Guiné Bissau – *Francisco Flores Santos*, Portugal

11.20 - 11.30

Tratamento cirúrgico da Escoliose Idiopática do Adolescente com o uso de 3ª geração: Qualidade de vida e lombalgia – *Fernando António Mendes Façanha Filho*, Brasil

11.30 - 11.40

Tratamento de lesão cartilaginosa com a técnica PMM (perfurações, células mesenquimatosas, membrana) – *António Pascaquelo*, Brasil

11.40 - 11.50

Neuropatias compressivas do membro superior de etiologia menos frequente – Casos Clínicos – *Eurico Bandeira Rodrigues*, *Rui Duarte*, *Ricardo Maia*, *Filipe Rodrigues*, *Frederico Teixeira*, *Juvenália Ribeiro*, Portugal

11.50 - 12.00

Tratamento cirúrgico das fracturas diafisárias e da extremidade distal do fémur – Experiência de um Serviço – *Vasco Oliveira*, *Margarida Bettencourt*, *Mário Gonzalez*, *Fernando Pereira*, Portugal

12.20 - 13.30

Comunicações Livres

Moderadores – *Carlos Vieira Ramos* (CV), *Carlos Arruda* (P), *Rui Manico* (A)

12.20 - 12.30

Epifisiólise superior do fémur – caso clínico – *Fernando Almeida*, Praia, Cabo Verde

12.30 - 12.40

Alongamento do fémur com cavilha telescópica Albisia – *Manuel Guerra*, Montemor-o-Novo, Portugal

12.40 - 12.50

Encavilhamento retrógrado nas fracturas femorais – *José Parra*, Portugal

12.50 - 13.00

Fracturas proximais do fémur - análise de 2 métodos de tratamento – *Gonçalo Viana*, *Pedro Emanuel*, *Fernando Xavier*, *Hermengarda Azevedo*, *Carlos Evangelista*

13.00 - 13-10

Aplicação de aloenxertos em traumatologia – *Rui Dias*, *Pedro Carvalhais* e *Ferreira Mendes*, Coimbra, Portugal

13.10 - 13.20

Sequelas ósseas tardias de meningocócemia com coagulação vascular disseminada (CIVD) na criança – *Manuel Leão*, *Deolindo Pessoa*, *Jorge F. Seabra* – Coimbra, Portugal

13.20 - 13.30

Paralisia Cerebral – Experiência do H.P.C. Centro de Paralisia Cerebral de Coimbra – *Deolindo Pessoa*, Coimbra, Portugal

13.30 - 15.00

Almoço

15.30 - 16.30

Projecto SOLP – Tratamento do pé bôto pelo método de Ponseti**Moderadores** – *Fernando Almeida (CV), José Langa (M), Nuno Craveiro Lopes (P)*

15.30 - 15.45

Projecto do tratamento do pé boto pelo método de Ponseti – *Jorge Seabra, Portugal*

15.45 - 16.00

Experiência do método de Ponseti no Hospital D. Estefânia – *Delfin Tavares, Portugal*

16.00 - 16.15

Tratamento do pé boto pelo método de Ponseti no Hospital David Bernardino – *Rui Manico e Adriano Oliveira, Angola*

16.15 - 16.30

Tratamento do pé boto pelo método de Ponseti no Hospital Batista de Sousa – *Tito Lívio, Cabo-Verde*

16.30 - 17.00

Intervalo

17.00 - 18.00

Temas Gerais**Moderadores** – *Rui Manico (A), Fernando Carneiro (P), Graciano Cardoso (CV)*

17.00 - 17.15

O pêndulo ortopédico – Técnicas vão e vêm – *Roberto Smith, Brasil*

17.15 - 17.30

Planeamento e construção de um hospital em Angola – *Aloísio Leão, Coimbra, Portugal*

17.30 - 17.45

Cooperação estratégica em Saúde no espaço da CPLP – *Palma Rodrigues, Portugal*

17.45 - 18.00

Ortopedia em S. Vicente – Cabo Verde em 1981 – *Glaydson Godinho, Brasil*



Programa Social

28 de Abril – Terça-feira

Pôr-do-Sol às 18:30, com o patrocínio da Câmara Municipal de S. Vicente

Com convite

29 de Abril – Quarta-feira

Visita guiada à cidade do Mindelo e à Ilha de S.Vicente (almoço incluído) €25.00

Com o patrocínio da Câmara Municipal de S. Vicente

Almoço de Trabalho

Com o patrocínio da Ordem dos Médicos de Cabo Verde

Com convite

Jantar do Congresso - Hotel Porto Grande às 21:00

Com o patrocínio do Ministério da Saúde de Cabo Verde

Durante o jantar actuarão Baú, Voginha e seus amigos

Com convite

30 de Abril – Quinta-feira

Visita à Ilha de S. Santo Antão (ida e volta de barco, viagem à volta da Ilha e almoço incluído) €50,00

Almoço de Trabalho

Com o patrocínio da Emprofac

Com convite

Resumos

ORTOPEDIA E LUSOFONIA

Bárbara Branco, Porto, Portugal

EVOLUÇÃO DA FILOSOFIA SOBRE O TRATAMENTO DE FRACTURAS

Jacinto Monteiro, Lisboa, Portugal

O tratamento das fracturas tem vindo a evoluir ao longo do tempo sob o ponto de vista conceptual e de filosofia, numa lógica de possibilitar métodos de osteossíntese cada vez menos agressivos e invasivos para o doente possibilitando-lhe uma recuperação mais precoce e mais segura.

Para aqui se ter chegado muitos contributos foram dados, mercê de um pioneirismo criativo e inovador de alguns cirurgiões que foram verdadeiros visionários ao revolucionarem métodos, técnicas e indicações cirúrgicas.

O melhor conhecimento da biologia óssea e os desenvolvimentos dos novos biomateriais estão na base desta cultura de escola cirúrgica ortopédica renovada, cada vez mais apelativa para os ortopedistas e beneficiadora para os doentes.

PRINCÍPIOS INDICAÇÕES E AVANÇOS NO ENCAVILHAMENTO INTRAMEDULAR

Rui Dias, Pedro Serrano e Ferreira Mendes, Coimbra, Portugal

ATRASO DE CONSOLIDAÇÃO E PSEUDARTROSE

Paulo Felicíssimo, Lisboa, Portugal

FRACTURAS EXPOSTAS E FIXADOR EXTERNO

Adriano Oliveira, Luanda, Angola

REALIDADE TRAUMATOLÓGICA DOS ÚLTIMOS 15 ANOS NO HOSPITAL AGOSTINHO NETO E PERSPECTIVAS DE FUTURO

Fernando Almeida, Praia, Cabo-Verde

TRAUMATISMOS DO MEMBRO INFERIOR NO HBS – EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

Tito Lívio, Mindelo, Cabo Verde

EVIDÊNCIAS ACTUAIS EM LESÕES DO MANGUITO ROTADOR

Glaydson Godinho, Brasil

PLACA LCP PERCUTÂNEA NAS FRACTURAS PRÓXIMAS DO ÚMERO

Paulo Barbosa, Brasil

TRATAMENTO DAS FRACTURAS DE OSSOS LONGOS COM ENCAVALITAMENTO BLOQUEADO EM PAISES COM POUCOS RECURSOS

Alirio Fernandes, Moçambique

FRACTURAS COMPLEXAS DO COTOVELO

Marcos Brito, Brasil

EVIDÊNCIAS ACTUAIS EM FRACTURA DISTAL DO RADIO

Fernando Baldy dos Reis, Brasil

OSTEOTAXIA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO RÁDIO E DOS DEDOS – PRINCÍPIOS E CASUÍSTICA

José Neves, Porto, Portugal

FRACTURAS DO COLO DO FÉMUR

Delgado Martins, Lisboa, Portugal

OSTEOSSÍNTese OU ARTROPLASTIA NA FRACTURA DO COLO DO FÉMUR?

José Sérgio Franco, Rio de Janeiro, Brasil

HASTE INTRAMEDULAR OU PLACA EM FRACTURAS TROCANTÉRICAS DO FÉMUR?

Roberto Canto, Brasil



FRACTURAS TROCANTÉRICAS

Rui Dias, Alexandre Marques, Ferreira Mendes, Coimbra, Portugal

NOSSA VIVÊNCIA COM AS FRACTURAS DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO FÉMUR EM ADULTOS

Luís Lopes Tavares, Praia, Cabo Verde

UTILIZAÇÃO DAS CAVILHAS GAMA NAS FRACTURAS FEMORAIS

Lúcio Cardador, Santiago do Cacém, Portugal

EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA NO TRATAMENTO DAS FRACTURAS FECHADAS DO FÉMUR

Jeremias Ernesto, Luanda, Angola

TRATAMENTO DAS FRACTURAS ARTICULARES DO FÉMUR

Pascoal Campos, Luanda, Angola

FRACTURAS SUPRA E INTERCONDILIANAS DO FÉMUR

Augusto Martins, Lisboa, Portugal

FRACTURAS PATOLÓGICAS

José Portela, Coimbra, Portugal

ESTADIAMENTO DE TUMORES ÓSSEOS

Roberto Pena, Brasil

TRATAMENTO DE TUMORES EM CONSULTÓRIO

Reynaldo Jesus, S. Paulo, Brasil

PREVENÇÃO DE QUEDAS NA TERCEIRA IDADE: PERFIL DOS IDOSOS PARTICIPANTES DE UMA CAMPANHA PREVENTIVA DE FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL

José Lino Barreto Fernandes, Manuel Bonfim Braga Júnior, José de Sá Cavalcante Neto, Bárbara Bianca Linhares de Medeiros, Francisco Bruno Nogueira Cruz, Brasil

A média de idade da população vem aumentando nas últimas décadas, e conseqüentemente, o número de pessoas idosas. Quedas seguidas de fracturas entre idosos constituem um importante problema de saúde pública. Preocupado com esse problema, o PRODOT (Projecto de Desenvolvimento em Ortopedia e Traumatologia), projecto vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, participou do "Dia Mundial da Saúde", campanha de prevenção realizada na Praça do Ferreira, no Centro de Fortaleza, no dia 14 de Abril de 2007, abordando o tema "Prevenção de quedas na 3ª idade".

Este trabalho tem como objectivo analisar o perfil epidemiológico da população idosa atendida nesta actividade. Foram distribuídos panfletos informativos sobre Prevenção de quedas na terceira Idade e realizada uma entrevista com os participantes, onde foram analisados aspectos como idade, sexo, profissão, antecedentes de quedas, doenças preexistentes, uso de medicamentos, etc. Foram entrevistados 50 indivíduos, com idade média de 70,54 anos, sendo 30% homens e 70% mulheres. Das profissões relatadas, as mais comuns foram aposentados, com 60%, seguidos de domésticas com 12% e bordadeiras com 4%. Quanto ao estado civil, 20% eram solteiros, 32% casados, 36% viúvos e 10% separados. 76% dos entrevistados já haviam sofrido alguma queda. Ocorreu fractura durante a queda em 47% dos casos. Dentre essas, 28% acometeram o punho, 22% o antebraço, 11% o pé, 11% atingiram o joelho e 11% o braço. Em 26% dos casos, os pacientes escorregaram, ocasionando a queda. Apenas 13% dos casos foram tratadas com cirurgia.

A acuidade visual estava comprometida em 64% dos casos, a despeito dos demais 36% em que estava preservada. 78% dos indivíduos possuíam óculos de grau, dos quais 23% usavam-no na hora do acidente. Quanto ao uso regular de medicamentos, o mesmo não era feito em 20% dos casos. Entre todos os medicamentos, o Captopril, em 25% deles, era o mais comum. 55% dos entrevistados relataram não serem acometidos por Osteoporose.

Os resultados apresentados evidenciam a importância desse estudo com o intuito de avaliar, em alguns aspectos, o perfil da terceira idade a fim de estabelecer programas preventivos para orientar tais indivíduos e seus familiares, evitando a ocorrência de acidentes como quedas e possíveis complicações.

ANÁLISE DOS FACTORES DE RISCO PARA QUEDAS DOMICILIARES EM IDOSOS

*Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Brasil
Manuel Bonfim Braga Júnior, Jonas Torres Coelho.
Anderson Emanuel Calíope Castelo Branco, Francisco Bruno Nogueira Cruz*

As fracturas, principalmente de fêmur, decorrentes de quedas em idosos podem acarretar incapacidade física, limitações funcionais, perda da independência e comprometimento da qualidade de vida desta população. Nos Estados Unidos, ocorrem em média 250.000 fracturas de fêmur proximal a cada ano, custando anualmente 8,7 bilhões de dólares, o que reflecte o enorme impacto económico deste problema.

Este trabalho objectiva analisar os factores de risco para quedas domiciliareas em idosos. Durante Ato Público na Praça do Ferreira, foram distribuídos panfletos sobre Prevenção de Quedas e realizadas entrevistas com pessoas de idade acima de 60 anos.

Dos 64 entrevistados, as idades variaram de 60 a 88 anos com média de 69,9 anos. 75% eram do sexo feminino e 25% do masculino. Apenas 10% afirmaram ter barra de apoio para o braço no box do banheiro. Somente 23% têm tapete

de borracha, o restante tem tapete de pano, que facilita a queda. 75% das pias apresentam sifão, que também pode facilitar a ocorrência da queda. Apenas 26% afirmaram ter antiderrapante no piso do box e em 28% dos banheiros o porta-toalha está distante do box, aumentando a distância, em piso escorregadio, até o local da toalha. No quarto, 53% dos interruptores encontram-se distantes da cama. 33% têm tapete em frente à cama, propício a quedas. Na sala, 27% dos idosos afirmaram ter fios longos de electrónicos, podendo escorregar e cair. 28% têm tapete na sala e 25% possuem móveis no centro do cômodo, facilitando as quedas. 28% das iluminações são fracas. 10% das poltronas/sofás não têm braço, impedindo o apoio do idoso ao sentar ou levantar e 17% destes sofás são muito macios, "afundando" e dificultando o levantar do idoso. 28% dos entrevistados têm escada em seu domicílio, o que já é um factor de risco para quedas. Destes, 28% não tem corrimão na escada e 67% têm o piso liso. Apenas 11% têm o 1º e o último piso da escada demarcados para facilitar a identificação do início e do fim da escada. 39% têm quadros ou fotos na parede, chamando a atenção do idoso e impedindo que ele se concentre na escada.

Os resultados apresentados evidenciam a importância desse estudo para avaliar os fatores de risco para quedas em domicílio na 3ª idade a fim de estabelecer a prevenção, orientando os idosos e familiares, evitando as quedas e possíveis complicações, que acarretam comprometimento da qualidade de vida e altos custos para o sistema de saúde.

EPIDEMIOLOGIA DAS FRACTURAS EXPOSTAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL

Francisco Bruno Nogueira da Cruz, Manuel Bonfim Braga Júnior, Márcio Bezerra Gadelha Lopes, Flávio Vinícius Cabral Soares, Jonas Torres Coelho, Brasil

Fractura exposta é aquela em que há ruptura da barreira de pele e tecidos moles subjacentes, permitindo comunicação óssea directa ou do hematoma fracturário com o ambiente. Continua sendo



um desafio para os ortopedistas e sua epidemiologia é de fundamental importância para centros de referência de atendimento de pacientes portadores deste complexo grupo de traumatismos. Baseados nisso, realizamos o presente estudo com o objectivo de traçar o perfil dos pacientes com fracturas expostas. O estudo transversal e descritivo, baseado em análise de prontuário e entrevista com pacientes portadores de fracturas expostas atendidos em hospital de referência de Fortaleza/CE/Brasil, foi realizado no período de Abril a Junho de 2008.

Foram analisados 96 pacientes, dos quais 82% eram do sexo masculino e 18% do sexo feminino. A idade variou de 10 a 92 anos, com uma média de 32 anos, sendo a média 42,2 para o sexo feminino e 29 para o masculino. Quanto ao estado civil, 54% eram solteiros, 44% casados, 1% separado e 1% viúvo. As profissões mais comuns foram agricultor (13%) e estudante (11%). 31% eram procedentes de Fortaleza, 19% de outras áreas da Região Metropolitana e 50% do Interior do Estado. O mecanismo de trauma mais comum foi acidente de trânsito (76% dos casos). 80% das fracturas acometeram membros inferiores. O osso mais fracturado foi a tibia (47% dos casos), seguida do fémur (13%) e do rádio (11%). O terço médio dos ossos longos fracturados foi o mais acometido (46%), enquanto o terço proximal e distal foram atingidos em 21% e 33% respectivamente. O lado esquerdo foi acometido em 58% dos pacientes. 3 pacientes apresentaram sinais de lesão neurológica ao exame físico na chegada ao hospital e um paciente não apresentava pulso distal palpável no membro atingido. 42% dos pacientes apresentavam outra fractura além da fractura exposta em estudo e 70% chegaram ao hospital com cobertura da ferida.

Concluimos que fracturas expostas acometeram principalmente indivíduos do sexo masculino, jovens, provenientes na maioria das vezes do Interior do Estado. O mecanismo de trauma geralmente é de alta energia, como os acidentes de trânsito, e os pacientes apresentam outras fracturas associadas. Além disso, a tibia é o osso mais atingido por fracturas expostas. O grande número de ocorrências e o grau de complexidade das fracturas expostas comprovam a importância de se conhecer o perfil dos pacientes atingidos

por essa lesão a fim de proporcionar subsídios para a criação de medidas preventivas e de protocolos de atendimento.

Descritores: Fracturas expostas, Ortopedia, Epidemiologia.

FRATURAS DOS PRATOS TIBIAIS – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE 60 CASOS COM SEGUIMENTO MÍNIMO DE 3 ANOS

Eurico Bandeira Rodrigues, Ricardo Maia, Aaron Hilis, Catarina Alves, Norberto Nunes, Ramiro Fidalgo, Portugal

Introdução

As fracturas dos pratos tibiais constituem um problema frequente em traumatologia. O seu tratamento visa restaurar a função articular do joelho e assim como o comprimento e alinhamento do membro inferior.

Material

Os autores apresentam uma revisão dos doentes tratados no Serviço entre 2001 e 2004, com um seguimento mínimo de 3 anos. Foi encontrado um total de 84 doentes, tendo sido excluídos 24 por falta de seguimento. Desses 60 doentes, 38 eram homens (63,3%) e 22 mulheres. A idade média situava-se nos 46 anos (16-82).

Método

Procedeu-se à revisão do processo clínico e radiológico. Segundo a classificação de Schatzker, a distribuição do padrão de fracturas foi: grau I – 14; II – 11; III – 8; IV – 12; V – 8 e VI – 7.

Resultados

Optou-se pelo tratamento conservador em 35 casos e cirúrgico em 25 casos. Visando a restauração da anatomia articular, apenas foram tratados conservadoramente os doentes com fracturas incompletas, sem desvio ou sem condições locais ou sistémicas que possibilitassem a cirurgia. Os resultados foram globalmente bons, com a recuperação satisfatória dos doentes. A taxa de consolidação viciosa foi de 8% (5 casos) e de artrose pós-traumática foi de 16% (10 casos). Dois doentes foram submetidos a osteotomias correctoras pelas sequelas ocasionadas.

Discussão

As fracturas articulares do joelho requerem a restauração da anatomia para um bom resultado. Nos casos de fracturas sem desvio, obtiveram-se bons resultados com métodos fechados ou osteossíntese percutânea.

Conclusão

Este tipo de fracturas continua a na ordem do dia pela sua incidência e pelo desafio técnico que representa o seu tratamento.

FRATURAS DA DIÁFISE DA TÍBIA: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Francisco Bruno Nogueira Cruz, Manuel Bonfim Braga Júnior, Pedro Guilme Teixeira de Sousa Filho, Ana Livia Monte de Albuquerque, Mateus Aguiar de Azevedo, Brasil

Introdução

As fracturas dos pratos tibiais constituem um problema frequente em traumatologia. O seu tratamento visa restaurar a função articular do joelho e assim como o comprimento e alinhamento do membro inferior.

Material

Os autores apresentam uma revisão dos doentes tratados no Serviço entre 2001 e 2004, com um seguimento mínimo de 3 anos. Foi encontrado um total de 84 doentes, tendo sido excluídos 24 por falta de seguimento. Desses 60 doentes, 38 eram homens (63,3%) e 22 mulheres. A idade média situava-se nos 46 anos (16-82).

Método

Procedeu-se à revisão do processo clínico e radiológico. Segundo a classificação de Schatzker, a distribuição do padrão de fracturas foi: grau I – 14; II – 11; III – 8; IV – 12; V – 8 e VI – 7.

Resultados

Optou-se pelo tratamento conservador em 35 casos e cirúrgico em 25 casos. Visando a restauração da anatomia articular, apenas foram tratados conservadoramente os doentes com fracturas incompletas, sem desvio ou sem condições locais ou sistémicas que possibilitassem a cirurgia. Os

resultados foram globalmente bons, com a recuperação satisfatória dos doentes. A taxa de consolidação viciosa foi de 8% (5 casos) e de artrose pós-traumática foi de 16% (10 casos). Dois doentes foram submetidos a osteotomias correctoras pelas sequelas ocasionadas.

Discussão

As fracturas articulares do joelho requerem a restauração da anatomia para um bom resultado. Nos casos de fracturas sem desvio, obtiveram-se bons resultados com métodos fechados ou osteossíntese percutânea.

Conclusão

Este tipo de fracturas continua a na ordem do dia pela sua incidência e pelo desafio técnico que representa o seu tratamento.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS FRATURAS NAS CRIANÇAS ADMITIDAS DE REFERÊNCIA EM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA NO ESTADO DO CEARÁ, BRASIL

Francisco Bruno, Manuel Bonfim Braga Júnior, José de Sá Cavalcante Neto, Bárbara Bianca Linhares de Medeiros, Pedro Guilme Teixeira de Sousa Filho, Brasil

A incidência de fracturas em crianças e adultos seguem padrões diferentes, principalmente devido às características anatómicas do osso nas duas faixas etárias e às diferentes actividades exercidas por adultos e crianças, que os expõem a riscos diferentes de lesões ósseas. Os tipos de fracturas que ocorrem na população pediátrica variam em função de diversos factores, entre eles a idade, o sexo, as diferenças culturais e climáticas, o osso acometido e a etiologia da fractura. Os objectivos de estudos sobre fracturas em crianças têm mudado dos anos 50-60 até hoje. Originalmente, o principal objectivo era identificar as mais comuns fracturas ósseas nessa faixa etária e como elas eram tratadas. Os mais recentes têm incluído, além desses aspectos, reunir dados na tentativa de reduzir a incidência de fracturas estabelecendo programas preventivos. Estudos sobre a incidência de fracturas na população pediátrica são extremamente escassos no Brasil,



tornando necessário se delinear a casuística do trauma ortopédico pediátrico em nosso meio.

O presente trabalho tem como objectivo principal traçar o perfil epidemiológico de pacientes pediátricos (0 a 18 anos) portadores de fracturas atendidos no Instituto Dr. José Frota – Fortaleza-CE.

O estudo envolveu pacientes de 0 a 18 anos portadores de fracturas e foi realizado no Instituto Dr. José Frota, hospital referência no atendimento às vítimas de trauma na cidade de Fortaleza-CE, no Brasil.

Foram colhidos dados de 84 crianças através de entrevistas com seus responsáveis legais. O período analisado foi de Fevereiro a Junho de 2008. A idade média dos pacientes era de 9,4 anos, sendo 71,4% do sexo masculino e 28,6% do sexo feminino. Quanto à cidade de origem, 66,6% foram oriundos da própria capital, sendo os outros de origem interiorana. Todos os acidentes ocorreram na cidade da qual procedem. Quanto à etiologia das fracturas apenas um foi relacionado a trauma não-acidental por conta de maus tratos, o resto (98,1%) foi relacionado a trauma acidental. Desses, 44,6% relatam ter sofrido acidente durante actividades de lazer e esportes, 28,9% em casa, 16,9% aconteceram no tráfego, 2,4% na escola e 6,0% em outros locais. Do total de entrevistados, 13,4% responderam afirmativamente quando indagados sobre já terem sofrido fractura, e desses apenas 3,8% acometeram o mesmo osso. Segundo a classificação atribuída por Landin, observou-se que 51,8% dos traumas foram classificados como leve, 30,6% moderado e 17,6% grave. A região fracturada variou muito: em 19,1% das fracturas, o membro inferior foi afectado, já o membro superior foi acometido em 80,9% das vezes. O rádio, seguido do úmero, tibia e fíbula foram os ossos mais frequentemente afectados. As fracturas foram classificadas quanto à exposição óssea, mostrando que 93,9% das fracturas foram fechadas; quanto à continuidade óssea, em que 77,5% foram classificadas como completa; quanto ao traço de fractura, sendo 58,4% do tipo transversal, 24,7% do tipo oblíquo, 6,5% longitudinal, 6,5% multifragmentar e 3,9% helicoidal; e quanto aos desvios presentes em que

51,5% foram classificados como angular, 19,1% como cavalgamento, 11,8% como afastado, 5,9% como deslocado, 2,9% como Rotacional, 1,5% como impactado, sendo que 7,4% das fracturas não apresentaram desvio. Em relação à lesão associada, 7,1% dos entrevistados sofreram trauma crânio-encefálico. Quanto ao tratamento desses pacientes, 23,2% dos casos foram tratados cirurgicamente, e 76,8% ambulatorialmente.

Os resultados apresentados evidenciam a importância desse estudo com o intuito de avaliar o perfil de fracturas em pacientes pediátricos, bem como identificar os padrões de influência que são próprios ao nosso estilo de vida e desenvolver estratégias preventivas de acordo com os tipos de fracturas e os mecanismos do trauma mais prevalentes, contribuindo, então, para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção para a saúde da criança.

EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL CENTRAL DO MAPUTO NA ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

Ricardo Monjate, Marcelino Vasco, Juan Carvaledo, Maputo, Moçambique

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRACTURAS DIAFIÁRIAS E DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÉMUR – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Vasco Oliveira, Margarida Bettencourt, Mário Gonzalez, Fernando Pereira, Portugal

As fracturas diafiárias do fémur são relativamente comuns na prática ortopédica. Embora possam ocorrer em qualquer idade, está descrita na literatura uma distribuição bimodal, ocorrendo mais frequentemente em indivíduos do sexo masculino jovens após traumatismos de alta energia (acidentes de viação e quedas em altura) e em mulheres idosas após quedas com pequeno traumatismo. Associam-se frequentemente a outras lesões, musculoesqueléticas ou outras, principalmente no primeiro grupo, podendo colocar algumas vezes a vida em perigo. São fracturas que podem provocar morbidade e incapacidade extensas e prolongadas se não forem tratadas adequadamente.

As fracturas da extremidade distal do fémur são mais raras que as diafisárias, representando 6-7% de todas as fracturas do fémur. Cerca de 50% são extra-articulares, supracondilianas, enquanto as restantes 50% têm extensão intra-articular; destas, 80% são intercondilianas. São lesões frequentemente instáveis e cominutivas, apresentando também uma distribuição bimodal semelhante à anteriormente descrita para as diafisárias. Nos idosos são por vezes complicadas pela presença de artroplastia total do joelho prévia.

Os autores propõem-se a apresentar a experiência do Serviço no tratamento cirúrgico das fracturas diafisárias e da extremidade distal do fémur, analisando a actividade dos últimos 6 anos e apresenta alguns casos clínicos exemplificativos.

ARTRITE SÉPTICA NA CRIANÇA – REVISÃO DE 10 ANOS

David Ribeiro Pereira, Serafim Pinho, Fátima Monteiro, Luís Rodrigues, José António Gomes, Portugal

Introdução

A artrite séptica é uma doença pouco frequente, traduzindo infecção articular. Pode ser consequência de osteomielite aguda, disseminação hematogênea ou inoculação directa após trauma. Quando não tratada pode acarretar: destruição da cartilagem articular e epífise subjacente, perda da placa de crescimento adjacente e deslocação da articulação.

Material

Os autores apresentam uma casuística dos doentes internados, em idade pediátrica entre 1998 e 2008, num Hospital Central, com diagnóstico de saída de "Artrite Séptica".

Métodos

Analisaram-se os referidos processos, considerando: idade/sexo do doente, articulação afectada, exame objectivo, febre e PCR à entrada, exames/procedimentos de diagnóstico, tratamento instituído e número de dias de internamento.

Resultados

Das 71 crianças internadas com o diagnóstico de artrite, 31 saíram com diagnóstico de "artrite séptica", 17 com artrite reactiva e 13 com artrite reumatóide. Dos doentes diagnosticados com artrite séptica, 12 foram confirmados laboratorialmente. Apresenta-se a distribuição estatística relativamente ao sexo/idade do doente, presença de febre/sinais inflamatórios locais, valores de PCR/leucocitose, realização de ecografia/artrocentese, articulação atingida, tipo de tratamento efectuado e resultados da microbiologia.

Discussão

Dos doentes internados com artrite séptica, 38,7% tiveram confirmação do diagnóstico. A faixa etária mais atingida (58%) foi a das crianças com menos de 5 anos. A articulação mais frequentemente afectada foi o joelho (41%) e o tornozelo (41%). Em termos de microbiologia, 36% das artrocenteses tiveram resultados positivos, sendo as estripes identificadas: *Staphylococcus Aureus* (25%), *Enterobacter Cloacae* (25%), *Gemella Morbillum* (25%) e bacilos gram + (25%). Realizaram hemoculturas 58% dos doentes, sendo positiva em apenas 43%. O tratamento constituiu em artrotomia, lavagem e sistema de drenagem em 33% dos doentes. A terapêutica antibiótica em monoterapia com cefuroxime foi a mais usada (58%), tendo sido usada em associação com fluxloxacilina em 25% dos casos. Apenas 1 doente necessitou permutar o antibiótico de acordo com o TSA.

Conclusão

A artrite séptica na infância constitui uma emergência clínica devendo o tratamento ser imediato, de forma a garantir a cura e prevenir as sequelas. Do trabalho exposto releva-se a importância atribuída pelos clínicos a esta patologia, de tal forma que apenas 38,7% dos doentes internados viram o diagnóstico confirmado. De acordo com a literatura, verificou-se uma maior afectação das crianças com menos de 5 anos. As articulações dos membros inferiores foram as mais atingidas. A artrocentese constituiu o exame complementar de diagnóstico de excelência para estabelecer um diagnóstico definitivo.

A microbiologia mostrou-se algo díspar com a



literatura, com resultados pouco comuns nas artrocenteses, enquanto as hemoculturas foram mais consensuais.

FRACTURAS DOS PRATOS TIBIAIS

João Gamelas, Lisboa, Portugal

FRACTURAS EXPOSTAS DA PERNA

Graciano Cardoso, Ala Kosina, Praia, Cabo-Verde

FRACTURAS BIMALEOLARES

Carlos Arruda, Fernando Carneiro, Ponta Delgada, Portugal

TRATAMENTO DAS LESÕES TARDIAS DO TORNOZELO

João Carvalho Netto, Brasil

TELEMEDICINA – PERSPECTIVAS PARA A SOLP

Carlos Vieira Ramos, Cabo Verde

FRACTURAS NA CRIANÇA – CONCEITOS E EVOLUÇÃO

Jorge F. Seabra, Coimbra, Portugal

FRACTURAS SUPRACONDILIANAS DO UMEMO

Tah Pu Ling, Coimbra, Portugal

FRACTURAS DO FÉMUR NA CRIANÇA

Fernando Carneiro, Ponta Delgada, Portugal

FRACTURAS DA TÍBIA NA CRIANÇA

João Campagnolo, Lisboa, Portugal

FRACTURAS DA TIBIO-TÁRSICA E PÉ NA CRIANÇA

Delfin Tavares, Lisboa, Portugal

CONTROLO DO DANO EM POLITRAUMATIZADOS

Marcos Musafir, Brasil

RECONSTRUÇÕES ÓSSEAS DO MEMBRO INFERIOR – ILIZAROV?

Manuel Azevedo, Portugal

RECONSTRUÇÕES ÓSSEAS DO MEMBRO INFERIOR

Nuno Craveiro Lopes, Almada, Portugal

TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO DE GRANDES ESFACELOS

Abel Nascimento, Coimbra, Portugal

FRACTURA DA DIÁFISE DO ÚMERO – PLACA AINDA É O MELHOR!?

Sérgio Franco, Brasil

INFECÇÕES OSTEOARTICULARES NA CRIANÇA

Gilberto Costa, Portugal

Osteomielite Hematogénia Aguda

As infecções osteoarticulares agudas da criança podem ser muito graves. A sua incidência permanece estável mesmo em países com alto nível sócio-económico. O aparecimento de novas formas clínicas obriga a uma actualização constante quer de conceitos quer de métodos de tratamento. O aparecimento de novas estirpes bacterianas com grande agressividade e resistentes aos antibióticos mais comuns é de momento uma preocupação constante. Dispomos actualmente de novos antibióticos que isoladamente ou em associação constituem novas armas para o combate à infecção.

Os vários passos do diagnóstico, apoiado num criterioso exame clínico, cuidados e adequados exames subsidiários são o caminho para o êxito do tratamento, e ao êxito do tratamento corresponde sempre uma contribuição dos cuidados de saúde para tão desejado, Bom Resultado Final.

Se na sequência do tratamento algo falhar arriscamos o aparecimento de sequelas, que podem influenciar decisivamente a vida de uma criança.

Por esse motivo o diagnóstico e tratamento precoces devem ser uma prioridade absoluta.

Artrite Séptica

Mais de 60 depois da descoberta do 1º antibiótico, a infecção em Ortopedia Infantil, quer ela seja primitiva ou secundária a um acto cirúrgico, continua muito preocupante.

Com efeito, se nas infecções primitivas osteoarticulares há um consenso estabelecido em evacuar rapidamente o líquido articular infectado, qualquer que seja a idade e muito particularmente no R/N..

Faze-lo por punção articular ou artrotomia, a utilização de gestos complementares como o sistema de instilação / aspiração, o tempo de imobilização, continuam a ser muito discutidos.

Os aspectos enganosos da infecção osteoarticular, nomeadamente no R/N e o seu diagnóstico diferencial com as simples sinovites, fazem com que esta comunicação seja actual.

Daremos o contributo da nossa experiência no diagnóstico, tratamento e as sequelas das artrites sépticas da anca e joelho, as mais frequentes, tratada no nosso serviço

INFECÇÕES NA CRIANÇA E ADOLESCENTE

João Campagnolo, Lisboa, Portugal

ARTRITES SÉPTICAS NA CRIANÇA – EXPERIÊNCIA DO HBS

Giraldio Dias, Mindelo Cabo-Verde

OSTEOMIELITES SUB-AGUDAS NA CRIANÇA

Gabriel Matos, Coimbra, Portugal

INFECÇÕES OSTEOARTICULARES

Moisés Domingos, Luanda, Angola

OSTEOMIELITE HEMATOGÉNICA AGUDA NO HOSPITAL AGOSTINHO NETO

Emídio Salgado, Praia, Cabo-Verde

PREVENÇÃO DA INFECÇÃO EM ORTOPEDIA

Augusto Marinheiro, João Paulo Silva, Montemor-o-Novo, Portugal

Os autores têm como objectivo neste trabalho alertar para a importância da Prevenção da Infecção pois cerca de 13% das Infecções Cirúrgicas são nosocomiais e destas 33% são Infecções Ortopédicas que têm o maior peso em custos Económicos e Humanos.

Definem as regras que devem ser respeitadas por todos os profissionais bem como todos os passos a seguir desde o Internamento até à alta. Terminam apresentando as Guide Lines actualizadas para a Profilaxia Antibiotica em Cirurgia Ortopédica.

INFECÇÃO E OSTEOSSÍNTESE

José Portela, Coimbra, Portugal

PSEUDARTROSES INFECTADAS

Serpa Oliva, Coimbra, Portugal

OSTEOMIELITE CRÓNICA – TRATAMENTO COM A TÉCNICA DE PAPINEAU

Guilhermino Joaquim, Marco Lucas, Pedro Serano, António Garrucho, Rui Ferreira, Coimbra, Portugal

As infecções ósseas e articulares são problemas comuns que atingem os adultos e que representam um desafio diagnóstico e terapêutico para os médicos das mais diversas especialidades (Pediatras, Internistas, Ortopedistas, Imagiologistas e Patologistas).

As suas manifestações clínicas são variadas e em função da área corporal atingida, da bactéria responsável e da natureza da infecção (aguda ou crónica). A prevenção das complicações depende do diagnóstico precoce e do tratamento imediato.

Os autores deste trabalho têm como objectivo de estudo a análise da casuística e os resultados funcionais do tratamento das osteomielites crónicas, com a técnica de Papineau.

O universo em estudo é de 27 doentes, tratados



na Unidade de Patologia Séptica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no período de 2000 a 2006, com a média de idade de 47 anos, com máximo de 78 anos e a mínima de 18 anos.

Método

Fizemos a revisão dos (27) processos clínicos de doentes tratados nesta Unidade, com a técnica descrita e avaliamos clínica e radiograficamente os pacientes. Fez-se, igualmente, avaliação do grau de satisfação dos pacientes.

Resultados

Com um follow-up médio de 120 meses, o resultado é excelente, com os pacientes a apresentarem um alto grau de satisfação.

Conclusão

O tratamento das osteomielites constitui um desafio para os ortopedistas. O tratamento com a técnica de Papineau é um gesto terapêutico excelente para o tratamento das situações crónicas, com resultados excelentes.

Os resultados obtidos com os doentes tratados na UPSO, permite-nos dizer que a técnica de Papineau é um excelente método de tratamento.

ESTUDO POR ELEMENTOS FINITOS DO COMPORTAMENTO MECÂNICO DE OSTEO-TAXIAS EM FRACTURAS DOS OSSOS DA PERNA

Pedro Carvalhais, Marco Lucas, Guilhermino Joaquim, António Garruço, Luís Roseiro, Portugal

A indicação major para a utilização de fixadores externos em cirurgia Ortopédica continua a ser as fracturas expostas da tíbia. Existem várias hipóteses na configuração da estrutura dos fixadores, podendo a estrutura ser uniplanar e unilateral (com 1 ou 2 tubos), uniplanar bilateral, biplanar ou multiplanar, estando o grau de estabilidade a nível do foco de fractura relacionado também com o tipo de configuração da estrutura do fixador externo.

Para avaliar o comportamento do foco da fractura perante as diferentes estruturas foi desenvolvido um modelo de elementos finitos de uma tíbia a partir de uma TAC, recorrendo ao software MIMICS e SolidWorks. Simularam-se vários tipos de

fracturas diafisárias do terço médio da tíbia (utilizando a classificação do Serviço de Ortopedia dos HUC) associadas a diferentes configurações de osteotaxis. A análise por elementos finitos do conjunto tíbia/fixador foi efectuada em CosmosWorks simulando a situação de repouso e a posição mais desfavorável no ciclo de marcha.

Os resultados obtidos na simulação de marcha demonstraram um deslocamento no foco da fractura na estrutura monoplanar unilateral 1 tubo entre 0,0436 e 0,2290 mm; monoplanar unilateral 2 tubos entre 0,0435 e 0,2240 mm; monoplanar bilateral entre 0,0421 e 0,2160 mm e biplanar entre 0,0367 e 0,1890 mm.

Na simulação de repouso constata-se um deslocamento no foco da fractura na estrutura monoplanar unilateral 1 tubo entre 0,0469 e 0,1220 mm; monoplanar unilateral 2 tubos entre 0,0462 e 0,1360 mm; monoplanar bilateral entre 0,0332 e 0,0985 mm e biplanar entre 0,0043 e 0,0061 mm.

Na simulação de marcha e repouso as fracturas longitudinais apresentam o maior deslocamento no foco da fractura, sendo entre 0,2290 e 0,1890 mm na marcha e 0,0043 e 0,136 mm em repouso, em comparação com as fracturas transversais, oblíquas curtas e longas.

Na simulação de marcha a estrutura biplanar apresentou o melhor comportamento seguida da monoplanar bilateral, monoplanar unilateral 2 tubos e monoplanar unilateral 1 tubo. No entanto, a diferença do deslocamento entre a configuração mais estável (biplanar) e a menos estável (monoplanar unilateral 1 tubo), oscila entre 0,0069 mm nas fracturas transversais e 0,04mm nas fracturas longitudinais.

Na simulação de repouso a estrutura monoplanar 2 tubos apresenta uma mobilidade no foco ligeiramente superior à estrutura monoplanar 1 tubo nas fracturas transversais, oblíquas longas e longitudinais.

O estudo sugere a eventual redundância na aplicação de 2 tubos na estrutura monoplanar unilateral e o benefício de adaptar a estrutura ao tipo de fractura.

SEQUELAS MUSCULO-ESQUELÉTICAS DA HANSENÍASE – HOSPITAL DO MAL DE HANSEN, CUMURA, GUINÉ BISSAU

Francisco Flores Santos, Portugal

A doença de Hansen (M.leprae), cursa com evolução crónica. Embora a poliquimioterapia seja eficaz as lesões podem continuar a surgir sob a forma de reacções lepróticas após cura microbiológica.

O atingimento dos troncos nervosos periféricos (cubital, mediano, radial, ciático popliteu externo e tibial posterior) está associado lesões que cursam com deformidade e incapacidade importantes.

A doença pode ser classificada em paucibacilar (PB) e multibacilar (MB) – forma mais severa. A incapacidade pode ser classificada pelo Maximum Impairment Score (0- mínima, 2- máxima).

O seu tratamento consiste em terapêutica médica e cirúrgica com especial ênfase para a decompressão cirúrgica dos troncos nervosos periféricos.

Material e Métodos

Este estudo, observacional e não interventivo, pretende caracterizar o impacto da Incapacidade e as sequelas musculo-esqueléticas que lhe estão associadas.

Estudou-se uma população de 82 doentes com hanseníase (54 novos casos, 28 antigos doentes já tratados) internados ou de ambulatório no Hospital de Cumura, onde confluem todos os casos reportados na Guiné-Bissau. Utilizaram-se critérios clínicos e as classificações supracitadas.

Resultados

A média de idades dos doentes era 41 anos no grupo de novos diagnósticos (ND) e 62 anos no de antigos doentes (AD).

No grupo de ND 37,0% eram classificados como PB e 63,0% como MB. Os indivíduos PB apresentavam grau 2 de incapacidade em 10% enquanto os MB apresentavam-no em 41%.

As frequências relativas por grau de incapacidade (Max Score) no grupo ND eram: grau 0 – 48%; 1 – 22%; 2 – 29%. Para o grupo AD estas eram respectivamente: 0%, 4% e 96%.

Relativamente aos nervos envolvidos, nos ND obteve-se: cubital em 38%, tibial posterior 35%, mediano 34%, Ciático popliteu externo 34%, radial 30% dos casos.

Nos ND as alterações classificáveis com grau 2 relacionavam-se com os nervos: mediano 40%; tibial posterior 36,7%; cubital 20%; radial 3,3%; ciático popliteu externo 0%. Nos AD aquelas eram, respectivamente, 28,7%, 30,4%, 32,2%, 0% e 8,7%.

Discussão

Nos ND média de idade é elevada, na sua maioria da forma MB, podendo corresponder a diagnóstico tardio. Esta forma está associada a maior grau de incapacidade e esta vai aumentando com o tempo (grau 2 em 29% dos novos doentes e em 96% dos antigos). Os nervos mais atingidos e associados a maiores graus de incapacidade são o cubital, o tibial posterior e o mediano.

Conclusão

A detecção e tratamento precoce são fundamentais. Existe lugar para o tratamento cirúrgico que pode alterar a história natural da doença.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESCOLIOSE IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE COM O USO DE 3ª GERAÇÃO: QUALIDADE DE VIDA E LOMBALGIA

Fernando Antônio Mendes Façanha Filho, Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Ronaldo de Aragão Rodrigues, José Lino Barreto Fernandes, Francisco Bruno Nogueira Cruz, Brasil

Introdução

A maioria dos trabalhos na literatura avalia os resultados do tratamento da Escoliose Idiopática do Adolescente baseado em parâmetros radiográficos e cosméticos e presença de complicações. Ultimamente, com a elaboração de questionários sobre qualidade de vida, muita importância tem-se dado para este assunto. A proposta deste trabalho é avaliar o tratamento da Escoliose Idiopática do Adolescente com o Instrumental de 3a geração com ênfase na qualidade de vida e presença de dor lombar



Material e Métodos

47 pacientes, todas do sexo feminino, com idade média de 14,3 anos com o diagnóstico de Escoliose Idiopática do Adolescente foram tratadas cirurgicamente com o Instrumental de 3a. Geração no período de novembro de 2002 - Julho de 2004. As indicações para o tratamento cirúrgico foram: curvas maiores que 40 graus nas pacientes esqueleticamente imaturas e curvas maiores que 50 graus nas esqueleticamente maduras. Foram avaliados os parâmetros radiográficos de correcção da curva (valor angular e rotação vertebral), presença de complicações. A Qualidade de vida foi avaliada pela aplicação do questionário SF-36 (Versão traduzida e validada para o Português no Brasil) e a disfunção devido a dor lombar foi avaliada com a aplicação do Questionário de Roland-Morris (Versão traduzida e validada para o Português no Brasil) acrescentando-se duas perguntas objectivas sobre a aparência estética e a satisfação com a cirurgia.

Resultados

O seguimento médio foi de 4 anos + 4 meses (2 anos - 4 anos + 7 meses). A correcção média das curvas no plano frontal foi de 31,12° (Correcção: 58,2%). No plano sagital observou-se a manutenção das curvas fisiológicas. Ocorreram cinco complicações (Saliência do implante em 3 pacientes, descompensação do tronco em uma cicatriz hipertrofica em uma). 93,6% realizariam novamente a cirurgia 95,7% estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com o resultado da cirurgia.

Discussão

O elevado índice de bons resultados quanto à estabilidade e poder de correcção do instrumental de 3ª geração já foi descritos por vários autores na literatura. A Qualidade de vida não foi alterada com o Tratamento cirúrgico da Escoliose Idiopática do Adolescente com método utilizado e a disfunção devida a presença de dor Lombar não apresentou grande diferença em relação a população saudável com as mesmas características.

Conclusões

O Instrumental de 3ª geração mostrou-se eficiente no tratamento da EIA e o impacto do tratamento cirúrgico por este método na Qualidade de Vida e na disfunção por Dor lombar necessita de mais tempo para avaliação.

TRATAMENTO DE LESÃO CARTILAGÍNEA COM A TÉCNICA PMM (PERFURAÇÕES, CÉLULAS MESENQUIMATOSAS, MEMBRANA)

Antônio Pascarella, Di Salvatore M.G., Latte C., Liguori L., Iannella G.

Introdução

Os autores referem a experiência deles após três anos de tratamento das lesões cartilagueas com uma técnica pessoal híbrida, já publicada no 2007 , que retoma os conceitos de Pridie modificando-os e juntando-os o emprego das células mesenquimais da medula óssea e uma membrana de colagénio de derivação animal .

Material e Métodos

Desde Abril 2006 até Abril 2008 foram tratados com a técnica objecto deste trabalho 21 doentes. A técnica prevê a execução de perfurações a nível do sítio da lesão condral e o emprego de uma membrana da colagénio enriquecida de sangue medular retirado in loco. Pode-se executar numa só intervenção cirúrgica com um primeiro tempo artroscópico que permite de avaliar e preparar a lesão e um segundo tempo que se realiza com um acesso artrotómico mini-open.

Resultados

Os resultados foram avaliados com o IKDC score e com o Ikeuchi score. Três vezes foi possível fazer um second-look para retirar amostras de cartilagem para o estudo histológico: todas mostraram a presença de condrócitos maduros e vitais.

Discussão e Conclusões

Os bons resultados com um follow-up mínimo de 12 meses e máximo de 34 meses são positivos e animadores. A técnica PMM é simples, reproduzível, pode-se executar numa só intervenção e é económica. O aprofundar-se maiormente no osso com as perfurações respeito ao que se pode com as microfracturas de Pridie permite-nos chegar na zona das lacunas ósseas maiores permitindo uma maior libertação de sangue medular com todos os seus componentes. Cobrir a lesão tratada com as perfurações com a membrana de colagenio protege a lesão da acção do líquido sinovial e não permite a dispersão na articula-

ção do sangue medular e dos seus componentes. Enriquecer a membrana e o sítio da lesão com o sangue medular e as suas células estaminais, factores de crescimento e os outros componentes permite a formação de um super-coágulo e acelera o procedimento de restabelecimento. Retirar as células mesenquimais in loco e durante a intervenção é com certeza menos invasivo e traumático para o doente.

NEUROPATIAS COMPRESSIVAS DO MEMBRO SUPERIOR DE ETIOLOGIA MENOS FREQUENTE – CASOS CLÍNICOS

Eurico Bandeira Rodrigues, Rui Duarte, Ricardo Maia, Filipe Rodrigues, Frederico Teixeira, Juvenália Ribeiro, Portugal

Introdução

As neuropatias compressivas são um grupo heterogéneo de lesões nervosas causadas pela compressão de um nervo ao atravessar um canal ou desfiladeiro anatómico, devido à inadequação entre o continente e o conteúdo deste, condicionando alterações da micro-circulação e, consequentemente, da função sensitivo-motora nervosa. Desde 1854, data em que Paget descreveu pela primeira vez a síndrome do canal cárpico, até aos nossos dias, em muito tem aumentado o nosso conhecimento acerca destas situações. São, no entanto, motivo de grande discussão as etiologias relacionadas exclusivamente com micro-traumatismos ou movimentos repetitivos.

Material e método

Avaliação clínica de 6 doentes e revisão teórica sobre o tema.

Resultados

Foram tratados 2 casos de síndrome do pronador; 1 caso de compressão do nervo interósseo posterior; 1 caso de neurite cubital por pseudartrose da epitroclea; 1 angioliomioma no canal de Guyon e 1 caso de compressão do mediano por lipoma volar do punho.

Discussão

Apesar da sua baixa prevalência, estas síndromes fazem parte do nosso quotidiano clínico, pelo que

é necessário um elevado grau de suspeição para a sua existência. O seu diagnóstico e topografia podem, na maioria dos casos, ser inferidos pela clínica. O estudo neurofisiológico deve servir apenas para confirmação da suspeita.

Conclusão

O sucesso das atitudes terapêuticas depende em grande medida da precocidade do seu reconhecimento e tratamento.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRACTURAS DIAFISÁRIAS E DA EXTREMIDADE DISTAL DO FÉMUR – EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Vasco Oliveira, Margarida Bettencourt, Mário Gonzalez, Fernando Pereira, Portugal

EPIFISIOLISE SUPERIOR DO FÉMUR – CASO CLÍNICO

Fernando Almeida, Praia, Cabo-Verde

ALONGAMENTO DO FÉMUR COM CAVILHA TELESCÓPICA ALBÍASIA

Manuel Guerra, Montemor-o-Novo, Portugal

ENCAVILHAMENTO RETRÓGRADO NAS FRACTURAS FEMORAIS

José Parra, Portugal

FRACTURAS PROXIMAIS DO FÉMUR – ANÁLISE DE 2 MÉTODOS DE TRATAMENTO

Gonçalo Viana, Pedro Emanuel, Fernando Xavier, Hermengarda Azevedo, Carlos Evangelista

Introdução

As fracturas da extremidade proximal do fémur são fracturas cada vez mais prevalentes na população idosa. Actualmente o tratamento cirúrgico é consensual. Existem dois métodos distintos de osteossíntese: cefalomedular e extramedular. Os implantes que utilizamos com mais frequência são a cavilha gamma3 e o Dynamic Hip Screw (DHS), que permitem uma compressão controlada do foco de fractura.



Objectivos

O objectivo primário deste estudo consiste em comparar a eficácia entre dois métodos de tratamento no período pós-operatório - DHS vs cavilha gamma3. Os objectivos secundários são a caracterização epidemiológica da população e a comparação da evolução dos 2 métodos de tratamento nos últimos 15 anos. Foram avaliados os tempos de internamento (total e pós-operatório), perdas sanguíneas (variação da hemoglobina pré e pós-operatória e unidades de concentrado eritrocitário transfundidas), duração da cirurgia, complicações associadas e reabilitação (levantar e início de treino de marcha).

Material

Foram incluídos neste estudo 51 doentes, num total de 52 fracturas. Nove eram do sexo masculino. Idade média foi de 82,1 anos (variando entre 40 e 94). Foram operadas 45 fracturas transtrocantéricas e 7 basicervicais, tendo sido efectuados 30 DHS e 22 encavilhamentos gamma.

Metodologia

Estudo retrospectivo com a selecção de 30 casos consecutivos operados com cavilha gamma3 e DHS, respectivamente, nos últimos 3 anos e 30 casos consecutivos operados há mais de 15 anos, pela mesma equipa cirúrgica.

Crítérios de inclusão

Fracturas transtrocantéricas e basicervicais, existência de registo no processo clínico dos parâmetros em avaliação, utilização de implante tipo DHS e gamma3.

Crítérios de exclusão

Fracturas subtrocantéricas, fracturas patológicas, osteossíntese com cavilha gamma3 longa e doentes sem potencial de marcha anterior à cirurgia.

Resultados

Verificou-se um tempo de internamento após a cirurgia de 15,3 dias com início de treino de marcha após 10,4 dias no método extramedular (DHS) e 12,1 dias de internamento com treino de marcha após 5,6 dias no método cefalomedular (gamma). Os tempos cirúrgicos mostraram também diferen-

ças estatisticamente significativas, sendo de 62 minutos para o DHS e 37 minutos para o encavilhamento gamma3. As perdas sanguíneas, nº de unidades transfundidas e complicações pós-operatórias foram sobreponíveis nos dois métodos.

Discussão

Os resultados apresentados representam uma mais-valia no tratamento de doentes idosos.

Conclusão

O encavilhamento gama é um método de tratamento mais rápido, que permite um início mais precoce do treino de marcha com uma consequente diminuição nos tempos de internamento.

APLICAÇÃO DE ALOENXERTOS EM TRAUMATOLOGIA

Rui Dias, Pedro Carvalhais e Ferreira Mendes, Coimbra, Portugal

SEQUELAS ÓSSEAS TARDIAS DE MENINGOCÓCCICA COM COAGULAÇÃO VASCULAR DISSEMINADA (CIVD) NA CRIANÇA

Manuel Leão, Deolindo Pessoa, Jorge F. Seabra, Coimbra, Portugal

PARALISIA CEREBRAL – EXPERIÊNCIA DO H.P.C. CENTRO DE PARALISIA CEREBRAL DE COIMBRA

Deolindo Pessoa, Coimbra, Portugal

PROJECTO DO TRATAMENTO DO PÉ BÔTO PELO MÉTODO DE PONSSETI

Jorge Seabra, Portugal

EXPERIÊNCIA DO MÉTODO DE PONSSETI NO HOSPITAL D. ESTEFÂNIA

Delfin Tavares, Portugal

TRATAMENTO DO PÉ BOTO PELO MÉTODO DE PONSSETI NO HOSPITAL DAVID BERNARDINO

Rui Manico e Adriano Oliveira, Angola

TRATAMENTO DO PÉ BOTO PELO MÉTODO DE PONSETI NO HOSPITAL BATISTA DE SOUSA

Tito Lívio, Cabo-Verde

O PÊNDULO ORTOPÉDICO – TÉCNICAS VÃO E VEM

Roberto Smith, Brasil

PLANEAMENTO E CONSTRUÇÃO DE UM HOSPITAL EM ANGOLA

Aloísio Leão, Coimbra, Portugal

COOPERAÇÃO ESTRATÉGICA EM SAÚDE NO ESPAÇO DA CPLP

Palma Rodrigues, Portugal

Reconhecidas estão, mas não completamente inventariadas e quantificadas, as assimetrias de desenvolvimento dos oito países integrantes do vasto espaço de partilha e uso da língua portuguesa, como meio privilegiado de comunicação.

Assimetrias que se reflectem no posicionamento relativo dessas sociedades na lista de 179 países ordenada de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano e publicada pela ONU em 2008 (Portugal - 339, Brasil - 709, Cabo Verde - 118°, São Tomé e Príncipe - 128°, Angola -157°, Timor - 1589, Guiné - 1719, Moçambique -1759).

A comunidade mundial, através das suas instituições de âmbito nacional, regional ou internacional tem definido objectivos e metas para o desenvolvimento dos países de mais baixo IDH, que pretende atingir pelo incremento da cooperação bilateral e multilateral, ou, preferencialmente em parceria bi-multi.

Em Setembro de 2000, na Cimeira do Milénio da ONU, foi aprovada por 189 nações e assinada por 147, a Declaração do Milénio da qual decorreu a definição dos oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio a atingir em 2015.

Depois, em Julho de 2006, na VI Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP que se realizou em Bissau foi feita pelos Estados membros a "Declaração sobre os ODM: Desafios e Contribuições da CPLP" e enfatizado o interesse em estabelecer como prioritários os ODM referentes à saúde, concretamente a redução da mortalidade infantil; a melhoria do acesso à saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna; o combate ao HIV/SIDA, malária, tuberculose e outras doenças infecciosas endémicas.

Mais tarde, em Abril de 2008, na I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP que teve lugar na cidade da Praia em Cabo Verde, recordando a Declaração de Bissau, os Ministros aprovaram a Resolução sobre a Elaboração do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP).

Muito recentemente, em Setembro de 2008, na Reunião Extraordinária de Ministros da Saúde da CPLP realizada no Rio de Janeiro, foi considerado o carácter inovador do PECS/CPLP, enquanto primeiro instrumento sectorial de cooperação no seio da Comunidade e foi aprovado o "Documento Base do PECS/CPLP" onde ficaram definidas as directrizes orientadoras, os eixos estratégicos, as áreas e projectos prioritários, as estruturas de operacionalização do Plano até 2012, bem como os aspectos processuais e de mobilização de recursos para a sua concretização.

O primeiro dos sete Eixos Estratégicos do PECS/CPLP refere-se à Formação e Desenvolvimento da Força de Trabalho em Saúde, a concretizar em cinco objectivos, sendo um deles o fortalecimento da capacidade de formação em nível de pós-graduação e ampliação do quadro de pós-graduados em saúde, que passa pela concretização de projectos estruturantes como sejam a criação da Escola Nacional de Saúde Pública em Angola e o estabelecimento do Centro de Pós-Graduações Médicas em Cabo Verde, ambos de âmbito comunitário (CPLP) e cuja execução está em curso.

Neste quadro tão amplo são imensas as possibilidades de colaboração da SOLP e dos ortope-



Posters

P1.- EPIDEMIOLOGIA DAS FRACTURAS PROXIMAIS DO FEMUR NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO HOSPITAL S. TEOTÓNIO, VISEU

José Fonseca Gomes, Francisco Agostinho, David Pereira, Carlos Ermida Rebelo. Portugal

Introdução

As FEPP causam grande morbilidade e mortalidade e envolvem custo elevado, sendo reconhecidas como um problema de saúde pública. A sua incidência varia amplamente entre vários países e mesmo entre cidades de uma mesma região. O objectivo do estudo foi caracterizar a população com FEPP na área de abrangência do Hospital de S. Teotónio, EPE.

Material

Foram identificados retrospectivamente todos os casos de FEPP, tratados no Hospital de S. Teotónio, EPE no período entre 1 de Janeiro de 1998 e 31 de Dezembro de 2007.

Concomitantemente foram levantados os dados populacionais dos Censos 2001, referentes à população em estudo.

Métodos: Os dados colhidos dos registos clínicos foram agrupados segundo sexo, idade, freguesia, concelho, mês e ano de fractura, bem como a residência em lar de terceira idade, sendo relacionados com os dados populacionais em estudo, segundo cada faixa etária.

Resultados

2608 doentes com morada na área de abrangência do Hospital foram assistidos no período considerado, num intervalo de idade entre 2 e 102 anos. A taxa anual foi de 8,9/10 mil habitantes, verificando-se um aumento exponencial com a idade, sobretudo a partir dos 50 anos. Entre concelhos, a taxa de incidência variou entre 6,5 e 17,8/10 000 habitantes/ano. A idade média foi de 79 anos (80 no sexo feminino e 74 no sexo masculino), moda 83 e mediana 81 anos. O ratio mulheres/homens foi de 3:1. 15% habitavam em instituições de terceira idade.

Verificou-se um aumento ligeiro de incidência ao

longo dos anos em estudo, com maior ocorrência durante os meses de Inverno

Discussão

As FEPP, podendo atingir qualquer idade, têm predominância num grupo etário específico, com forte incidência no sexo feminino.

A nível da área de influência do Hospital de São Teotónio, EPE, trata-se de uma região predominantemente rural, com alguns nichos urbanos, não se verificando prevalência significativa por qualquer uma delas.

Conclusão

A caracterização epidemiológica das FEPP assume importância fulcral na identificação dos doentes em risco, podendo desta forma contribuir para identificar as causas e estabelecer formas de prevenção.

P2.-ESFACELO DO MEMBRO INFERIOR (CASO CLÍNICO)

José Fonseca Gomes, David Pereira, Carlos Ermida Rebelo, Luis Francisco Pinheiro, Manuel Sousa, Portugal

Introdução

A crescente violência de acidentes de trabalho/viagem provocam lesões traumáticas cada vez mais complexas e desafiantes em termos terapêuticos, necessitando a cooperação de equipas multidisciplinares.

Material

Neste trabalho, os autores descrevem o caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, 44 anos de idade, vítima de acidente de trabalho, de que resultou fractura exposta, grau IIIC de Gustillo, do 1/3 distal da diáfise do fémur (AO 32A3) e fractura exposta grau IIIB do 1/3 distal da diáfise dos ossos da perna esquerdos (AO 42A3.2), provocada por um mecanismo de esmagamento com uma retroescavadora, com secção dos vasos femorais e esfacelo grave dos tecidos moles.

Métodos

A pronta eficácia da equipa de socorro fez a clampagem da artéria femoral no local do acidente, permitindo o transporte ao Hospital.

À chegada ao Serviço de Urgência, uma abordagem multidisciplinar entre Cirurgião Geral (com vasta experiência em Cirurgia Vascular) e Ortopedia levou a cabo a tarefa de reconstrução do membro. Numa fase inicial, foi feita revascularização provisória com tubos de silicone, de forma a permitir osteotaxia de fractura do fémur e da tíbia. A revascularização definitiva foi realizada logo em seguida, com interposição de veia safena autóloga.

Seguiu-se internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, sob ventilação assistida.

Resultados

Houve necessidade de outras 4 idas ao bloco operatório para limpeza cirúrgica de tecidos necrosados e pensos, permitindo a posterior colocação de enxertos cutâneos livres em rede, da coxa contralateral, por parte da Cirurgia Plástica.

Um mês depois, foi feito tratamento ortopédico definitivo, retirando-se a osteotaxia e feito encavilhamento do fémur e da tíbia.

Aos 2 meses seguiu tratamento de reabilitação na Companhia de Seguros.

Discussão

O doente mantém-se em tratamentos de reabilitação funcional do membro. As fracturas mostram evolução favorável para a consolidação.

Conclusão

Apenas uma abordagem multidisciplinar e de cooperação mútua no apoio ao politraumatizado permitiu, neste caso, como em muitos outros, o sucesso terapêutico, evitando-se a solução que à partida podia parecer inevitável, que era a amputação do membro.

P3.-FRACTURA DO COLO DO FEMUR NA CRIANÇA – A PROPÓSITO DE UM CASO

David Ribeiro Pereira, Serafim Pinho, Fátima Monteiro, Luís Rodrigues, Miguel Varzielas.
Portugal

Objectivo

Ver a fisiopatologia e abordagem do doente com fractura proximal do fémur na criança

Introdução

As fracturas da cabeça e colo do fémur na criança são extremamente raras nas crianças, representando menos de 1% de todas as fracturas pediátricas. Nas crianças, o tipo de fractura é diferente daquela que conhecemos dos adultos, sendo inclusivamente classificadas de forma distinta (classificação de Delbet). Assim, em relação aos adultos, pode produzir-se uma separação transfisária devido à debilidade da fise proximal femoral, enquanto as fracturas transcervicais e cervicotrocantéricas apresentam um risco extremamente alto de desenvolverem uma necrose avascular e uma coxa vara. As fracturas intertrocantéricas são mecanicamente similares em ambos os grupos, se bem que nas crianças, a lesão da apófise do grande trocanter pode ocasionar um encerramento precoce da fise e consequentemente uma coxa valga.

Material

Os autores apresentam um caso clínico de doente de 9 anos, vítima de acidente de bicicleta com traumatismo directo da anca direita. O estudo imagiológico revelou uma fractura cervicotrocantérica.

Métodos

Foram realizados história clínica, exame objectivo, estudo analítico e imagiológico. Foi realizado planeamento pré-operatório e tratamento cirúrgico com redução e osteossíntese com placa DMS.

Resultados

O doente não apresentou complicações pós-cirurgia. O estudo radiográfico mostrou um restabelecimento da anatomia local. Ao fim de 2 meses de follow-up realiza actividades físicas sem limitações, com mobilidades articulares normais.

Discussão

Ainda que expectável a consolidação dessas fracturas nas crianças, a sua importância radica na sua expressão estatística rara e na frequente



severidade das complicações como o NAV, a coxa vara, o encerramento precoce das fises, a dismetria dos membros e ocasionalmente a pseudartrose. A OST deve atender a algumas premissas de forma a otimizar o out-come e minorar a frequência das complicações.

Conclusão

A fractura proximal do fémur na criança apresenta-se como uma entidade rara, distinta da do adulto e subsidiária de uma abordagem e tratamento próprio. O caso apresentado retrata uma dessas raras ocorrências, com um resultado a curto e médio prazo muito bom.

P4.-CORRECÇÃO CONSEGUIDA COM UM NOVO SISTEMA DE FIXAÇÃO SEGMENTAR - ANÁLISE DE 29 ESCOLIOSES TRATADAS UTILIZANDO U CLAMP

Manuel Leão, Tah Pu Ling, Mário Conceição, Jorge F. Seabra. Portugal

P5.-FRACTURA SUBCAPITAL EM INDIVÍDUO JOVEM – CASO CLÍNICO

Miguel Varzielas, José Gomes, Luis Rodrigues, David Pereira, Iker Sierra-Martinez. Portugal

Introdução

As fracturas do colo do fémur, juntamente com as do maciço trocântérico, constituem a causa mais frequente de internamento nos serviços de traumatologia. A incidência em pacientes jovens é muito baixa e é geralmente associada a traumatismos de alta energia.

As fracturas de stress, ocorrem num osso sujeito a microtraumatismos repetidos, cuja capacidade de reparação é excedida. São mais frequente em indivíduos que fazem treino aeróbio (soldados, atletas e longas distâncias, jovens atletas amadoras, indivíduos com osteoporose marcada).

Material e métodos

É apresentado neste trabalho um caso clínico de um doente, de 40 anos, que recorre ao Serviço de Urgência por dor súbita na anca direita, ao sair de viatura ligeira que conduzia, seguida de queda por impotência funcional. Antecedentes de dor

em ambas as ancas, com 4 meses de evolução. Caminha com bengalas canadianas há 15 dias por agravamento da dor na anca direita, estando de baixa médica desde essa altura.

Apresentava fractura subcapital, em varo bilateral com sinais de esclerose no foco (fractura não recente?) AO – 31 B3.2. O caso é documentado radiograficamente à entrada e durante as consultas de seguimento ao longo de dois anos e meio.

Resultados

Foi submetido a artroplastia total com prótese de grandes diâmetros à direita e redução e fixação com 3 parafusos canulados com anilha à esquerda.

Discussão e conclusão

Aos dois anos de seguimento apresentou necrose da cabeça femoral esquerda, tendo sido submetido artroplastia total da anca esquerda com prótese de grandes diâmetros.

Nesta situação clínica foi tentada a osteossíntese do colo do fémur esquerdo por se tratar de um indivíduo jovem submetido a artroplastia total da anca contra-lateral.

P6.-FRACTURA LUXAÇÃO DO ASTRÁGALO – CASO CLÍNICO

Rui Duarte, Eurico Bandeira Rodrigues, Luis Filipe Rodrigues, Ricardo Maia, Nuno Tavares. Portugal

Introdução

As fracturas do astrágalo são epidemiologicamente raras. Resultam habitualmente de traumatismos de alta energia, associadas por vezes a luxação, condicionando risco elevado de lesão de partes moles.

Devido ao facto de cerca de 60% do astrágalo ser revestido por superfície articular, o seu suprimento sanguíneo é feito essencialmente à custa de vasos sanguíneos da cápsula e dos ligamentos, tornando este osso muito vulnerável à necrose avascular.

As fracturas do colo, são classificadas pela classificação de Hawkins e para avaliação do resultado funcional é utilizada a escala AOFAS.

Material

Os autores descrevem o caso de um doente do sexo masculino de 46 anos de idade, que sofreu um acidente desportivo do qual resultou um traumatismo do tornozelo direito.

Na avaliação do SU, observou-se a presença de fractura-luxação do colo do astrágalo, Grau II de Hawkins.

Métodos

O doente foi submetido a intervenção cirúrgica sob anestesia geral, tendo sido realizada redução cirúrgica e osteossíntese com dois parafusos canulados. Aplicou-se uma tala gessada podálica. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo tido alta ao 15º dia de internamento. Retirou-se tala gessada às 5 semanas, tendo iniciado programa de reabilitação, realizando carga total às 10 semanas de pós-operatório.

Resultados: Trinta meses após a fractura-luxação o doente realiza marcha não claudicante e indolor, apresentando segundo a escala funcional AOFAS, um score de 80.

Radiologicamente, observam-se sinais de osteoartrose da articulação tibiotársica, não se podendo no entanto excluir a presença de osteonecrose do astrágalo.

Discussão

As fracturas associadas a luxação do astrágalo, são lesões graves e com elevada probabilidade de complicações, nomeadamente artrose pós-traumática do tornozelo. A redução e a realização precoce de osteossíntese visou restabelecer a correcta posição anatómica das estruturas de forma a não agravar as lesões de partes moles. O resultado clínico é bom, embora o resultado imagiológico possa antever uma evolução para osteoartrose da articulação tibio-társica.

Conclusões

A intervenção cirúrgica precoce é premente pois ao permitir a estabilidade anatómica das estruturas, poderá reduzir a probabilidade do surgimento de complicações a longo prazo.

P7.-PARÉSIA POR HERPES ZOSTER – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

David Ribeiro Pereira, Serafim Pinho, Fátima Monteiro, Luis Rodrigues, Miguel Varzielas. Portugal

Introdução

Herpes zoster, ou Zona, é uma erupção vesicular comum, consequente à reactivação do Vírus latente da Varicela. A sintomatologia típica consiste num "rash" cutâneo doloroso com distribuição por 1 ou vários dermatomas. A neuralgia pós-herpética, meningoencefalite, arterite craniana e parésia segmentar constituem outras apresentações clínicas.

Material

Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 65 anos, com psoríase, em consulta de Ortopedia pós-artroplastia total da anca, que em consulta de follow-up refere dor cervical irradiada para o membro superior direito, associada a parastésias e hipotonia. Menciona episódio de Zona cerca de 1 mês antes. Apresenta défice funcional e atrofia muscular do Deltóide direito.

Métodos

Foram realizados história clínica, exame objectivo, estudo analítico, imagiológico (RMN) e EMG. Foi pedido colaboração às especialidades de MFR e Consulta da dor. Fisioterapia, analgesia e AINE.

Resultados

Os estudos complementares indicaram uma parésia segmentar e neuralgia pós-herpética, com alterações de tipo neurogêneo severo a nível dos grupos musculares dependentes dos miótomos de C5/C6 e C7/C8/T1.

Discussão

O envolvimento motor no Herpes Zóster é um evento raro (0,5 a 5%). A parésia segmentar do Zóster é rara e usualmente afecta preferencialmente os membros superiores.

O intervalo entre o "rash" cutâneo e fraqueza muscular varia, ocorrendo usualmente alguns dias após o "rash". O envolvimento motor segue normalmente a distribuição da erupção cutânea. A patogenia exacta da parésia muscular secundária a Herpes Zóster permanece incerta.



O prognóstico a longo termo da parésia por herpes zóster é bom, com recuperação funcional completa ou quase completa em cerca de 2/3 dos pacientes. O tempo de recuperação é usualmente entre 1 a 2 anos. O tratamento para parésia segmentar inclui analgesia, protecção para os músculos hipotónicos, exercícios de manutenção da amplitude de movimentos e tonificação muscular.

Conclusão

Apesar de raro, a parésia por zóster deve constituir um diagnóstico diferencial de fraqueza muscular unilateral, especialmente nos membros superiores. O diagnóstico de parésia por zóster pode ser realizado quando o "rash" cutâneo típico aparece.

Estudos complementares são necessários para determinar se o tratamento antiviral pode limitar a extensão do deficit motor e acelerar a recuperação.

P8.-PROCEDIMENTO DE KLISIC NO TRATAMENTO DE LCA DIAGNOSTICADA TARDIAMENTE

Eurico Bandeira Rodrigues, Rui Duarte, Catarina Alves, Ricardo Maia, Filipe Rodrigues, Aaron Hills. Portugal

Introdução

Graças a uma maior consciencialização e ao rastreio perinatal sistemático, a doença do desenvolvimento da anca tem sido diagnosticada mais precocemente, afectando grandemente o resultado do seu tratamento. Todavia, ainda surgem alguns casos de diagnóstico tardio. Isto está ligado a um prognóstico mais sombrio para a articulação. O tratamento conservador já não é, nestes casos, uma opção.

Material

Os autores apresentam o caso de uma criança com LCA diagnosticada aos 5 anos de idade.

Métodos

Revisão clínica e radiológica de uma criança, com seguimento de 3 anos. Submetida a osteotomia de encurtamento, desrotação e varização femoral

(procedimento de Klisic). Articulação estabilizada por transfixação e por espica gessada, por 12 semanas.

Resultados

Após 3 anos, a criança apresenta uma articulação estável, com remodelação acetabular secundária. Tem mobilidades normais e faz todas as actividades sem dificuldades.

Membros com dismetria de 1 cm.

Discussão

Apesar do mau prognóstico associado a um diagnóstico tardio, impõe-se uma atitude cirúrgica agressiva de modo a tentar salvar o futuro da articulação e trazer melhor qualidade de vida ao doente.

Conclusão

O diagnóstico e tratamento precoces continuam a ser a melhor probabilidade de êxito no tratamento desta afecção.

P9.- PSEUDARTROSE INFECTADA DO FÉMUR - ALONGAMENTO PELA TÉCNICA DE TRANSPORTE ÓSSEO SEGMENTAR

Renato Neves, Benjamim Rodrigues, João Cabral, Vasco Rodrigues, Afonso Ruano. Portugal

Introdução

O tratamento das pseudartroses infectadas dos ossos longos, pela sua complexidade, constitui um desafio para o ortopedista. No fémur, associam-se frequentemente a traumatismos de grande intensidade, múltiplas cirurgias, perda óssea, rigidez articular, osteopenia por desuso, distrofias, assim como deformidades e encurtamento do membro. O objectivo do tratamento é não só erradicar a infecção e obter a consolidação da fractura, como também restituir o alinhamento e a função do membro. O controlo da infecção obriga frequentemente a uma ressecção cirúrgica alargada, com desbridamento, sequestrectomia e lavagem, da qual resulta um defeito ósseo por vezes extenso. Para a reparação dos defeitos ósseos do fémur pode recorrer-se a enxerto cortico-esponjoso autólogo, enxerto ósseo vascularizado, enxerto não vascularizado do perónio ou à osteogénese por

distracção (por intermédio de fixadores externos). Com este trabalho os autores propõem-se avaliar, de forma retrospectiva, os resultados do tratamento de 4 pacientes com pseudartrose infectada do fémur, pela técnica de transporte ósseo segmentar (com fixador externo Orthofix®).

Materiais e métodos

São revistos os casos de 4 doentes, descritas as complicações decorrentes do tratamento, assim como os resultados obtidos e as limitações funcionais associadas.

Resultados

Os doentes tiveram um follow-up médio de 45 meses, tendo o fixador externo sido usado em média durante 83 dias. Registaram-se 3 complicações durante o tratamento: 2 casos de consolidação antes do alongamento pretendido e 1 caso de recidiva da infecção. A evolução foi favorável em 3 casos, obtendo-se consolidação óssea associada a um alongamento médio de 6,3 cm. Os resultados funcionais foram encorajadores, tendo os doentes retomado as suas actividades habituais sem queixas dolorosas, excepto o caso que manteve a infecção. Verificou-se no entanto persistência da claudicação (2 casos) e rigidez tibio-társica (1 caso), que recuperou após fisioterapia. O grau de satisfação dos doentes foi muito bom (1 caso), bom (2 casos) e mau (1 caso).

Discussão

O uso do fixador externo tipo Orthofix® tem sido a nossa opção nos casos de infecção associada a defeitos ósseos extensos. Embora mecanicamente menos resistente do que o sistema de Ilizarov e se associe a maior incidência de osteopenia por desuso e novas fracturas, os resultados obtidos neste estudo apoiam a sua utilização no tratamento das pseudartroses infectadas do fémur.

Conclusão

A técnica de transporte ósseo segmentar com Orthofix® é eficaz e constitui um método de recurso válido, principalmente nos casos que resultem num defeito ósseo alargado, não passível de ser corrigido com enxerto ósseo autólogo. Os principais obstáculos a este tipo de tratamento são a sua duração, natureza do tratamento, assim

como as dificuldades e complicações associadas ao uso prolongado do fixador externo, pelo que a estratégia terapêutica deve ser previamente discutida com o doente, que deve mostrar-se motivado e cooperante relativamente ao tratamento proposto.



Informações Gerais

INSCRIÇÃO

Valor único de € 50 por participante.

ACESSO ÀS SALAS DE REUNIÃO

Só é permitido aos participantes devidamente inscritos no Congresso e portadores do respectivo crachá identificativo, pelo que o seu uso é obrigatório.

CERTIFICADOS DE PRESENÇA

São distribuídos juntamente com toda a documentação a entregar no início do Congresso.

CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO CIENTÍFICA

Os certificados de apresentação e de moderação de conferências serão distribuídos com toda a documentação a entregar no início do Congresso. Outros certificados deverão ser pedidos por e-mail, após o Congresso para solp.geral@gmail.com

SESSÕES CIENTÍFICAS

Os tempos das palestras deverão ser criteriosamente cumpridos.

ENTREGA DE MEIOS AUDIOVISUAIS

Todo o material informático de apoio à apresentação deverá ser entregue e testado na sala de apoio audiovisual (Slide Desk), na véspera ou na manhã, se a apresentação for durante a tarde.

ALMOÇOS DE TRABALHO

Quarta-Feira – 29 de Abril – 13.00 – 15.00 – Mindelhotel

Quinta-feira – 30 de Abril – 13.00 – 15.00 – Mindelhotel

Preço para acompanhantes: € 12,00 / PAX

INTERVALOS PARA CAFÉ

Quarta-Feira - 29 de Abril - 11.00-11.30 e 16.35-17.00

Quinta-Feira - 30 de Abril - 10.30-11.00 e 16.30-17.00

JANTAR DO CONGRESSO

Quarta-feira – 29 de Abril às 21.00 – Hotel Porto Grande

SLIDE DESK

O slide desk funcionará
28 de Abril das 14.00-17.00
29 de Abril das 08.00-18.00
30 de Abril das 08.00-18.00

BALCÃO DE CHECK-IN / SECRETARIADO

O balcão de check-in estará a funcionar no R/C do edifício da Sede da Associação Comercial, Industrial e Agrícola do Barlavento
28 de Abril- 14.00 – 17.00
29 de Abril- 08.00 – 18.00
30 de Abril- 08.00 – 18.00

EXPOSIÇÃO

A exposição de Material Cirúrgico e da Industria Farmacêutica está localizada no 3º Piso da Sede da Associação Comercial e Industrial de Barlavento

A Inscrição no Congresso inclui:

- Pasta e toda a documentação do Congresso
- Participação nas Sessões Científicas
- Entrada no recinto da Exposição Técnica
- Almoço de trabalho
- Coffee-breaks nos dias 29 e 30 de Abril
- Jantar do Congresso dia 29 de Abril
- Crachá
- Certificado de Presença
- Certificado de Apresentação de conferências (se aplicável)

Fotógrafo oficial do Congresso - Djibla

Reportagem fotográfica completa do evento em CD - € 15.00

Patrocinadores

