

S  **LP** 2017



10º Aniversário da SOLP

**Programa Científico Preliminar do
7º Congresso da SOLP**

27-28 de Outubro de 2017

**Centro de Congressos do Convento de S. Francisco
Coimbra**

Sexta-Feira, 27 de Outubro de 2017
Sala D

10.00-12.00

Sessão de Comunicações Livres

Moderadores:

10.00-10.10 - Epifisiólise proximal do fémur: Fixação in situ e Osteotomia de Southwick

Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Tito Lívio Ramos Rodrigues, Emanuel Gonçalves Borges, Carlos Reyes Torres
(Hospital Dr. Baptista de Sousa, Mindelo, Cabo Verde)

10.10-10.20 - Lesão vertebro-medular - 12 anos de cooperação com países africanos de língua oficial portuguesa

José Caldeira, Dalila Forte, Nuno Mendonça, Noronha de Andrade
(Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE - Unidade Vertebro-Medular, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE)

10.20-10.30 Cirurgia de coluna: É possível!

Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Tito Lívio Ramos Rodrigues, Emanuel Gonçalves Borges, Carlos Reyes Torres
(Hospital Dr. Baptista de Sousa, Mindelo, Cabo Verde)

10.30-10.40 Espondilodiscite: casuística e tratamento cirúrgico

Afonso Cardoso, Ana Marta Coelho, Luís Barbosa, Filipe Medeiros, João Correia, Hélder Maurício, Álvaro Lima
(Hospital Beatriz Ângelo, Loures)

10.40-10.50 Fraturas da coluna dorso-lombar: Avaliação entre fixação transpedicular com parafusos e sistema de manipulação com cravos de Schanz

Rita Sapage, António Lemos Lopes, Marta Maio, Pedro Teixeira Mota, Carlos Branco, Pedro Teixeira Gomes
(Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

10.50-11.00 Artrite séptica por brucella: um gente atípico com comportamento atípico

Susana Pinto, Ana Façanha, Carolina Tiago Afonso, Miguel Pinto De Freitas, Nuno Pais, Daniel Ramos-Pires, Afonso Ruano
(Unidade Local de Saúde do Nordeste, Macedo de Cavaleiros)

11.00-11.10 Artroplastia invertida do ombro no tratamento de fraturas proximais do úmero complexas

Francisco Serra Alves, João Ricardo Pedro, Dr Jorge Arvela, Dr Marco Sarmiento, Dr Samuel Martins
(Centro Hospitalar Lisboa Norte)

11.10-11.20 Artroplastias do ombro em fraturas proximais do úmero - resultados dos primeiros quatro anos

Carolina Afonso, Ana Façanha, Susana Pinto, Miguel Freitas, Nuno Pais, Daniel Ramos, Afonso Ruano
(ULSNE, Macedo De Cavaleiros)

11.20-11.30 Raquitismo: Constrangimentos e desafios

Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Tito Lívio Ramos Rodrigues, Emanuel Gonçalves Borges, Carlos Reyes Torres
(Hospital Dr. Baptista de Sousa, Mindelo, Cabo Verde)

11.30-11.40 Resultado da fixação externa retalho muscular enxertia de pele no tratamento das complicações de fraturas exposta de tibia e peroneo 6 casos clinicos

Ernesto David Lopez Ramos, Fernando Almeida, Karl Rabichit
(Hospital Central Dr Agostinho Neto Praia Cabo Verde)

11.40-11.50 Tratamento do Pé Boto pelo Método de Ponseti

Ernesto David Lopez Ramos
(Hospital Central Dr Agostinho Neto Praia Cabo Verde)

11.50-12.00 Tratamento do pé equino-varo idiopático- Experiência de um hospital

Mónica M. Vasconcelos, Ana Sofia Neves, Carolina Escalda
(Hospital Ortopédico Sant´lago do Outão, Hospital Garcia de Orta)

12.00-12.30

**Sessão de Abertura do 7º Congresso da SOLP
Sessão Comemorativa do 10º Aniversário da SOLP**

12.30-14.00

Assembleia Geral da SOLP

16.30-19.00

Conferências e Comunicações Livres

16.30-16.50

Como ser ortopedista com menos recursos. É possível?
Osvandré Lech (Brasil)

16.50-17.10	Ortopedia em S. Tomé e Príncipe – Fundação Valle-Flôr – Experiência de Cooperação Francisco Flores (Portugal)
17.10-17.30	Drepanocitose no contexto ortopédico em Angola Sandra Pereira (Angola)
17.30-17.50	Campanha do pé boto – Experiência Africana Jorge Seabra (Portugal)
17.50-18.10	O percurso e os desafios da SOLP Tito Lívio Rodrigues (Cabo Verde)
18.10-18.30	Conferência Francisco Cândido (Moçambique)
18.30-18.50	O Projeto Nacional dos Pés Botos em Moçambique Matthias Schmauch (Moçambique)
18.50-19.00	O impacto da referência na recuperação funcional e satisfação dos doentes submetidos a artroplastia total do joelho <i>Rita Sapage, António Lemos Lopes, Marta Maio, Pedro Teixeira Mota, Carlos Branco, Manuel Coxo</i> (Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Sábado, 28 de Outubro de 2017
Sala A

10.00-11.20

Conferências

Moderadores:

- 10.00-10.20 Trauma raquimedular. Realidade de Angola
Fernando Dias dos Santos (Angola)
- 10.20-10.40 Pé Boto. Realidade de Angola
Guilhermino Joaquim (Angola)
- 10.40-11.00 Artroplastia em doentes drepanocíticos
Jeremias Ernesto (Angola)
- 11.00-11.20 Conferência
Fernando Almeida (Cabo Verde)

11.20-12.30

Discussão de Casos Clínicos

Moderadores:

- 11.20-11.30 - **Deverá ser realizada artroplastia total da anca bilateral em doentes com espondilose anquilosante? A propósito de um caso clínico**
Rafael Portela, Renato Ramos, Miguel Frias, André Sarmento, Rui Lemos
(Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho)
- 11.30-11.40 -**Fratura do colo de fémur na grávida: que armas terapêuticas?**
João Pedro Gouveia Nóbrega, Tiago Oliveira, João Sampaio, Jorge Sena, Tiago Sol
(Hospital Espírito Santo de Évora)
- 11.40-11.50 - **Osteotomia de suporte pélvico no tratamento da anca catastrófica - caso clínico**
Marco Pato, Francisco Sant'Anna, Susana Ramos, Joana Ovídio, Nuno Mendonça
(Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central)
- 11.50-12.00 - **Dor anterior após artroplastia total do joelho: será a substituição da rótula um fator determinante?**

*Marta Maio, António Lemos Lopes, Pedro Teixeira Mota, Rita Sapage,
Carlos Branco, Carlos Cerca*
(Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro)

12.00-12.10 - Síndrome de fenton - a propósito de um caso clínico
*Jaime Babulal, Pedro Martins Branco, Rita Santos, Rui Faustino, Francisco
Infante, Luis Tomaz*
(Hospital Distrital de Santarém)

**12.10-12.20 - Uso de artroscopia do punho e parafusos hcs no
tratamento de uma fratura intra-articular do rádio distal, a propósito de
um caso clínico.**
*Diogo de Sousa Gaspar, João Protásio, Ricardo Ferreira, David Pinto,
Tiago Coelho, Jean Fallah, Francisco Mercier*
(Hospital Garcia de Orta)

12.20-12.30 - Epifisiólise exposta da falange do hallux - caso clínico
Marco Pato, Joana Ovídio, Nuno Mendonça, José Caldeira, Andreia Nunes
(Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central)

Resumos das Comunicações Livres

Epifisiólise proximal do fêmur: Fixação in situ e Osteotomia de Southwick

Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Tito Lívio Ramos Rodrigues, Emanuel Gonçalves Borges, Carlos Reyes Torres
(Hospital Dr. Baptista de Sousa, Mindelo, Cabo Verde)

Introdução: A epifisiólise com um parafuso canulado “in situ” tem sido relatada na literatura como o tratamento de escolha para a epifisiólise proximal do fêmur com deslizamento leve e moderado, com bons resultados a longo prazo, inclusive em escorregamentos graves, devido ao grande potencial de remodelação da articulação da anca. Nos deslizamentos moderados a graves a remodelação femoral não seria suficiente para restabelecer a biomecânica normal da articulação, evitar o surgimento precoce da osteoartrose e a osteotomias femorais correctivas são os métodos de escolha. As indicações destas osteotomias são ainda motivos de controvérsias na

literatura, devido ao grande número de complicações relatadas. As osteotomias intracapsulares são as que melhor realinham a epífise femoral, porque as correcções são feitas na topografia do próprio deslizamento, porém com alto risco de evolução para necrose avascular da cabeça femoral. Atendendo a diminuir estes riscos, as osteotomias extracapsulares podem reduzir as taxas de necrose, no entanto mais limitadas em relação ao grau de correcção e produzem deformidades secundárias que poderão dificultar futuras cirurgias reconstrutivas.

Objectivos: Mostrar o nosso método de escolha de tratamento, resultados obtidos no tratamento da epifisiólise proximal do fêmur com epifisiólise “in situ” e osteotomia de Southwick.

Métodos: Estudo retrospectivo no qual foram analisados 15 processos clínicos dos doentes operados, entre Dezembro de 2011 e Setembro de 2017. Avaliação dos resultados funcionais dessas técnicas, as complicações e o grau de satisfação dos pacientes.

Resultados: Seguimento 15 casos, na faixa etária entre 10 e 16 anos, sendo 18 ancas submetidas ao tratamento cirúrgico (epifisiólise) pela técnica de fixação percutânea “in situ” com 1 parafuso canulado 7,0 mm e 1 paciente feito no mesmo tempo cirúrgico fixação in situ associado a osteotomia de Southwick. A bilateralidade foi encontrada em 03 casos.

Conclusão: Trata-se de uma entidade, em que a maioria das vezes no atendimento inicial passa despercebida ou é confundida com outras patologias e não se faz o diagnóstico. Sendo o tratamento precoce é de vital importância para prevenir as sequelas.

Lesão vertebro-medular - 12 anos de cooperação com países africanos de língua oficial portuguesa

José Caldeira, Dalila Forte, Nuno Mendonça, Noronha de Andrade

(entro Hospitalar de Lisboa Central EPE - Unidade Vertebro-Medular, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE)

Introdução: Portugal tem com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) protocolos de cooperação na assistência médica. O acesso a serviços de saúde especializados no tratamento agudo e reabilitação influencia o prognóstico funcional, qualidade de vida, taxas de complicações e sobrevida dos doentes com traumatismo vértebro-medular.

Com este trabalho pretende-se rever a experiência do serviço na cooperação com os PALOP no tratamento de patologia vertebro medular traumática.

Material: Doentes internados no serviço evacuados de PALOP por patologia traumática da coluna vertebral entre os anos de 2004 e 2016

Métodos: Estudo retrospectivo descritivo. Pesquisa da base de dados do serviço e arquivo clínico hospitalar. Tratamento de dados com software Microsoft Excel 2016 e IBM SPSS-PASW.

Resultados: Amostra final 73 doentes, com uma idade média 33,62 (DP 10,939), 90,4% do sexo masculino. Quanto ao país de origem, 75,3% eram provenientes de Cabo Verde, 19,2% de São Tomé e Príncipe e 5,5% da Guiné-Bissau. Os principais mecanismos lesionais foram a queda em altura (30,1%), queda (30,1%), acidente de viação

(19,2%). O tempo médio decorrido entre o acidente e admissão no nosso serviço foi de 72,88 dias (DP 93,153). Fractura luxação cervical (39,7%) foi o principal diagnóstico identificado, seguido de fractura cervical (20,5%) e fractura toraco-lombar (20,5%). À entrada, 24,7% dos doentes apresentava um ASIA score A, 19,2% ASIA E. Constatou-se a presença de úlceras à entrada em 28,8% dos doentes e destes 87,5% (18 doentes) necessitaram de tratamento cirúrgico pela Cirurgia Plástica para a sua resolução. De todos os doentes internados, 79,5% foram sujeitos a cirurgia de descompressão e/ou estabilização vertebro-medular. Verificou-se uma média de 6 doentes internados/ano, com um tempo de internamento médio de 80,15 dias (DP 133,83).

Discussão:

O predomínio de adultos jovens do sexo masculino e de uma grande frequência do quadro neurológico ASIA A vai de encontro ao encontrado na literatura consultada. Os acidentes de viação estão identificados como causa mais frequente em estudos de populações africanas, mas na nossa série a queda de altura foi o principal mecanismo lesional. A grande frequência de escaras são um problema também já identificado noutras séries, sendo fonte de morbilidade significativa para o doente.

Conclusão:

A lesão vértebro medular em doentes provenientes do PALOP atinge sobretudo a população jovem, sendo fonte de grande morbilidade. Esforços devem ser desenvolvidos no sentido de otimizar os cuidados destes doentes e agilizar o seu percurso clínico e melhorar os presentes resultados.

Cirurgia de coluna: É possível!

Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Tito Lívio Ramos Rodrigues, Emanuel Gonçalves Borges, Carlos Reyes Torres
(Hospital Dr. Baptista de Sousa, Mindelo, Cabo Verde)

Introdução: No âmbito da política do Ministério da Saúde e Segurança no sentido de diferenciação técnica que respondam aos problemas de saúde que até ao momento carecem de resposta específica no país. Uma das causas de evacuações por patologias de foro ortopédico são as patologias da coluna, já que não existem meios locais para resolução do problema.

Visando a melhoria na prestação de cuidados da saúde o Serviço de Ortopedia desenvolveu um projecto com vista a resolver "in locu" as patologias da coluna das populações das ilhas do Barlavento que apresentam elevada incidência de problemas degenerativos da coluna.

Objectivos: Apresentar o projecto (Camping em cirurgia da coluna), os resultados e as metas.

Resultado: No Período de Agosto de 2013 até Agosto de 2017 foram operadas 62 pacientes com hérnias discais lombar (discectomias), 3 pacientes com estenose de canal lombar (descompressão) e 2 pacientes com hérnias discais cervicais (discectomias via anterior).

Conclusão: As cirurgias de coluna visam melhorar a qualidade de vida dos doentes com esta patologia, a resolução "in locu" é uma realidade e tem decorrido sem complicações e há necessidade de mais investimentos nessa área.

Espondilodiscite: casuística e tratamento cirúrgico

Afonso Cardoso, Ana Marta Coelho, Luís Barbosa, Filipe Medeiros, João Correia, Hélder Maurício, Álvaro Lima
(Hospital Beatriz Ângelo, Loures)

Introdução: a espondilodiscite é uma doença pouco comum nos países desenvolvidos e que, devido ao seu carácter indolente e ao difícil diagnóstico diferencial, é muitas vezes diagnosticada tardiamente. A cirurgia está indicada consensualmente na presença de envolvimento neurológico ou mecânico importante, porém, outras indicações e a escolha da abordagem ainda são matéria de debate. Com este estudo pretendemos caracterizar a nossa casuística desta entidade, bem como analisar as situações que levaram a um tratamento cirúrgico.

Material e métodos: realizou-se um estudo retrospectivo em que foram identificados e analisados os casos de espondilodiscite espontânea tratados no nosso hospital, excluindo os doentes com cirurgia recente à coluna.

Resultados: durante um período de 5 anos identificaram-se 34 doentes que preenchiam os critérios de inclusão do estudo. As lesões afetaram principalmente a coluna lombar (50%), com o diagnóstico feito maioritariamente por ressonância magnética nuclear (82.4%) e o agente mais comum foi o *Staphylococcus aureus* (40.7%). Doze doentes (35.3%) tinham abscessos epidurais. Onze doentes (32.4%) foram submetidos a intervenção cirúrgica, 7 por défice

nerológico, 5 por instabilidade mecânica e 1 por má resposta à antibioterapia, sendo que a presença de abscessos epidurais não constituiu indicação cirúrgica. Dos doentes operados, 8 (72.7%) eram homens e a média de idades foi de 67.1 anos (40-86 anos). A abordagem inicial foi sempre posterior. Os procedimentos consistiram em drenagem e fixação consoante a necessidade.

Discussão: os nossos resultados confirmam a raridade da doença e o seu diagnóstico difícil e a percentagem de doentes operados está de acordo com o descrito na literatura. Relativamente às indicações cirúrgicas, as consensuais são aquelas pelas quais nos guiamos, embora haja outros autores com indicações mais alargadas, como a dor intratável e os abscessos epidurais. Embora muitos autores considerem a via anterior a abordagem de eleição, nós abordamos esta patologia por via posterior, sem aparente compromisso dos resultados. As vias minimamente invasivas começam também a ser utilizadas e a ser referidas na literatura, tendo sido por nós utilizadas em 4 doentes (36.4%).

Conclusão: relativamente a outros autores, somos mais conservadores em relação às indicações cirúrgicas, optando por este tratamento apenas em situações consensuais. Preferimos a via posterior em isolamento dado que nos facultava uma drenagem adequada e possibilidade de instrumentação simultânea e vias minimamente invasivas em casos selecionados.

Fraturas da coluna dorso-lombar: avaliação entre fixação transpedicular com parafusos e sistema de manipulação com cravos de schanz

Rita Sapage, António Lemos Lopes, Marta Maio, Pedro Teixeira Mota, Carlos Branco, Pedro Teixeira Gomes
(Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Introdução-O tratamento das fraturas instáveis da coluna dorso-lombar permanece controverso, especialmente em doentes sem défices neurológicos.O tratamento cirúrgico tem demonstrado bons resultados.O objetivo deste trabalho foi avaliar o resultado clínico e radiológico em doentes com fratura dorso-lombar tratados cirurgicamente com fixação transpedicular com parafusos(FTP) ou com sistema de manipulação com cravos de Schanz(SMCS).Material e Métodos-Foi realizada análise retrospectiva dos doentes submetidos a instrumentação transpedicular posterior da coluna dorso-lombar por fraturas instáveis (AO-A4,B1,B2)sem défices neurológicos, entre Janeiro2013-Dezembro2016.Foram avaliadas características demográficas, mecanismo de lesão, nível da fratura, classificação ASA, duração da cirurgia, perdas hemáticas, hemoglobina pré-e pós-operatória, duração do internamento, ângulo de Cobb pré-operatório,pós-operatório imediato e aos 6 meses, complicações pós-operatórias, dor pós-operatória(VAS), Oswestry Disability Index(ODI) e mortalidade.Os doentes foram divididos de acordo com o tipo de instrumentação realizada: FTP e SMCS.A análise estatística foi realizada no spss,p<0.05 considerado estatisticamente significativo. Resultados-Foram incluídos 23 doentes.A idade média foi 54.5anos e 65.2% eram do género masculino.A queda em altura foi o mecanismo de lesão mais frequente (69.6%).Em 82.61% apenas uma vértebra foi fraturada, nos restantes foram fraturadas 2 ou 3 vértebras.O nível da vértebra fraturada encontrou-se entre D11 e L2. Doentes na FTP(n=9) e SMCS(n=14) não apresentaram diferenças significativas quanto à idade,género,nível da vertebra fraturada,classificação ASA,ângulo de Cobb pré-operatório (17.90º vs. 12.80º,p=0.926),tempo operatório (106.89min vs. 105.71min,p=0.504),perdas hemáticas e queda de hemoglobina pós-operatória,tipo de instrumentação curta ou longa.O tempo de internamento foi significativamente menor na FTP (5.00dias vs. 11.50dias,p=0.016). Não se verificou diferença quanto à dor pós-operatória (2.89 vs. 2.36,p=0.484) ou ODI médio (13.14% vs. 17.78%,p=0.159), na FTP e SMCS respetivamente.O ângulo de Cobb pós-operatório imediato e aos 6 meses foi tendencialmente inferior na FTP (7.81 vs. 9.84,p=0.252 e 8.40 vs. 10.64,p=0.212).Está descrita apenas uma complicação pós-operatória (episódio de trombose venosa profunda ocorrida no SMCS,p=0.412) e nenhum doente morreu.Discussão-Diversos estudos documentam a eficácia da fixação transpedicular posterior no tratamento de fraturas da coluna dorso-lombar.A literatura é escassa na avaliação dos diferentes sistemas de fixação disponíveis.A maioria dos autores atribui mais importância à escolha da abordagem e técnica cirúrgica do que o sistema utilizado.Neste estudo, o resultado funcional foi equivalente nos dois grupos, tendo-se obtido a incapacidade mínima em ambos de acordo com o ODI.Verificou-se, porém, tendência não significativa de superior correção do ângulo de Cobb na FTP.Como limitações, design retrospectivo não-randomizado e pequeno tamanho amostral do estudo.Conclusão-De acordo com a nossa amostra, o tratamento cirúrgico de fraturas dorso-lombares sem défices neurológicos com FTP ou SMCS apresenta resultados clínicos e radiológicos semelhantes.

Artrite séptica por brucella: um agente atípico com comportamento atípico

Susana Pinto, Ana Façanha, Carolina Tiago Afonso, Miguel Pinto De Freitas, Nuno Pais, Daniel Ramos-Pires, Afonso Ruano

(Unidade Local de Saúde do Nordeste, Macedo de Cavaleiros)

A Brucelose é uma zoonose de distribuição mundial, caracteristicamente regional e sazonal, associada à exposição ocupacional e doméstica. A infecção é transmitida através do contacto direto ou indireto com animais infectados ou pelo consumo de produtos alimentares de origem animal. Apesar dos progressos conseguidos no controlo da incidência desta doença, mais de 500.000 casos são notificados no mundo anualmente. Segundo estimativas da OMS, mesmo em países desenvolvidos, a verdadeira incidência da brucelose poderá ser cinco ou mais vezes superior à que os números oficiais sugerem. A natureza inespecífica e insidiosa das manifestações clínicas conduz frequentemente a um diagnóstico tardio ou erróneo, especialmente em regiões não endémicas. No quadro de apresentação agudo é bastante comum o envolvimento músculo-esquelético ocorrendo este frequentemente sob a forma de poliartralgias que são mediadas imunologicamente (artrite reactiva). Raramente, pode ocorrer a disseminação direta ou via hematogénea para o osso ou articulação, osteomielite ou artrite séptica, recomendando-se nestes casos, além da terapêutica antibacteriana dirigida, a abordagem cirúrgica imediata. Nós reportámos um caso de artrite séptica por Brucella.

A artrite séptica por Brucella manifesta-se de uma forma atípica comparativamente a outros agentes mais comuns. Sendo este é um agente raro sendo é necessário por isso um alto nível de suspeição por parte do profissional de saúde para que o diagnóstico seja realizado.

Artroplastia invertida do ombro no tratamento de fraturas proximais do úmero complexas

Francisco Serra Alves, João Ricardo Pedro, Dr Jorge Arvela, Dr Marco Sarmento, Dr Samuel Martins

(Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Introdução

As fraturas proximais do úmero representam cerca de 5% de todas as fraturas, sendo mais frequentes na população idosa; apenas 20% tem indicação cirúrgica. Na população idosa as fraturas proximais do úmero complexas colocam verdadeiros desafios ao cirurgião, apresentando uma elevada taxa de complicações. A artroplastia invertida do ombro tem sido proposta como alternativa à fixação e redução cruenta ou à hemiatroplastia.

O objectivo do nosso trabalho é aferir o resultado da artroplastia invertida do ombro no tratamento das fraturas proximais do úmero.

Material:

Estudo retrospectivo entre Agosto de 2014 e Dezembro de 2016 a 15 doentes (15 fracturas) , com um follow up médio de 16 meses.

Tratamento estatístico realizado com SPSS v20.0.

Métodos:

15 doentes com uma idade média de 76 anos foram submetidos a artroplastia invertida do ombro para fraturas proximais do úmero complexas. Foi realizada uma análise retrospectiva dos processos e avaliação clínica dos doentes.

Resultados:

Média de idades- 76,53 anos (66-85) e 80% do sexo feminino (12/15). Lateralidade- 60% ombro direito. Classificação da Fractura: 12 casos fractura em quatro partes e 3 casos fractura em três partes.

A antepulsão média foi 95º e a abdução média foi de 90º. As tuberosidades foram reinseridas em 6 doentes. 75% dos doentes não apresentaram dor à reavaliação. O Constant Score Médio absoluto e relativo foi de 47 (27-70) pontos e 57% (33-80) respectivamente.

Não foram registados casos de complicações intraoperatórias e foram revistos dois ombros.

Discussão:

Quando foi possível a reinserção das tuberosidades, observou-se uma maior amplitude de movimentos. De acordo com a literatura os doentes que apresentam consolidação das tuberosidades têm uma melhor função, em especial à rotação externa (Grubhofer F;2016).

A taxa de revisão foi de 13 % : um doente por instabilidade externa dois meses depois da primeira cirurgia, em que não houve consolidação das tuberosidades; o segundo doente, também dois meses depois, por luxação anterior após queda.

Conclusão:

Os doentes submetidos a artroplastia invertida no ombro para o tratamento de fraturas proximais do úmero apresentam bons resultados funcionais, com uma baixa taxa de complicações. A reinserção e consolidação das tuberosidades parece ser uma fator importante no resultado funcional.

Artroplastias do ombro em fraturas proximais do úmero - resultados dos primeiros quatro anos

Carolina Afonso, Ana Façanha, Susana Pinto, Miguel Freitas, Nuno Pais, Daniel Ramos, Afonso Ruano
(ULSNE, Macedo De Cavaleiros)

INTRODUÇÃO: As fraturas proximais do úmero (FPU) são a terceira fratura mais frequente, sendo as fraturas complexas um desafio terapêutico

A hemiartroplastia (HA) foi recomendada como tratamento ideal 'ad initium', mas a artroplastia total reversa do ombro (ATRO) tem sido cada vez mais utilizada como uma opção eficaz.

O intervalo de tempo entre o traumatismo e a cirurgia (ΔT -TC) influenciam o resultado final, pior quanto mais tardar o tratamento definitivo.

Neste estudo, avaliou-se: a influência do tipo de artroplastia realizado e do ΔT -TC no resultado funcional em doentes FPU.

MATERIAL/MÉTODOS: Avaliamos retrospectivamente os doentes submetidos a HA e ATRO por FPU, entre 1 de Janeiro de 2014 e 31 de Março 2017. Recolheu-se do processo clínico electrónico a idade e sexo, ΔT -TC, classificação da fratura (classificação de Neer), tipo de artroplastia inicial, necessidade de cimentação da haste e modularidade protésica, complicações e tempo de seguimento. O Constant Shoulder Score (CSS) e o American Shoulder and Elbow Score (ASES) foram utilizados para avaliar os resultados funcionais.

Utilizou-se o software IBM SPSS statistics, versão 23 para tratar estatisticamente os dados.

RESULTADOS: Realizaram-se 15 artroplastias (12 em mulheres, 3 em homens) Média de idade foi 78 anos. Tempo médio de seguimento foi de 29,4 meses.

O tempo médio ΔT -TC foi de 42,7 dias, 9 doentes operados precocemente (até às 3 semanas). Não detetamos qualquer influência deste parâmetro no resultado funcional ($p > 0.05$). Realizaram-se 10 ATRO e 5 HA, todas modulares e pelo mesmo cirurgião. Todas as hastes foram cimentadas, excepto em dois casos (ATRO).

Incluímos 5 casos de ATRO realizada como tratamento de resgate: após falência de tratamento conservador (3 doentes) e de osteossíntese (2 doentes).

No grupo das HA, a média de CSS e ASES foi de 53.2 e 44.6, já no grupo das ATRO foi de 41.1 e 68.5, respectivamente.

Registou-se 1 caso de infecção (ATRO), 1 de migração da haste (HA) e 1 de conflito subacromial (HA).

DISCUSSÃO: Encontrámos uma diferença estatisticamente significativa entre o tipo de artroplastia e os resultados funcionais ($p < 0.05$), sendo superior no grupo das ATRO. Não observámos, uma correlação entre o ΔT -TC e os resultados funcionais.

A inclusão de 5 casos de cirurgia de resgate (ATRO) e o reduzido tamanho da amostra, podem ter enviesado os achados, apesar do desempenho funcional superior nos submetidos a ATRO.

CONCLUSÃO: A ATRO constitui uma boa opção para o tratamento das FPU complexas, com resultados funcionais superiores à HA

Raquitismo: Constrangimentos e desafios

Paulo Jorge Semedo Miranda Freire, Tito Lívio Ramos Rodrigues, Emanuel Gonçalves Borges, Carlos Reyes Torres
(Hospital Dr. Baptista de Sousa, Mindelo, Cabo Verde)

Introdução: O raquitismo é uma doença do esqueleto em crescimento por inadequada mineralização da matriz óssea causada por anormalidades no metabolismo do cálcio e do fósforo e se apresenta com retardo no crescimento e deformidades esqueléticas.

A carencia de vitamina D é uma das principais causas, que é sintetizada na pele humana exposta a UVB. Teoricamente devido a essa exposição a incidencia nas ilhas de Cabo Verde seriam baixas. É de salientar que o raquitismo congénito é inevitável e de difícil tratamento.

Objetivo: Expor casos clinicos de raquitismo, salientando os constrangimentos no diagnóstico e as deficiências no seu tratamento em Cabo Verde/Ilhas do Barlavento.

Relato dos casos: Pacientes com faixa etária entre os 2 aos 14 anos, com deformidades musculoesqueléticas nos membros superiores e inferiores, com alterações laboratoriais e de imagem que confirmaram um quadro de raquitismo carencial e congénito, no entanto verificaram-se falhas nas abordagens terapêuticas.

Conclusão: A patologia exige um longo período de investigação e tratamento diferenciado principal. O raquitismo é uma condição de relativa facilidade para o diagnóstico, manejo e profilaxia.

Resultado da fixação externa retalho muscular enxertia de pele no tratamento das complicações de fracturas exposta de tibia e peroneo 6 casos clinicos

Ernesto David Lopez Ramos, Fernando Almeida, Karl Rabichit
(Hospital Central Dr Agostinho Neto Praia Cabo Verde)

Ha morbidade, por traumatismo de alta energia em cabo Verde, ha tido aumento progresivamente na ultima decada, fracturas exposta dos membros inferiores apresenta uma incidencia e prevalencia elevada, destacandose as produzidas a nivel de tibia e peroneo o tratamento cirurgico para o control de danos com uso de fixadores externo, diminuiu as complicaciones e sequelas ainda frequentes, constituindo um reto para os traumatologos em nosso medio, complicacoes, como retardo de consolidacao, pseudoartroses e osteomielitis crean situacoes clinicas de dificil pronosstico e tratamento apresentamos os casos clinicos de 6 doentes tratados com retalho muscular do hemisoleo, enxertia livre de pele e fixacao externa com diferenetes modelos de fixadores segundo ha patologia doente.

Tratamento do Pé Boto pelo Método de Ponseti

Ernesto David Lopez Ramos
(Hospital Central Dr Agostinho Neto Praia Cabo Verde)

Se realizo um estudo observacional prospectivo descriptivo dos resultado da aplicacao do metodo de manipulacoes e gesso de I Ponseti no periodo compreendido de abril de 2008 ate setembro 2017 se incluiu doentes com Pe Boto negligenciado se estudaron as variables idade de inicio do tratamento,sexo, numeros de gesso, uso da tala de stembeck ou Dennis Brauw evolucao deste protocolo complicacoes recidivas mais frequentes,clasificacao e atualizacao do metodo e grau de satisfacao dos pais.

Tratamento do pé equino-varo idiopático- experiência de um hospital

Mónica M. Vasconcelos, Ana Sofia Neves, Carolina Escalda
(Hospital Ortopédico Sant´Iago do Outão, Hospital Garcia de Orta)

Introdução

O pé equino-varo idiopático congénito (pé boto) é uma deformidade complexa de difícil correção. Caracteriza-se pela deformidade em equino e varo do retropé, cavo e aduto do médio e antepé.

O tratamento inicial universalmente aceite é o Método de Ponseti que consiste em manipulações e imobilizações seriadas seguido de gestos cirúrgicos simples.

Este trabalho pretende mostrar os resultados obtidos por este método, bem como as complicações e o tratamento de sequelas ao longo de 10 anos.

Material e Métodos

Estudo retrospectivo com 10 anos de experiência (2004 a 2014), através da análise de processos de internamento e consulta.

Foram incluídos os doentes com o diagnóstico de pé equino-varo idiopático submetidos ao tratamento pelo método Ponseti, com um seguimento mínimo de 1 ano.

Os factores de exclusão incluíram os doentes com o diagnóstico de pé equino-varo associado a síndromes, os casos tratados inicialmente noutros hospitais, bem como os submetidos a tratamento cirúrgico prévio.

Foram recolhidos os dados demográficos, determinada a idade de início de tratamento, a quantidade de gessos efectuados, a necessidade de tenotomia do tendão de Aquiles após a aplicação dos gessos, o resultado final, o tempo de seguimento, as complicações, bem como as recidivas precoces e tardias e seu tratamento

Resultados

Registaram-se 68 casos de pé equino-varo, 43 do sexo masculino (63%) e 25 do sexo feminino (37%). Em 38 casos (58%) tratou-se de uma deformidade bilateral, perfazendo um total de 106 pés tratados.

A idade média de início tratamento foi de 36 dias. Foram realizados em média 5,3 gessos em cada pé. Foi feita tenotomia percutânea do tendão de Aquiles em 97 pés. O tempo médio de seguimento foi de 60 meses.

O resultado do tratamento foi feito com base na classificação de Pirani. A média da classificação de Pirani 0,8.

Observaram-se 4 recidivas precoces e 14 recidivas tardias.

Discussão

Apesar do Método de Ponseti ser rigoroso e apresentar bons resultados, o incumprimento adequado do método, nomeadamente a não adesão à ortótese foi o principal factor nas recidivas.

Conclusão

O Método de Ponseti possibilita bons resultados associado a menor lesão de partes moles, contudo, exige grande disponibilidade do médico, rigor no método e compromisso de continuidade no tratamento por parte dos pais, para maior eficácia e diminuição de recidivas.

O impacto da referência na recuperação funcional e satisfação dos doentes submetidos a artroplastia total do joelho

Rita Sapage, António Lemos Lopes, Marta Maio, Pedro Teixeira Mota, Carlos Branco, Manuel Coxo
(Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Introdução—Doentes submetidos a Artroplastia Total do Joelho(ATJ) beneficiam de reabilitação funcional pós-operatória.As estratégias de cuidado após alta hospitalar incluem os serviços de apoio em regime de ambulatório e a rede nacional de cuidados continuados integrados(RNCCI). Vários estudos enfatizam as vantagens da primeira opção, em termos funcionais,económicos e de complicações pós-operatórias.O objetivo foi avaliar o impacto da referência na recuperação funcional e satisfação dos doentes submetidos a ATJ e identificar fatores preditores de referência à RNCCI. Material e métodos—Foi realizada análise retrospectiva dos doentes submetidos a ATJ primária por gonartrose, entre Janeiro 2012-Dezembro 2014. Foram avaliadas características demográficas,classificação ASA,necessidade de transfusão sanguínea,tempo de internamento,dor pós-operatória(numa escala numérica),arco de mobilidade e grau de satisfação(escala de Likert). O grupo de estudo engloba doentes referenciados a RNCCI, o grupo de controlo doentes com alta para o domicílio. A análise estatística foi realizada no SPSS,p<0.05 considerado estatisticamente significativo. Resultados—Foram incluídos 171 doentes. Quarenta e um (21.6%) doentes formaram o grupo de estudo e os restantes 149 (78.4%) o grupo controlo. Doentes no grupo de estudo tinham idade média superior (69.9anos vs. 66.9anos,p=0.020). O risco de referência foi 2.8vezes superior em doentes com necessidade de transfusão sanguínea. O género (p=0.948),o

IMC ($p=0.909$) e o ASA ($p=0.072$) não demonstraram relação significativa com a orientação após alta. O tempo médio internamento foi superior no grupo de estudo (16.9 dias vs. 7.2 dias, $p<0.001$). Não houve diferenças significativas entre os dois grupos quanto ao arco de mobilidade ($p=0.383$), a dor pós-operatória ($p=0.657$) e o grau de satisfação ($p=0.892$). No grupo de estudo, 93.2% apresentam-se satisfeitos ou muito satisfeitos, com dor pós-operatória média de 1.3 e arco de mobilidade médio entre 0.0-100.5°. Discussão—Os resultados encontram-se de acordo com o descrito na literatura sobre a orientação para o domicílio representar uma estratégia com boa recuperação funcional e elevada satisfação. Nestes doentes, verificou-se diminuição significativa do tempo de internamento associada ao mesmo grau de satisfação, idêntico arco de mobilidade e comparável intensidade de dor pós-operatória. O aumento da idade e a necessidade de transfusão foram identificados como preditores para orientação para RNCCI. A classificação ASA não afetou a decisão de referenciação, inferindo-se que pode ser influenciada por fatores exógenos ao doente como gestão de expectativas e apoio social/familiar domiciliário. Como limitações, o design retrospectivo não-randomizado e o pequeno tamanho amostral do estudo. Conclusão—De acordo com a nossa amostra, a referenciação para RNCCI não constitui melhor estratégia de cuidado pós-operatório nos doentes submetidos a ATJ.

Deverá ser realizada artroplastia total da anca bilateral em doentes com espondilose anquilosante? A propósito de um caso clínico

Rafael Portela, Renato Ramos, Miguel Frias, André Sarmento, Rui Lemos
(Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho)

Introdução / Introduction

Ainda há controvérsias no protocolo e eficácia da artroplastia total da anca como intervenção nos doentes com espondilite anquilosante.

Material e Métodos / Material and Methods

Caso clínico

Resultados / Results

Homem, de 75 anos, observado na consulta de Ortopedia por deformidade da coluna em cifose e queixas algicas severas coxo-femorais. Clinicamente apresentava claudicação, flexo de 10° e 0° de mobilidades bilateralmente a nível coxo-femoral. Radiologicamente apresentava espondilite anquilosante e anquilose coxo-femoral bilateral. Realizou-se artroplastia total da anca não cimentada bilateral simultânea. Aos 6 meses de seguimento, houve melhoria acentuada na dor (sem dor) e da flexão (120°), abdução, adução, rotação interna e rotação externa. Também houve melhoria também no Harris Hip Score de 23 no pré-operatório para 65 aos 6 meses de seguimento.

Discussão / Discussion

A anquilose grave em doentes com espondilite anquilosante, pode ser tratada com artroplastia total da anca não cimentada bilateral simultânea.

Conclusão / Conclusion

A artroplastia total da anca não cimentada bilateral simultânea é uma intervenção de confiança nos doentes com espondilite anquilosante, cujo objectivo é reduzir a dor, restabelecer a função coxo-femoral e melhorar a qualidade de vida.

Fratura do colo de fémur na grávida: que armas terapêuticas?

João Pedro Gouveia Nóbrega, Tiago Oliveira, João Sampaio, Jorge Sena, Tiago Sol
(Hospital Espírito Santo de Évora)

Introdução

Classicamente associamos a osteoporose e as fraturas de fragilidade ao paciente idoso. Contudo, não é exclusiva desta faixa etária e sendo uma entidade endocrinológica pode afetar qualquer paciente com alterações ao nível do metabolismo fosfo-cálcico, como é o caso da mulher gestante. Com base num caso clínico, pretende-se abordar a osteoporose transitória da gravidez.

Material e métodos

Mulher de 33 anos, primípara, previamente saudável, inicia no terceiro trimestre da gravidez dor referida à região trocantérica e inguinal direita, em repouso, que agrava com a marcha. Realizou avaliação imagiológica que revelou osteoporose bilateral dos colos femorais tendo sido tratada com terapêutica sintomática e anti-osteoporótica. Na 32ª semana de gestação, recorre ao SU por dor e falência súbita do MI direito, sem trauma associado, objectivando-se fratura subcapital Garden IV direita.

Resultados

Por tratar-se de uma paciente jovem, o resgate da cabeça femoral, apesar de cirurgicamente desafiante, representou uma prioridade. Optou-se por realizar uma redução fechada e osteossíntese com parafusos canulados.

No pós-operatório, a doente evoluiu favoravelmente com recuperação completa da mobilidade articular. Passados 18 meses, mantém-se assintomática, sem sinais radiográficos de necrose avascular.

Discussão

Cerca de 80% do cálcio fornecido ao feto ocorre durante o 3º trimestre da gravidez, fase em que o esqueleto fetal atravessa um período de rápida mineralização. Em geral, esta hipersolicitação é suprida à custa de um aumento da eficácia da absorção intestinal materna. Contudo, quando o intake é insuficiente, com predomínio da reabsorção óssea e face ao aumento de peso provocado pela gestação, as fraturas de fragilidade podem instalar-se numa articulação de carga como é a anca.

Numa fase inicial, perante a suspeita clínica e imagiológica, o repouso e a descarga associados a instituição de terapêutica farmacológica com cálcio (1200mg/dia), vitamina D (> 50-70nmol/L) e agentes anti-osteoporóticos que apresentem perfil de segurança para o feto como a calcitonina e teriparatida IV demonstraram eficácia na prevenção da fratura.

Para além disso, o diagnóstico diferencial com necrose avascular, outra entidade que acomete a anca da grávida, apesar de difícil numa fase inicial é fundamental na medida, em que a abordagem terapêutica e o prognóstico são distintos.

Conclusão

O elevado índice de suspeição diagnóstica e a terapêutica conservadora precoce são fundamentais para uma abordagem favorável destas lesões. Não obstante as medidas conservadoras, a fratura de fragilidade pode ocorrer representando uma verdadeira urgência ortopédica que acomete uma paciente jovem em que a preservação da articulação nativa deve constituir uma prioridade.

Osteotomia de suporte pélvico no tratamento da anca catastrófica - caso clínico

Marco Pato, Francisco Sant'Anna, Susana Ramos, Joana Ovídio, Nuno Mendonça
(Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central)

Introdução: O tratamento da anca com destruição articular extensa e instabilidade no doente jovem é um desafio. Apresentamos o caso de uma doente tratada bilateralmente com osteotomia de suporte pélvico com a modificação de Illizarov

Material e Métodos: Análise do processo clínico e avaliação funcional

Caso Clínico: Doente com antecedentes de drepanocitose e atrite séptica bilateral, evacuada em 2010 por queixas incapacitantes de coxalgia bilateral e Trendelemburg, devido a necrose extensa da cabeça de ambos os fémures proximais, e com má qualidade óssea associada. Dadas as queixas, antecedentes e a extensão de lesão, foi decidido realizar osteotomia de suporte pélvico bilateralmente. Realizou o primeiro procedimento aos 13 anos de idade, tendo mantido fixador externo durante 7,7 meses. Como complicação teve apenas infecção superficial dos pinos. Importante melhoria sintomática, pelo que aos 15 anos foi repetido o procedimento do lado contralateral. Manteve fixador externo por 7,3 meses, sem complicações. Realizou tratamentos de fisioterapia com recuperação funcional, sendo capaz de marcha sem dor e sem necessidade de apoios de marcha, apresentando apenas Trendelemburg ligeiro.

Discussão: O tratamento da anca com lesão avançada é um desafio particular no doente jovem. Frequentemente, ocorre encurtamento e migração proximal do fémur, com diminuição da alavanca dos abdutores, resultando marcha tipo Trendelemburg. A artrodese é uma opção viável e corrige a fraqueza dos abdutores, mas complica-se

da perda de mobilidade da anca, gerando stress anormal nas restantes articulações. É com frequência mal-aceite pelos doentes. A artroplastia permite obter bons resultados mas, no caso particular dos jovens, exigentes funcionalmente, o risco de falência com necessidade de revisão é superior. Adicionalmente, o procedimento em ancas com maior destruição e encurtamento é tecnicamente mais difícil, apresenta maiores riscos e pode persistir fraqueza dos abdutores. A osteotomia de suporte pélvico procura solucionar os problemas da instabilidade, encurtamento e destruição óssea através da aplicação do fémur proximal contra a parede lateral da bacia, restabelecimento do eixo de carga e correcção da dismetria. Permite obter benefícios funcionais e de dor. Adicionalmente, confere estabilidade e melhora a acção dos abdutores, melhorando a marcha. Tem como desvantagens ser um procedimento tecnicamente difícil, requer um longo período de fixação externa e associa-se a rigidez e alguma perda de flexão do joelho, e é de muito difícil conversão futura.

Conclusão: A osteotomia de suporte pélvico é um procedimento cirúrgico válido para o tratamento da anca com lesão articular grave, nas quais a artrodese ou artroplastia não sejam adequadas.

Dor anterior após artroplastia total do joelho: será a substituição da rótula um fator determinante?

Marta Maio, António Lemos Lopes, Pedro Teixeira Mota, Rita Sapage, Carlos Branco, Carlos Cerca
(Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro)

Introdução:

A dor anterior do joelho continua a ser um problema após artroplastia total do joelho (ATJ) sendo causa de insatisfação. A opção de colocar componente rotuliano varia entre os cirurgiões. A maior controvérsia reside no facto de alguns pacientes não terem dor anterior pós-operatoriamente apesar da não substituição da rótula. O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de dor anterior após a realização de ATJ nos doentes com e sem componente patelar e a implicação na satisfação.

Métodos:

Estudo de coorte retrospectivo, que inclui doentes submetidos a ATJ, entre 2012 e 2014. Dados recolhidos através de entrevista telefónica ou presencial e consulta do processo clínico. Excluídos pacientes com necessidade de cirurgias de revisão. Dados analisados: idade, género, grau de osteoartrose pelo sistema de classificação de Kellgren and Lawrence, índice de massa corporal, arco de mobilidade, existência de dor anterior, dor pela escala numérica da dor (END), existência de componente rotuliano, e uma escala de Likert da satisfação com a cirurgia. Recorreu-se ao SPSS®, para descrição e análise estatística dos dados, $p < 0,05$ considerado estatisticamente significativo.

Resultados:

Avaliados 200 doentes, prevalência do género feminino (74,5%), média de idades de $67,5 \pm 7,4$ anos e índice de massa corporal de $31,3 \pm 4,3$, tempo de follow-up médio de 27,9 meses. Dor anterior estava presente em 31,1% e o componente rotuliano colocado em 13,7% dos doentes. As mulheres têm 2,6 vezes mais risco de ter dor anterior que os homens ($p = 0,029$). Doentes sem dor anterior estão mais satisfeitos ($p < 0,001$).

Existe uma associação estatisticamente significativa entre a existência de dor anterior e a presença de dor rotuliana ($p = 0,006$). Os doentes com substituição de rótula têm em média mais 6,3º de flexão ($p = 0,002$).

Após realização da regressão logística pode-se afirmar que nesta amostra os doentes com substituição de rótula têm 6,1 vezes mais probabilidades de não terem dor anterior.

Discussão:

As conclusões mais importantes do estudo foram que doentes com componente rotuliana têm 6 vezes mais probabilidade de não ter dor anterior, estando esta presente em praticamente 30% dos doentes. De acordo com a literatura a dor anterior é uma das complicações mais comuns após ATJ sendo muitas vezes causa de revisão, levando a artroplastia rotuliana secundária, sendo causa de insatisfação, o que vai de encontro aos nossos resultados.

A maior controvérsia prende-se com o facto de que alguns doentes sem componente rotuliana não apresentam dor anterior. No entanto, existe o consenso de que em doentes com osteoartrose inflamatória, em deformidades severas da rótula ou quando a indicação primária foi artrose patelofemural, deve ser aplicado componente rotuliano.

Embora na literatura não esteja descrito que a componente rotuliana melhore os resultados funcionais, no nosso estudo este grupo de doentes apresentou um maior grau de flexão.

Conclusão / Conclusion

A dor anterior é uma complicação frequente após ATJ, o nosso estudo demonstra que a aplicação do componente rotuliano pode reduzir esse risco. É nossa opinião que sempre que estejam presentes alterações ao nível da cartilagem rotuliana a colocação deste componente seja considerada.

Síndrome de fenton - a propósito de um caso clínico

Jaime Babulal, Pedro Martins Branco, Rita Santos, Rui Faustino, Francisco Infante, Luis Tomaz
(Hospital Distrital de Santarém)

A fratura-luxação transescafo-capitato, síndrome escafo-capitato ou síndrome de Fenton, é uma forma particular de fratura-luxação trans-escafo-perilunar, que consiste na combinação das fraturas do escafoide e do grande osso, encontrando-se o fragmento proximal deste último rodado mais 90º (geralmente 180º). A problemática desta lesão rara e complexa é que muitas vezes passa despercebida no exame radiográfico inicial, podendo resultar em sequelas funcionais de difícil resolução.

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de síndrome de Fenton com 9 meses de seguimento, bem como realizar uma breve revisão da literatura.

Caso Clínico:

Masculino, 23 anos, assistido no Serviço de Urgência após queda de altura, da qual resultou em traumatismo do punho esquerdo, com deformidade do mesmo. A radiografia inicial revelou luxação trans-escafo-perilunar, fratura do escafoide e aparente fratura do grande osso. Após redução incruenta e imobilização com tala gessada, solicitou-se TAC que confirmou fratura do escafoide e fratura descolada do grande osso, além de incongruência ao nível da articulação luno-piramidal.

Utilizando a via dorsal do punho, procedeu-se a osteossíntese do escafoide com parafuso canulado de Herbert, osteossíntese do grande osso com dois parafusos de Herbert e reparação do ligamento lunopiramidal seguido de fixação com dois fios K. Aplicou-se imobilização com tala gessada volar.

Às 3 semanas de pós-operatório, retiraram-se a tala gessada e os fios K. Iniciou tratamento fisioterápico.

Aos 9 meses, apresentava-se assintomático e com extensão-flexão 20/45. Sem limitações para as atividades de vida diária. Retomou a atividade profissional.

As fracturas-luxações do carpo são lesões raras, sendo a síndrome de Fenton um padrão específico e complexo destas lesões. Pode resultar de impacto de alta energia, queda de altura ou desporto de contacto, com o punho em hiperextensão forçada associada a compressão axial. É de difícil diagnóstico radiográfico, particularmente devido à extrema rotação do fragmento proximal do grande osso, sendo a TAC o exame de eleição. A redução aberta está indicada, podendo usar-se a via dorsal, volar ou combinada. A fixação pode ser realizada com fios K e/ou parafusos.

Utilizamos a via dorsal e fixação das fracturas com parafusos canulados parcialmente roscados; como apresentava uma lesão ligamentar intercarpiana associada, procedeu-se à reparação da mesma e acrescentou-se estabilização com fixação temporária com fios K.

Antendendo a gravidade da lesão, é expectável a ocorrência de sequelas nomeadamente necrose do fragmento da cabeça do grande osso e/ou artrose radio-cárpica e médio-cárpica, motivo pelo qual o seguimento deverá ser mais alargado.

Uso de artroscopia do punho e parafusos hcs no tratamento de uma fratura intra-articular do rádio distal, a propósito de um caso clínico.

Diogo de Sousa Gaspar, João Protásio, Ricardo Ferreira, David Pinto, Tiago Coelho, Jean Fallah, Francisco Mercier
(Hospital Garcia de Orta)

Introdução

A redução anatómica de uma fractura intra-articular do rádio é o principal objectivo do tratamento destas fracturas. A redução anatómica da superfície articular e o alinhamento distal do rádio é essencial de forma a evitar uma défice funcional do punho e uma osteoartrose precoce. Vários estudos demonstraram que um desvio ou um afundamento da superfície articular distal do rádio superior 2mm irá causar uma osteoartrose pós-traumática. A artroscopia do punho hoje em dia é considerada o método mais efetivo para diagnosticar lesões das partes moles e lesões cartilaginosas do punho, sendo utilizada para tratamento de lesões do punho, desbridamento, reabilitação de ligamentos do punho, ressecção de corpos livres intra-articulares, sinovectomia e para diagnosticar e auxiliar a redução de fracturas intra-articular do rádio distal. Apresentamos um caso de fratura intra-articular tratada cirurgicamente com redução via artroscópica e fixação percutânea com parafusos HCS, com excelente resultado radiológico e funcional.

Material e Métodos

Doente do sexo masculino, de 41 anos recorreu ao SU após ter sofrido queda da própria altura com traumatismo do punho. À observação apresentava edema moderado punho com limitação funcional. A avaliação radiológica com Rx e TC revelaram fratura intra-articular do rádio distal, com afundamento da fosseta do escafoíde de 2 mm. Foi submetido a intervenção cirúrgica com apoio de fluoroscopia, redução de fratura via artroscópica e fixação via percutânea com 2 parafusos HCS, constatou-se também via artroscópica que apresentava dissociação escafo-lunar grau III que foi fixada com 3 FK.

Resultado

Ao fim de 3 meses apresenta arco de mobilidade do punho mantido, sem défices, sem dor, força de preensão mantida e simétrica, imagiológicamente com redução mantida e com evidência de consolidação óssea.

Discussão

As fracturas do rádio distal com afundamento articular superior a 2mm têm indicação cirúrgica, principalmente em doente mais jovens, devido ao risco de vir a desenvolver uma limitação funcional importante do punho com uma osteoartrose precoce, caso não sejam tratadas cirurgicamente.

A sua redução e fixação podem ser feitas via aberta ou auxiliada via artroscópica com fixação percutânea. A via artroscópica apresenta vantagem de se conseguir obter uma visualização directa tridimensional da superfície articular do rádio distal, confirmando a redução efectiva da superfície articular. Enquanto a via aberta só se obter imagens da redução da superfície articular com apoio da fluoroscopia, com imagens bidimensionais, dificultando a obtenção de uma redução anatómica.

Outras vantagens da artroscopia são: poder diagnosticar e tratar outras lesões do punho, ser menos invasiva, recuperação mais rápida, menor tempo de internamento e menor perda de sangue. Contudo exige uma curva de aprendizagem maior que a via aberta e nem todos os cirurgiões apresentam experiência em artroscopia do punho. Daí o tipo de tratamento nestes casos de adequar mais à experiência do próprio cirurgião e à complexidade da fratura.

Conclusão

Perante uma fratura do rádio distal intra-articular deste tipo o estudo pré-operatório com uso de TC articular é essencial de forma a permitir uma melhor caracterização do tipo de fratura e efectuar um estudo pre-operatório mais detalhado. A redução aberta e fixação com placa distal do rádio ou redução via artroscópica e fixação com parafusos HCS são 2 alternativas válidas para o tratamento deste tipo de fracturas.

Epifisiólise exposta da falange do hallux - caso clínico

Marco Pato, Joana Ovídio, Nuno Mendonça, José Caldeira, Andreia Nunes
(Hospital Dona Estefânia, Centro Hospitalar Lisboa Central)

Introdução: Apresentamos o caso de uma fratura-epifisiólise exposta do hallux numa criança.

Método: Descritivo, com relato de caso

Caso Clínico: Criança do sexo masculino, de 9 anos de idade, foi trazido ao Serviço de Urgência na sequência de traumatismo directo axial do hallux do pé esquerdo. Resultou em hemorragia da base da unha, com unha aparentemente alongada. Ao Rx observou-se epifisiólise Salter-Harris 2 da falange distal do Hallux em flexão. Foi diagnosticada epifisiólise exposta da falange distal, e submetido a antibioterapia e tratamento cirúrgico - lavagem e desbridamento do foco de fractura, redução e estabilização com fio K. Posterior retirada da fixação às 4 semanas, com reinício gradual da carga e actividades, tendo obtido um bom resultado final, e sem complicações aparte a perda da unha.

Discussão: A epifisiólise exposta do hallux é uma análoga menos descrita da fractura de Seymour dos dedos da mão.

O seu principal problema é poder não ser identificada no imediato como fractura exposta dado que a exposição ocorre pela base da unha.

A aparência clínica de unha alongada e hemorragia na sua base deve-se à desinserção desta e à posição em flexão da fractura. A presença deste achado deve alarmar para a possibilidade de se estar perante uma fractura exposta. De acordo com a literatura disponível, nos casos de diagnóstico tardio ou não tratados como fractura exposta associa-se a elevadas taxas de complicação, nomeadamente osteomielite, consolidação viciosa, não união ou encerramento fisário. No entanto, nos casos diagnosticados e tratados prontamente, como o apresentado, o prognóstico é favorável.

A anatomia do hallux distal ajuda a explicar a propensão para estas fracturas e o seu risco infeccioso – a pele é mais fina nesta zona, encontrando-se apenas a matriz germinal e uma estreita camada de derme a separar a zona fisária da superfície.

Conclusão: É importante o reconhecimento atempado desta lesão invulgar para prevenir as possíveis complicações associadas.

Resumos dos Posters

SOLP1 - Implantação de cúpula acetabular tripolar constritiva no tratamento de uma coxartrose bilateral em doente com elevado risco de luxação protética

Vítor Hugo Pinheiro, Isabel Ferreira, Rui Dias, Francisco Lucas, Fernando Judas
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Sabe-se que existe um grande risco de luxação protética nos grandes idosos, nos centenários, nos doentes com alterações cognitivas/demência, com patologia neuromuscular e na sarcopenia. Para além de outros fatores, a via de abordagem e o tipo de artroplastia usado podem contribuir para minimizar o risco de luxação protética. Neste contexto, as cúpulas acetabulares tripolares constritivas, podem encontrar a melhor indicação. O objetivo deste poster é mostrar a estratégia cirúrgica seguida no tratamento de uma coxartrose bilateral numa doente que reunia condições para um elevado risco de luxação protética pós-operatória.

Material e Métodos

Trata-se de uma doente do sexo feminino, médica reformada, com 81 anos de idade, com um IMC de 22,97, que apresentava uma coxartrose bilateral, com significativa impotência funcional. Na abordagem clínica pré-operatória não detetamos alterações cognitivas. Assim, em janeiro de 2017 foi implantada, usando uma abordagem posterosuperior, uma prótese total na anca esquerda híbrida, componente acetabular não cimentado e aparafusado e haste femoral autobloqueante cimentada. No pós-operatório imediato, verificou-se um quadro de agitação psicomotora, comportamento compatível com patologia degenerativa cerebral cognitiva. Não houve registo de complicações relacionadas com a artroplastia.

Após 6 meses, implantou-se uma outra prótese total na anca contralateral. Devido status osteoarticular e à situação clínica, a estratégia cirúrgica seguida foi diferente. Desta forma, aplicou-se uma prótese total cimentada, uma cúpula acetabular constritiva tripolar cimentada e uma haste femoral autobloqueante cimentada. O pós-operatório decorreu sem complicações.

Resultados

Aos 8 meses de evolução a doente manifesta um alto grau de satisfação, apresenta ancas assintomáticas e estáveis, marcha com andarilho, faz a sua vida dentro das limitações impostas pela idade e pela sua condição física.

Discussão

Embora reconhecendo as complicações ligadas às cúpulas tripolares constritivas, estas têm sido usadas na cirurgia de revisão de instabilidades recorrentes de artroplastias da anca, em casos selecionados. Temos, também, vindo a indicar este tipo de cúpulas em fraturas traumáticas, em doentes com demência, debilitados, com insuficiência muscular e, também, em casos extremos ASA III-IV, como alternativa à ressecção artroplástica, com incontornáveis benefícios para o doente. Somos de parecer que nestes doentes o tipo de prótese a aplicar assume a maior importância, relegando para segundo plano a questão da via de abordagem da anca, anterior direta ou a via posterior.

Conclusão

A cúpula tripolar constritiva pode ser uma das soluções para a reconstrução acetabular no tratamento de coxartroses em doentes com elevado risco de luxação protética.

SOLP2 - Fratura osteolítica de c1c2 – fusão posterior por técnica de goel-harms

Tiago Pato, Isabel Ferreira, Paulo Lourenço, Carlos Jardim
(Centro Hospitalar Baixo Vouga, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

As fraturas do atlas e do odontoide são caracterizadas e definidas quanto ao seu nível, cominuição e estabilidade através da classificação de Landells (atlas) e a de Anderson e Grauer (odontóide), facilitando a escolha do tratamento mais adequado. O tratamento conservador está indicado na maioria destas fraturas, mas o tratamento

cirúrgico tem lugar na presença de certas características: a nível do atlas, o estado do ligamento transversal é crucial para a estabilidade e é o principal determinante para o tratamento cirúrgico; por sua vez, a nível do odontóide, após exclusão da instabilidade atlantooccipital, o segundo indicador cirúrgico é a fratura tipo 2, com ou sem cominuição. Além do mais, na presença simultânea de ambas as fraturas, atlas e odontóide, é crucial avaliar a sua instabilidade e a probabilidade de consolidação com o mínimo ou sem desvio.

Os autores apresentam um caso de um paciente de 79 anos que sofre uma queda de uma árvore e recorre ao serviço de urgência por cervicalgias, sem défices neurológicos associados. Após estudo adequado, diagnostica-se uma fratura cominutiva do arco anterior de C1, calcificação do ligamento transversal e fratura da apófise odontoide pela base (tipo II), sem desvio significativo, mas com lesões osteolíticas marcadas decorrentes de um provável processo inflamatório prévio. Atendendo à previsível dificuldade na obtenção de uma consolidação óssea pela osteólise existente, a lesão configura-se como mecanicamente instável, considerando-se adequado a estabilização cirúrgica da mesma. Optou-se assim a fusão posterior de C1C2 pela técnica de Goel e Harms, com parafusos nas massas laterais de C1 e pediculares em C2.

As fraturas de C1 e de C2 podem ter consequências severas se não diagnosticadas e tratadas adequadamente. Uma falha na suspeição clínica, assim como imagiologia inadequada da articulação occipitocervical e atlantoaxial promove o seu não diagnóstico numa primeira observação. Embora na sua maioria sejam fraturas tratadas de forma conservadora, é crucial classificar e determinar a estabilidade das mesmas, procedendo à escolha de uma intervenção cirúrgica adequada a cada caso. Os autores apresentam uma técnica de fusão posterior de C1C2, reprodutível e com uma percentagem de artrodese elevada, enquadrada numa revisão bibliográfica dos achados imagiológicos e classificação das fraturas C1 e C2, assim como descrição sumária e comparação com outras técnicas de fusão C1C2.

SOLP3 - Fratura da rótula em doente insuficiente renal – uma lesão simples?

Ricardo Araújo Ferreira, João Protásio, David Maia Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah, João Esteves, Nuno Geada

(Hospital Garcia de Orta, Almada)

Introdução – As fraturas da rótula constituem cerca de 1% das lesões esqueléticas, causando limitação importante dada a função da rótula na extensão do joelho. O tratamento cirúrgico em fraturas desviadas, apesar dos riscos inerentes, é a opção com os melhores resultados.

Material e Métodos – Apresentamos um caso clínico de um homem de 45 anos com antecedentes pessoais de nefrectomia esquerda pos-traumática, doença renal crónica, hipertensão arterial, tabagismo, artroplastia total da anca, hiperparatiroidismo secundário e défice de vitamina D.

Por fratura da rótula esquerda em agosto de 2013, foi submetido a tratamento cirúrgico com banda de tensão, fios de Kirschner e aramagem, complicada de falência osteossíntese e revisão de banda de tensão após cerca de 3 meses.

Aos 18 meses de operado, por pseudartrose da rótula foi submetido a remoção de banda de tensão e osteossíntese num primeiro tempo com suturas trans-ósseas e âncoras e num segundo tempo com parafusos canulados e enxerto autólogo, ficando o insucesso clínico associado a infeção de local cirúrgico.

Cerca de 16 meses depois, foi submetido a patelectomia parcial distal, avanço V-Y do quadrícipete e plastia do tendão rotuliano com isquiotibiais, verificando-se no entanto deiscência associada a necrose e infeção de local cirúrgico. Foi reoperado e feita excisão de tecidos desvitalizados, resultando defeito cutâneo persistente e extenso. Em dezembro de 2016, foi proposta artrodese fémuro-tibial sob fixador-externo e cirurgia de revestimento com retalho perfurante em propeller realizada em abordagem conjunta com Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

Resultados – A evolução pos-operatória da artrodese e do retalho foi favorável, apesar de evolução lenta, em conformidade com a patologia de base, nomeadamente a insuficiência renal e o edema significativo dos membros inferiores. Às 24 semanas pos-op, foi conseguida cicatrização total do retalho e consolidação de foco de artrodese, tendo sido removido o fixador externo.

Discussão – As fraturas da rótula apresentam pseudartrose em cerca de 2.7-12.5% dos casos. Apresentamos um caso complexo, no qual a opção cirúrgica de artrodese fémuro-tibial, apesar da perda de função articular, permitiu a preservação do membro num caso cuja evolução, poderia ter condicionado a necessidade de amputação.

Conclusão – Apresentamos um caso de fratura da rótula em doente com comorbilidades médicas importantes, com tentativas múltiplas de tratamento cirúrgico que culminou com artrodese fémuro-tibial, uma solução tradicionalmente pouco apreciada pelos cirurgiões ortopédicos, mas que neste caso após uma sequência de insucessos cirúrgicos, se revelou a melhor opção para o doente.

SOLP4 - Sinal do geyser como manifestação de rotura coifa rotadores

Carolina Oliveira, Filomena Ferreira, Margarida Areias, Bruno Pombo, Ana Pinheiro, Norberto Silva

(Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

Introdução: Os quistos da articulação acromioclavicular são raros e traduzem, habitualmente, patologia degenerativa do ombro. Etiologicamente estão definidos 2 tipos de quistos acromioclaviculares. O tipo 1 que está associado à degeneração isolada da articulação acromioclavicular, e o tipo 2 que se encontra associado à rotura da coifa dos rotadores (sobretudo do supraespinhoso) e, conseqüente, artropatia da coifa dos rotadores. O tratamento dos quistos pode ser conservador ou cirúrgico, dependendo da sintomatologia, idade do doente e da função articular do ombro.

Material e Métodos: Descreve-se um caso clínico de um doente, sexo masculino, de 78 anos, autónomo. Referenciado por tumefacção do ombro esquerdo, com cerca de 2 meses de evolução com crescimento progressivo e indolor. Sem história de traumatismo ou infecção prévia. Não referia dor ou alteração da mobilidade do ombro. Ao exame físico apresentava tumefacção volumosa, indolor, mole à palpação, não pulsátil no ombro esquerdo, sem dor a mobilização activa e passiva no ombro.

Resultados: No estudo por radiologia convencional apresentava diminuição do espaço subacromial, com migração cefálica da cabeça umeral, e evidência de omartrose (artropatia da coifa / omartrose excentrada). A ecografia evidenciou lesão quística com cerca de 5 cm com comunicação com a articulação acromioclavicular, associada a rotura maciça da coifa dos rotadores (sinal do Geyser). A RMN confirmou o resultado ecográfico.

Discussão: O sinal de Geyser é um sinal imagiológico, raramente encontrado, que foi descrito pela primeira vez por Craig et al. em 1984, na sequência de uma artrografia do ombro num doente com quisto acromioclavicular e rotura da coifa dos rotadores. A artropatia da coifa provoca uma migração cefálica do úmero e instabilidade gleno-umeral com desgaste da porção inferior da cápsula articular da articulação acromioclavicular. Posteriormente ocorrerá rotura da cápsula e migração do líquido da articulação gleno-umeral para o interior da articulação acromioclavicular (sinal de Geyser) originando o quisto acromioclavicular (tipo 2).

Conclusão: Os quistos acromioclaviculares podem constituir sequelas raras de roturas completas da coifa dos rotadores, ocorrendo geralmente em pacientes idosos. Nos quistos da articulação acromioclavicular o sinal de Geyser indica comunicação com o líquido da articulação gleno-umeral e está associado à rotura da coifa dos rotadores.

SOLP5 - Tratamento de luxação do cotovelo em doente politraumatizado – um caso raro de instabilidade articular sem fratura associada.

Ricardo Araújo Ferreira, João Protásio, David Maia Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah, Ricardo Alves

(Hospital Garcia de Orta, Almada)

Introdução – A articulação do cotovelo pode tornar-se instável através de lesões ósseas e ligamentares. A instabilidade pode traduzir-se num quadro de luxação persistente em agudo mas também de subluxação crónica.

O tratamento em agudo das instabilidades traumáticas do cotovelo tem por objetivo garantir a presença de estabilizadores suficientes para manter a redução articular durante o período de reabilitação, de forma análoga às luxações simples do cotovelo.

Material e Métodos – Apresentamos um caso clínico de um homem de 52 anos sem antecedentes de relevo, vítima de queda em altura da qual resultou fratura da bacia, estabilizada em primeiro tempo com fixador externo, e luxação do cotovelo esquerdo sem fratura associada, reduzida no local do traumatismo e imobilizada com tala braquial. Após estabilização médica, foi submetido a osteossíntese da bacia e verificando-se luxação postero-externa do cotovelo com instabilidade em valgo, foi nesse momento realizada abordagem medial do cotovelo, transposição do nervo cubital e reconstrução do complexo ligamentar medial, constatando-se rotura justainsercional proximal epitrocLEAR do feixe anterior do ligamento colateral ulnar, utilizando-se 2 âncoras de 2.0mm e sutura. Comprovou-se estabilidade intraoperatoriamente e imobilizou-se em flexão de 90°.

Resultados – A evolução pos-operatória foi favorável, tendo mantido imobilização e iniciado mobilização passiva após 2 semanas, sem clínica de instabilidade. Apresentava déficit de 30° na extensão e 45° na flexão. Iniciou tratamentos de fisioterapia com boa resposta, apresentando-se com articulação estável e sem défices de amplitude com relevo clínico aos 5 meses.

Discussão – As luxações do cotovelo frequentemente condicionam algum grau de instabilidade rotatória postero-lateral. Existem referências na literatura que referem persistência de queixas em até 50% dos doentes e incapacidade para retomar atividade desportiva em até 25% dos atletas com luxações simples tratadas conservadoramente. Nos casos de instabilidade persistente em agudo, o tratamento cirúrgico implica o conhecimento da biomecânica articular do cotovelo, o diagnóstico e caracterização correta do tipo de instabilidade e a identificação das estruturas lesadas.

Conclusão – Apresentamos um caso de um doente politraumatizado no qual a ausência de lesões ósseas poderia conduzir a uma subvalorização da instabilidade do cotovelo. A reavaliação adequada em 2º tempo permitiu uma abordagem cirúrgica com bom resultado funcional a médio prazo.

SOLP6 - Luxação crónica posterior do ombro - que tratamento a realizar?

Tiago Pato, André Pinto, Vítor Hugo Pinheiro, João Boavida, José Mónico, Ana Inês
(Centro Hospitalar Baixo Vouga, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

O ombro é a articulação com maior percentagem de luxações, no entanto, uma luxação posterior é relativamente rara (1-5%). O seu diagnóstico passa despercebido 60-79% das vezes nas primeiras avaliações. Em consequência, um número muito significativo são diagnosticadas tardiamente e resultam em dor crónica, rigidez ou incapacidade funcional. O exame físico é subtil e a suspeita diagnóstica essencial. Clinicamente, pode apresentar-se como uma proeminência arredondada posterior, um processo coracoide proeminente, uma marcada limitação da rotação externa e/ou um braço mantido em rotação interna. A imagiologia convencional, radiografia AP, revela apenas sinais subtis e difíceis de interpretar. Uma incidência axilar ou escapular lateral pode ser a chave do diagnóstico. Uma TC poderá ser tanto diagnóstica, como para planeamento do tratamento: a delimitação e caracterização do defeito umeral (Hill-sachs invertido) ditam o tipo de abordagem. Em lesões agudas, estáveis, com <20% de defeito umeral, o tratamento conservador é geralmente eficaz. A cirurgia está indicada para lesões instáveis ou com mais de 20% de atingimento. A técnica de McLaughlin modificada (defeitos <50%) ou a artroplastia do ombro (>50%) são o gold-standard para o tratamento desta lesão.

Os autores apresentam um caso de um paciente de 71anos, etilizado e vítima de agressão, do qual resultou luxação bilateral dos ombros: anterior à direita, posterior à esquerda. Após redução bilateral, optou-se por tratamento conservador. O seguimento do paciente é perdido e após cerca de um mês retorna novamente à urgência onde se verifica uma marcada limitação da rotação interna do ombro esquerdo. É realizado estudo com Rx e TC que diagnostica uma luxação posterior e revela uma lesão de Hill-sachs invertido envolvendo mais de 50% da cabeça umeral. Atendendo à provável cronicidade da luxação e grau do defeito umeral, não existia indicação para um procedimento reconstrutivo, optando-se por a uma artroplastia total invertida do ombro por via deltopeitoral, de forma a restaurar a função e mobilidade do ombro. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências

e o paciente apresenta as seguintes mobilidades: flexão 80°, abdução 80°, rotação externa 30° e interna até ao bolso da frente.

A raridade da luxação posterior do ombro, associada aos sinais clínicos discretos e radiografia AP com características subtis, resultam numa falha diagnóstica e consequente cronicidade. Este trabalho expõe as dificuldades no diagnóstico e tratamento desta lesão rara, recorrendo à revisão bibliográfica existente e enquadrando-a com um caso clínico referente a uma luxação posterior negligenciada tratada com uma artroplastia total invertida do ombro.

SOLP7 - Caso clínico luxatio erecta

João Pedro Campos, Levi Fernandes, Luis Carvalho, Daniel Cruz Castro, Tiago Lino, João Barroso, Joana Cardoso, Edgar Meira

(Unidade Local de Saúde de Matosinhos)

INTRODUÇÃO

Luxatio Erecta refere-se a luxação glenoumeral inferior. Corresponde a 0.5% dos casos de luxação do ombro, sendo uma patologia rara no serviço de urgência. Redução atempada é necessária para restabelecer o alinhamento e prevenir complicações. É o tipo de luxação do ombro com maior incidência de lesões neurovasculares.

CASO-CLÍNICO

Um homem de 52 anos, operário de construção civil, recorre ao serviço de urgência após queda de escada (cerca de 1m de altura) quando estava com o membro superior em elevação completa tendo embatido com este membro contra uma parede próxima, forçando a hiperabdução. Ao exame físico tinha o membro superior direito totalmente abduzido no ombro, fletido no cotovelo, pronado no antebraço e com a mão pousada sobre a cabeça, sendo incapaz de o baixar. O pulso radial estava preservado e não apresentava défices sensitivos ou motores distais. A radiografia revelou luxação glenoumeral inferior. A diáfise do úmero encontrava-se paralela à espinha da omoplata. Qualquer tentativa de movimento do ombro causava dor severa e apreensão, não sendo possível a redução com o doente consciente. Foi feita redução fechada sob sedação no bloco operatório com técnica de um passo por tração do membro superior. Redução confirmada por radiografia, tendo-se observado fratura da grande tuberosidade, sem desvio. Sem défices sensitivos ou motores distais após a redução. Foi prescrito suporte de braço com banda por três semanas seguido por fisioterapia.

DISCUSSÃO

Este paciente apresentava a posição clássica da luxação inferior do ombro.

Neste caso o mecanismo de lesão foi o indireto. O doente tinha o membro elevado que foi sujeito a hiperabdução no embate contra a parede durante a queda, alavancando o úmero no acrómio com consequente lesão da cápsula e labrum inferior.

Lesões secundárias são geralmente de natureza neurovascular por impingement da artéria axilar e/ou plexo braquial.

Estão descritas duas manobras para redução. Manobra em um passo por tração e contra-tração. Manobra em dois passos, específica para este tipo de luxação, que inclui a transformação numa luxação anterior e posteriormente a redução.

No nosso caso procedemos a redução fechada com a manobra de um passo sem contra-tração. A manobra foi realizada com sucesso por um único operador, numa única tentativa e com tração axial e adução no paciente sob sedação.

CONCLUSÃO

Redução em um passo pode ser aplicada facilmente por um operador num doente sob sedação.

SOLP8 - Fratura da tuberosidade anterior da tibia em idade pediátrica – opções cirúrgicas a propósito de 2 casos clínicos.

Ricardo Araújo Ferreira, João Protásio, David Maia Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah, Ana Sofia Neves

(Hospital Garcia de Orta, Almada)

Introdução - A fratura da tuberosidade anterior da tibia (TAT) é uma patologia rara, mais frequente em rapazes no final do crescimento, com incidência entre 0.4 e 2.7%. Está associada a uma contração violenta do quadríceps e nos casos com desvio, a opção cirúrgica com redução aberta e osteossíntese com parafusos é a mais frequentemente utilizada.

Material e Métodos - Apresentamos os casos clínicos de dois rapazes de 14 e 15 anos, com dor e limitação funcional do joelho esquerdo, após movimento de extensão contrariada em apoio durante prática de futebol, ambos com fratura da TAT, classificáveis com um grau IIB e IIIA de Ogden.

Resultados - As opções cirúrgicas foram decididas tendo em atenção a classificação de Ogden. No primeiro caso (grau IIB) realizou-se redução cruenta da TAT e estabilização com: (1) sutura em banda de tensão com fita de PDS através do tendão rotuliano e através de túnel ósseo na metáfise tibial; (2) sutura do perióstio tuberositário; (3) imobilização em extensão com tala cruropodálica.

No segundo caso (grau IIIA) optou-se por redução cruenta e osteossíntese com 2 parafusos anteroposteriores com artrotomia e controlo da superfície articular e imobilização em extensão com tala cruropodálica.

A evolução pós-operatória foi favorável em ambos os casos, retirando tala às 5 semanas e iniciando mobilização passiva com flexão gradual. Durante a fisioterapia verificou-se boa evolução com ausência de dor relevante e com integridade do mecanismo extensor. Ambos os doentes tiveram indicação para retorno a corrida às 12 semanas e regresso em pleno ao desporto aos 5 meses. Radiologicamente ambos apresentavam redução anatômica da TAT e consolidação.

Discussão - O tratamento das fraturas da TAT inclui várias alternativas ortopédicas e cirúrgicas. A correta classificação do tipo de fratura e a avaliação do desvio, é um requisito essencial para a redução eficaz destas lesões e para evitar eventuais complicações, nomeadamente a consolidação viciosa com afetação do mecanismo extensor, patela alta ou baixa e o recurvatum. A opção por artrotomia, redução cruenta e osteossíntese, apesar de maior risco de intolerância ao material e interferência com as fises, deve ser considerada nos casos com atingimento articular.

Conclusão - Apresentamos dois casos de fratura da TAT tratados com técnica cirúrgica decidida em concordância com o tipo e classificação da fratura, ambos com bom resultado clínico e radiológico, reforçando a importância da interpretação correta da lesão e conhecimento das opções cirúrgicas descritas na literatura.

SOLP9 - Uma causa involgar de compressão do nervo interósseo posterior

Ana Ferrão, Francisco Requicha, Hugo Santos, André Simões, Rui Gonçalves, Frederico Teixeira
(Centro Hospitalar de Lisboa Central)

INTRODUÇÃO:

A síndrome do nervo interósseo posterior (NIP) resulta da compressão de um ramo do nervo radial no antebraço, causando parésia do compartimento extensor.

O lipoma é um tumor benigno e de crescimento lento. No cotovelo, um lipoma profundo é uma causa rara de compressão do NIP. Clinicamente, o doente pode apresentar diminuição da força de extensão do punho e dedos.

MATERIAL E MÉTODOS:

Mulher de 68 anos, dextra; referenciada à consulta por quadro progressivo com 10 meses de evolução de diminuição da força muscular de extensão do punho e dedos da mão à direita, acompanhada de tumefação do antebraço.

Objetivamente, exibia uma mão pendente com incapacidade funcional para extensão do punho e dedos da mão de D2 a D5; sem défices sensitivos. Na face posterolateral do antebraço apreciava-se uma massa elástica exuberante e indolor.

Realizou ressonância magnética que demonstrou volumoso lipoma bem capsulado, sem invasão de estruturas musculares adjacentes. O estudo eletrodiagnóstico foi compatível com lesão de tipo misto (axonal e desmielinizante) do NIP do nervo radial direito com sinais de reinervação em todos os músculos estudados. Foi submetida a excisão em bloco do lipoma, tendo iniciado programa de reabilitação funcional precoce.

RESULTADOS: Às duas semanas de pós-operatório a doente mantinha incapacidade para extensão de D2 a D5, tendo recuperado parcialmente a extensão do punho.

Aos 2 meses pós-cirurgia, fazia extensão do punho, de D4 e D5.

A recuperação da extensão de todos os dedos ocorreu gradualmente até aos 6 meses.

A anatomia patológica da peça cirúrgica confirmou tratar-se de um lipoma capsulado.

DISCUSSÃO:

O NIP é um ramo puramente motor do nervo radial. A sua compressão crónica pode cursar com a clínica de mão pendente.

Vários fatores estão descritos na sua fisiopatologia, entre os quais: microtraumatismos repetitivos pela prono-supinação, fraturas/luxações proximais do antebraço; lesões ocupantes de espaço; processos inflamatórios peri-nervo e iatrogenia.

A história natural da compressão do NIP por tumores é gradual, com perda progressiva da destreza manual. O seu tratamento passa pela excisão total do tumor, com preservação das estruturas circundantes. As recidivas são incomuns.

CONCLUSÃO:

O lipoma do antebraço é uma causa incomum de compressão do NIP.

o prognóstico desta entidade é dependente da duração da agressão ao nervo.

Neste sentido, a excisão precoce da massa permite uma boa recuperação funcional.

SOLP10 - Fratura de bennett com extensão diafisária – um padrão atípico de tratamento difícil.

Ricardo Araújo Ferreira, João Protásio, David Maia Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah, Juscelino Livramento

(Hospital Garcia de Orta, Almada)

Introdução – A fratura-luxação de Bennett é uma lesão intra-articular da base do 1º metacárpico com luxação da primeira articulação carpometacárpica. É uma fratura instável cujo tratamento inadequado pode levar a osteoartrose secundária, perda de força e limitação funcional.

Material e Métodos – Apresentamos um caso de um homem de 49 anos, que no contexto de prática desportiva com bicicleta, sofreu um traumatismo do 1º dedo da mão dominante do qual resultou fratura-luxação da base do 1º metacárpico, com padrão articular característico de fratura de Bennett com o componente articular de maior dimensão luxado radial e dorsalmente e o componente menor in situ pela ação do ligamento palmar oblíquo. No entanto, ao contrário do habitual, a fratura apresentava extensão diafisária oblíqua longa, tornando mais complexa a abordagem cirúrgica que implicou abordagem dorso-radial, redução aberta e osteossíntese com placa em T e parafusos corticais e bloqueados de 2.0mm. Optou-se por não imobilizar no período pos-cirúrgico.

Resultados – A evolução foi favorável, sem complicações de cicatrização e boa evolução radiológica. Apesar de ausência de dor significativa, o doente apresentava rigidez articular, tendo feito tratamentos de fisioterapia. Aos 3 meses de operado o doente regressou às suas atividades, com défice de 20º de abdução e extensão, mas com opondência mantida e sem dor relevante.

Discussão – O tratamento de fraturas articulares da base do 1º metacárpico tipo Bennett é invariavelmente cirúrgico. A literatura sugere não existir vantagem da opção por redução cruenta e osteossíntese quando comparada com redução fechada e estabilização com fios de Kirschner. Alguns autores defendem que a opção cirúrgica deverá depender da dimensão dos fragmentos e em casos como o apresentado, a opção por osteossíntese poderá permitir um resultado cirúrgico melhor. Parece existir evidência de que, independentemente

da técnica cirúrgica, o alinhamento e a redução da subluxação são os fatores com maior implicação prognóstica. A literatura referencia em casos tratados com redução aberta uma persistência frequente de redução articular imperfeita, questionando-se as vantagens deste método cirúrgico. Sinais precoces de rizartrose secundária são comuns nestes casos, mesmo em doentes tratados com redução aberta e osteossíntese, no entanto, não é clara a correlação radiológica com o surgimento de osteoartrose sintomática e eventual necessidade de procedimentos cirúrgicos para tratar as alterações degenerativas.

Conclusão – Apresentamos um padrão atípico de fratura intra-articular da base do 1º metacárpico, cuja indicação de técnica cirúrgica não é consensual, tratada com redução aberta e osteossíntese.

SOLP11 - Luxação carpo-metacarpo do quinto dedo

Tiago Pato, Filipe Sá Malheiro, Sérgio Pita, André Ferreira dos Santos, Pedro Serrano, José Martel

(Centro Hospitalar Baixo Vouga, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

As luxações carpo-metacarpo (CMC) são lesões incomuns, representando menos de 1% das lesões da mão. Até cerca de 70% podem passar despercebidas na primeira avaliação, sendo necessário por vezes, incidências radiológicas específicas para o seu diagnóstico.

Em particular, o quinto dedo é o mais suscetível devido à sua maior mobilidade e menor área de contacto articular. Um conhecimento adequado da lesão e seu mecanismo, assim como um alto nível de suspeição clínica, são essenciais para o diagnóstico e tratamento precoce.

O caso representa uma paciente de 65 anos, que recorre ao serviço de urgência após queda sobre o bordo ulnar da mão, referindo dor, edema e impotência funcional do 5º dedo da mão esquerda, a nível da CMC. Ao exame objetivo apresentava ressalto e instabilidade a este nível. Foram pedidas radiografias da mão que apresentavam uma luxação dorso-ulnar do metacarpo. Perante a situação, a paciente foi submetida a redução fechada sob controlo fluoroscópico e fixação percutânea com dois fios kirschner, seguido de gesso braqui-palmar. A imobilização e os fios K foram mantidos por 6 semanas. Após este período, não apresentava instabilidade ao exame objetivo e radiologicamente com bom alinhamento. Atualmente apenas refere queixas de discreta rigidez ao acordar e sensação de insegurança em movimentos rotacionais forçados, como abrir frascos. A paciente nega dor ou novos episódios de luxação.

Os autores pretendem dar a conhecer uma entidade incomum, cuja suspeição clínica é fundamental para diagnóstico. O caso é enquadrado numa revisão bibliográfica das luxações CMC, e pretende difundir o conhecimento e importância do diagnóstico e tratamento precoce das mesmas.

SOLP12 – Lesão Stener-Like do ligamento colateral radial da primeira articulação metacarpofalângica – Um caso clínico pouco frequente

Ricardo Araújo Ferreira, João Protásio, David Maia Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah, Júlio Almeida

(Hospital Garcia de Orta, Almada)

Introdução – A lesão de Stener do ligamento colateral ulnar da articulação metacarpofalângica do 1º dedo é caracterizada pela interposição da aponevrose do adutor entre a avulsão distal do ligamento e a sua inserção na base da falange. As lesões Stener-like noutras localizações são mais raras, tanto no bordo radial do 1º dedo como nos restantes dedos da mão. Sendo reportados poucos casos na literatura, é frequente serem lesões subvalorizadas, condicionando quadros de instabilidade crónica.

Material e Métodos – Apresentamos um caso clínico de um jovem de 20 anos, com antecedentes de dedo em martelo ósseo tratado cirurgicamente aos 15 anos e hérnia umbilical submetido a hernioplastia aos 8 anos. No contexto de prática desportiva, sofreu um traumatismo do 1º dedo da mão dominante, com mecanismo de hiperextensão e stress em varo, do qual resultou fratura-avulsão da base da falange proximal do 1º dedo, condicionando instabilidade da articulação metacarpofalângica por lesão Stener-like do ligamento colateral radial, conforme documentado por radiografias com stress em varo.

Foi proposto para tratamento cirúrgico, tendo sido submetido a abordagem radial, redução cruenta e fixação de fratura com parafuso canulado autocompressivo de 2.4mm e reforço da inserção distal do ligamento colateral radial da 1ª articulação metacarpofalângica com colocação de 2 âncoras e sutura, verificando-se estabilidade intraoperatoriamente. Não foi feita imobilização, incentivando-se a mobilização conforme tolerância.

Resultados – A evolução pos-operatória foi favorável, sem complicações de cicatrização, sem instabilidade articular e sem rigidez. A partir dos 3 meses de operado, o doente apresentava amplitude de movimento simétrica, sem instabilidade e sem queixas álgicas.

Discussão – As lesões Stener-like, pela sua raridade, tendem a ser menosprezadas. Na literatura existem referências à interposição das bandas sagitais dificultando a cicatrização do ligamento colateral e do fragmento ósseo avulsionado, de forma análoga às lesões de Stener ulnares do 1º dedo. As roturas parciais podem ser tratadas cirurgicamente, no entanto as roturas completas devem ser tratadas cirurgicamente. As opções cirúrgicas incluem sutura com âncora e osteossíntese quando existe um fragmento ósseo de maior dimensão. Nas lesões crónicas as opções de reconstrução do ligamento e artrodese são também válidas.

Conclusão – Apresentamos um caso pouco frequente de lesão Stener-like radial da 1ª articulação metacarpofalângica, tratado de forma análoga às lesões de Stener ulnares, com bom resultado clínico e radiológico.

SOLP13 - Rutura crónica do tendão de aquiles com 3 anos de evolução tratada com a técnica de teuffer

Marta Maio, António Lemos Lopes, Pedro Teixeira Mota, Rita Sapage, Carlos Branco, Carlos Cerca
(Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto Douro)

INTRODUÇÃO:

O tendão de Aquiles é o tendão do membro inferior que mais ruturas sofre. Não existe consenso do tempo específico em que uma rutura aguda passa a crónica, mas 4 semanas é o intervalo mais aceite. Devido à retração das fibras e atrofia muscular há dificuldade em conseguir realizar uma tenorrafia topo-a-topo, tornando o seu tratamento desafiante. Várias técnicas cirúrgicas estão descritas para tratamento de ruturas crónicas do tendão de Aquiles, embora nenhuma aceite como gold standard.

CASO CLÍNICO:

Doente do género feminino, de 38 anos, empregada de café, com antecedentes de rutura de tendão de Aquiles há cerca de 3 anos, que recorre à consulta de Ortopedia por dor e incapacidade de efetuar flexão plantar. Na data da rutura aguda terá sentido dor intensa na região aquiliana quando estava a transportar um peso, que não terá valorizado. Observada em consulta de Ortopedia passado cerca de 6 meses mas recusou cirurgia.

Nova consulta passados 3 anos, no exame físico apresentava um defeito palpável na região aquiliana esquerda, teste de Thompson positivo, atrofia do gémeos quando comparado com o contralateral, dorsiflexão excessiva e flexão plantar diminuída. Era incapaz de deambular em pontas à esquerda. Realizou ressonância magnética que confirmou o diagnóstico de rutura crónica do tendão de Aquiles.

Foi proposta para cirurgia sendo a técnica utilizada a descrita por Teuffer, utilizando o tendão peroneal breve. Após a cirurgia aplicada bota gessada em flexão plantar. Pós-operatório decorreu sem intercorrências. Permaneceu com imobilização gessada 6 semanas, iniciando posteriormente reabilitação funcional. Aos 3 meses, flexão plantar com mobilidade normal. Aos 6 meses consegue deambular em pontas. Na consulta de 1 ano mantém-se sem limitações funcionais.

DISCUSSÃO:

As ruturas crónicas do tendão de Aquiles não respondem favoravelmente ao tratamento conservador. O tratamento cirúrgico destas lesões, quando negligenciadas ou em re-ruturas, está associado a vários problemas técnicos, principalmente quando a distancia entre os topos do tendão é superior a 3cm, impedindo uma sutura topo-a-topo.

As transferências tendinosas são, hoje em dia, as técnicas mais comumente utilizadas, com o tendão plantar, peroneal breve ou flexor longo do hallux. O baixo número de pacientes com esta patologia, leva a que haja séries limitadas de doentes nos trabalhos publicados.

A técnica de Teffeur, utilizando enxerto de tendão peroneal breve é pouco invasiva, mas apesar de ser exigente, é segura e proporciona bons resultados funcionais, mesmo em lesões com evolução longa. As principais complicações relacionadas com este procedimento são as deiscências e infeções da sutura devido à necessidade de uma incisão longitudinal única para a sua execução.

No caso clínico descrito não existiram complicações relacionadas com a técnica, a paciente teve uma recuperação completa, sem intercorrências e apresenta uma mobilidade e função praticamente normais.

SOLP14 - Artrodese ab-initio em fratura bilateral do calcâneo – caso clínico

Isabel Dinis Ferreira, José Lito Mónico, Cura Mariano, Jorge Faisca, Fernando Judas, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

INTRODUÇÃO

As fraturas do calcâneo correspondem a 60% das fraturas do tarso, sendo que cerca de 10% são bilaterais.

O mecanismo mais frequente de lesão são traumatismos de alta energia como queda em altura ou acidentes de viação.

O padrão de fratura e o grau de cominuição são variáveis dependendo de factores como a energia do traumatismo e a posição dos pés no momento do impacto. As fraturas intra-articulares são mais frequentes que as extra-articulares.

Existem vários sistemas de classificação para as fraturas intra-articulares, sendo a classificação de Sanders uma classificação de referência com valor prognóstico, baseia-se nos achados da TC coronal, dividindo as fraturas em quatro grupos (I-IV) segundo o número de fragmentos deslocados na faceta posterior da articulação subastragalina.

O tratamento das fraturas intra-articulares pode ser conservador ou cirúrgico dependendo do tipo de fratura e doente. O tratamento conservador está indicado nas fraturas tipo I ou doentes maus candidatos a cirurgia. O tratamento cirúrgico está indicado nos tipos II a IV. Nos tipos II e III está indicada redução fechada e fixação percutânea ou redução aberta e fixação interna. Nos tipos IV ou tipos II e III muito cominutivos está indicado redução aberta com fixação interna e artrodese primária da articulação subastragalina.

MATERIAL/METODOS

Caso clínico de um doente de 33 anos, sexo masculino. Trazido ao serviço de urgência após queda de 5 metros de altura. Na admissão apresentava edema, dor e impotência funcional. O estudo radiológico do pé revelou fratura intra-articular bilateral do calcâneo. A lesão foi caracterizada por TC articular, tendo-se verificado tratar-se de fraturas tipo IV de Sanders. O doente foi submetido a tratamento cirúrgico diferido, devido às condições cutâneas.

RESULTADOS

Foi realizada redução aberta e osteossíntese com placa de calcâneo seguida de artrodese da articulação subastragalina com enxerto homólogo.

O pós-operatório decorreu sem complicações. Manteve imobilizações gessadas e descarga total 8 semanas, tendo depois iniciado reabilitação. Aos 6 meses de pós-operatório apresentava um score AOFAS 87, tendo já regressado à sua actividade profissional.

DISCUSSÃO

O tratamento das fraturas do calcâneo com artrodese primária é controverso, apesar de existirem relatos com excelentes resultados funcionais. A artrodese primária só deve ser realizada quando acompanhada por uma técnica que recupera a altura do calcâneo, caso contrário, fica comprometido o sucesso da cirurgia.

CONCLUSÃO

Este caso clínico é um exemplo de como a artrodese primária pode ter bons resultados clínicos e radiológicos, devendo ser considerada neste tipo de fraturas.

SOLP15 - Pseudoartrose distal do fémur: a propósito de um caso clínico

Ana Teresa Rocha, João Sarafana, Teresa Oliveira, Gonçalo Viana, Fernando Xavier, Carlos Evangelista
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:

A pseudoartrose a nível do fémur distal é relativamente incomum, tendo uma taxa de incidência entre os 0-6%. Apresenta uma morbilidade significativa para o doente e um desafio de tratamento para o cirurgião. Muitos métodos cirúrgicos foram descritos como tratamento, incluindo a fixadores externos, fixação intramedular com cavilha, fixação extramedular com placas bloqueadas/ângulo fixo e menos frequentemente a realização de artroplastia. A complexidade do problema aumenta quando este se associa a gonartrose pós-traumática grave. Apresentamos de seguida um caso clínico de uma pseudoartrose supracondiliana do fémur tratada cirurgicamente, num doente com gonartrose.

Métodos:

Homem de 76 anos, à data da primeira consulta, apresentava gonalgia grave à direita com deformidade em valgu. Como antecedentes o doente referia acidente de viação do qual resultou fratura supracondiliana do fémur direito em 2011, tendo sido submetido a intervenção cirúrgica em outra instituição. Radiologicamente constata-se atraso de consolidação da fratura supracondiliana associada a gonartrose grau IV e um desvio em valgu do alinhamento do membro. Apesar de carga total ao fim de um ano (2012), não se constatou a formação de calo ósseo pelo que o doente foi submetido a intervenção cirúrgica. Optou-se por realizar todo o tratamento em um só tempo operatório, com extracção da cavilha retrógrada presente, desbrimento do foco de pseudoartrose, aplicação de fatores de crescimento e realização de artroplastia total do joelho com hastes femorais e tibiais longas.

Resultados:

O doente iniciou carga total imediata e aos 3 meses evidenciava calo ósseo. aos 12 meses de pós-operatório realizava uma flexão de 100º e extensão com 10º de défice. Radiologicamente a fratura encontrava-se consolidada. Aos 5 anos de pós-operatório, com 81 anos, mantém-se assintomático, sem necessidade de auxiliares de marcha.

Discussão e Conclusão:

A artroplastia é uma opção a considerar no tratamento de uma pseudoartrose no doente geriátrico com osteoporose e artrose associada. A intervenção deve obviamente incluir a restauração do eixo mecânico normal do fémur distal para um resultado satisfatório. A realização do tratamento em um só tempo operatório com possibilidade de carga total e reabilitação funcional imediata, diminui a morbi e mortalidade associada a múltiplos procedimentos e períodos longos de reabilitação por descarga, nestes doentes geriátricos. Por isso as soluções escolhidas devem sempre focar-se na intervenção mais simples, eficaz e com menor impacto a nível de limitações pós-operatórias impostas.

SOLP16 - Complicações encontradas no alongamento ósseo sob cavilha – a propósito de um caso clínico

Ana Ferrão, Francisco Requicha, Joana Arcângelo, Vicente Campos, João Pedro Jorge, Nuno Carvalho
(Centro Hospitalar de Lisboa Central)

INTRODUÇÃO

A hipometria do fémur pode ser adquirida ou congénita.

Atualmente, as principais técnicas para correção da dismetria utilizam mecanismos de osteogénese em distração, com recurso a fixadores externos isoladamente ou em associação a cavilhas. Estes implantes podem ser colocados em simultâneo com o fixador ou apenas na fase de consolidação.

O alongamento sob cavilha permite diminuir o tempo de fixador externo, protegendo o regenerado da fratura/deformação. As principais complicações incluem a infeção profunda, o desvio do eixo mecânico, a luxação e a não consolidação.

MATERIAL E MÉTODOS

Reporta-se o caso clínico de uma mulher de 42 anos, com uma hipometria pós-traumática do fémur esquerdo com cerca de 5 centímetros de dismetria.

Clinicamente apresentava uma marcha dolorosa e claudicante, dependente de auxiliares de marcha. Após planeamento, foi submetida a alongamento sob cavilha, com fixador externo circular (Ilizarov).

RESULTADOS

A fase distrativa teve a duração de 4 meses, com a velocidade de 1 mm por dia em 4 incrementos. Após bloqueio da cavilha, removeu-se o fixador externo.

Durante a fase de consolidação, 2 das potenciais complicações desta técnica foram encontradas. Após 1 ano e meio sem evidências radiográficas de consolidação total, realizou TAC que mostrou uma não consolidação do regenerado. A solução cirúrgica foi a substituição da cavilha por uma de maior diâmetro, após fresagem do canal medular e colocação de autoenxerto do aspirado colhido. Aos 4 meses dinamizou-se a cavilha, tendo-se obtido consolidação total passados 6 meses.

A segunda complicação foi encontrada no final do tratamento, tendo-se observado perda do alongamento com uma dismetria residual de 1.5 centímetros, compensada com palmilha.

Nesta fase, a doente deambulava sem queixas ou auxiliares.

DISCUSSÃO

De acordo com Paley, as complicações dos alongamentos variam de 1 a 200%, podendo ser classificadas em problemas, obstáculos e complicações verdadeiras, de acordo com o timing da sua resolução e as sequelas.

Em média, ocorrem cerca de 2 complicações por procedimento. Há maior probabilidade de obstáculos quando o alongamento é superior a 6 centímetros ou a 21.5% do comprimento do osso.

Neste caso houve uma perda parcial do alongamento obtido. Uma dismetria inferior a 2 centímetros é geralmente bem tolerada, pelo que este resultado não interferiu com a qualidade de vida da doente.

CONCLUSÃO

o alongamento sob cavilha é um procedimento complexo, com várias vantagens descritas.

As complicações devem ser tratadas agressivamente à medida que surgem, de modo a evitar sequelas.

SOLP17 - Fractura da Rótula - 8 meses sem diagnóstico

Teresa Oliveira, Filipe Marques, Ana Luisa Neto, Ricardo Antunes, João Faria, António Martins
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução: As fracturas da rótula são incomuns (cerca de 1% de todas as fracturas) e mais frequentes no sexo masculino. Estas fracturas são de particular importância devido ao compromisso do aparelho extensor do joelho e à sua associação com alterações significativas da articulação femoropatelar. As fracturas de tipo transversal completo podem ocorrer por trauma directo ou indirecto, nomeadamente por contracção excêntrica do quadricípite com o joelho em flexão.

Material e Métodos: Apresenta-se o caso de um doente do sexo masculino, de 40 anos de idade, que recorreu à consulta por queixas de gonalgia esquerda e limitação da extensão e flexão do joelho com cerca de 8 meses de evolução. Refere, como mecanismo desencadeante das queixas, trauma directo da face anterior do joelho esquerdo em contexto de embate contra rochas quando praticava surf. Ao exame objectivo apresentava tumefacção distal da face anterior da coxa associada a compromisso da extensão activa do joelho esquerdo (0-10º). Palpava-se massa óssea ao nível da porção distal da face anterior da coxa esquerda, com depressão ao nível da face anterior do joelho. Radiograficamente constatou-se fractura transversal completa da rótula (classificação AO: 34-C1.1), distando os topos ósseos cerca de 58 mm.

Resultados: Foi submetido a excisão de fibrose e cruentação dos topos ósseos. Devido à marcada retracção do quadricípite, foi necessária a realização de quadricipitoplastia de alongamento para possibilitar a osteossíntese com banda de tensão. No pós-operatório imediato manteve descarga no membro operado com joelheira bloqueada a 0º de extensão e 30º de flexão.

Discussão: Iniciou, desde então, fisioterapia, com diminuição progressiva da limitação da flexão do joelho, registando melhoria funcional e algia associada. Aos 7 meses de pós-operatório apresenta arco de movimento activo 0-85º. Mantém-se em programa de fisioterapia, não apresentando compromisso das actividades de vida diária nem dor associada. Radiograficamente, no entanto, apresenta justaposição dos topos ósseos, mas sem consolidação observável.

Conclusão: Apesar do intervalo de tempo significativo entre o traumatismo e o diagnóstico da fractura e subsequente intervenção, verificou-se um resultado com óptimo resultado clínico e funcional.

SOLP18 - Fratura periprotésica do joelho bilateral – relato de caso

Eva Campos Pereira, José Pestana, João Pita, Victor Menezes, Anacleto Mendonça

(Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal)

As fraturas periprotésicas do joelho são definidas como fraturas que ocorrem no fémur, tíbia e patela após artroplastia total do joelho (ATJ). Localizam-se no espaço de 15 cm da linha articular ou a 5 cm da extremidade do implante, no caso de componentes com hastes endomedulares.

O aumento da esperança média de vida, associado a um aumento das co-morbilidades, bem como uma prevalência cada vez maior de ATJ realizadas anualmente, aumentam a frequência deste tipo de complicação.

As fraturas periprotésicas do fémur distal são as fraturas mais frequentes (0,3-2,5% em todo o tipo de artroplastias; 1,6-38% em artroplastias de revisão) e podem ocorrer em qualquer doente durante ou após a ATJ.

A maior parte das fraturas periprotésicas ocorrem após trauma menor ou após uma queda simples. Trauma de alta energia pode ocorrer em 10% dos casos.

O principal fator de risco é a osteoporose que se relaciona com o aumento de idade e com o sexo feminino - cerca de 80% das fraturas periprotésicas ocorrem em mulheres. Outros fatores de risco são o uso crónico de medicação osteopénica, presença de alterações neurológicas, infeção, osteólise, notching femoral anterior e artroplastia de revisão.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Doente do sexo feminino, 64 anos, com antecedentes de ATJ bilateral por gonartrose (2000 e 2004), hipertensão arterial, obesidade, hipotireoidismo e fibrilação auricular sob anticoagulação oral.

Recorreu ao Serviço de Urgência, após trauma de alta energia (queda de muro de 3 metros de altura), com queixas algicas, edema e deformidade de ambos os joelhos.

Foram realizadas duas radiografias convencionais, uma ântero-posterior e uma de perfil, que evidenciaram fratura periprotésica do joelho bilateral, classificadas como tipo II segundo Lewis e Rorabeck.

Em cirurgia programada, no mesmo tempo cirúrgico, foi submetida a redução cruenta e osteossíntese com placa LISS® em ambos os joelhos, tendo-se constatado estabilidade dos componentes periprotésicos intra-operatoriamente.

RESULTADOS:

Seis meses depois, a doente deambulava ainda com auxiliares de marcha. Apresentava, no entanto, ambos os joelhos alinhados com um arco de movimento de 0 a 100 graus e ausência de queixas algicas.

CONCLUSÃO:

Apesar da complexidade destas fraturas e a sua exigência técnica constituírem um desafio para o ortopedista conseguiram-se alcançar os objetivos de tratamento deste tipo de fraturas: ausência de dor, consolidação radiológica aos 6 meses e arco de movimento superiores a 90 graus com deambulação precoce.

SOLP19 - Ruptura pélvica tipo C

Eva Campos Pereira, Vítor Pinheiro (2), José Lito Mónico (2), Marco Freitas (1), João Pita (1), Fausto Gomes (2), António Figueiredo (2), Anacleto Mendonça (1)

(1. Serviço de Ortopedia - Hospital Dr. Nélio Mendonça, Funchal, Portugal; 2. Serviço de Ortopedia – Hospitais da Universidade de Coimbra)

INTRODUÇÃO

As rupturas do anel pélvico são pouco frequentes e podem estar associadas a traumas de alta ou baixa energia. Enquanto os traumatismos de baixa energia ocorrem mais frequentemente na população idosa após quedas da própria altura, os de elevada energia ocorrem em jovens após acidentes de trânsito ou quedas de grandes alturas, sendo que nestes acresce a probabilidade de lesão de vísceras abdominais e pélvicas.

Tile desenvolveu um sistema de classificação deste tipo de fraturas baseado na estabilidade da ruptura do anel. O tratamento pode ser dividido em duas fases: a fase de “ressuscitação” e a fase de “reconstrução”. Na primeira fase é imperativo o controlo do choque hipovolémico e outras lesões associadas bem como a estabilização de fraturas instáveis, sendo o fixador externo com montagem anterior o mais frequentemente utilizado. O tratamento definido inicia-se após a estabilização hemodinâmica do doente e tem como principal objetivo a restauração da anatomia e estabilidade pélvica com o intuito de reduzir as sequelas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Doente do sexo masculino de 69 anos, transportado para Serviço de Urgência após atropelamento por veículo ligeiro.

A evidência radiográfica de uma ruptura pélvica instável tipo C impôs a osteotaxia imediata com fixador externo. A tomografia computadorizada da bacia permitiu melhor caracterização do trauma pélvico: fratura vertical sacro transforaminal (Zona II da Classificação de Denis), fratura da tuberosidade posterior do íliaco esquerdo, diastase da sínfise púbica com 5,5 cm de afastamento, desvio posterior do íliaco esquerdo e bexiga com herniação infra-púbica.

Depois da fixação externa e durante todo o período de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes o doente apresentava hematúria.

Duas semanas após a admissão foi realizada a cirurgia definitiva com fixação anterior da sínfise púbica com duas placas e posterior com dois parafusos canulados.

RESULTADOS

Ausência de hematúria no pós-operatório imediato. Levante do leito para a cadeira dois dias após a cirurgia e teve alta 12 dias após a cirurgia com descarga total.

Na 6ª semana pós-operatório: clinicamente sem dores e autónomo e radiologicamente sem evidência de falência da fixação interna. Foi liberado a largar uma canadiana e a começar deambulação com carga parcial.

CONCLUSÃO

As rupturas instáveis do anel pélvico devem ser tratadas cirurgicamente assim que o doente apresentar estabilidade hemodinâmica e, idealmente, até 2 semanas após o trauma.

Atualmente, depois da fixação externa provisória, a fixação interna anterior e posterior constituem o pilar do tratamento deste tipo de fraturas.

SOLP20 - Plasmocitoma ósseo solitário revelado por fratura patológica – caso clínico

Isabel Dinis Ferreira, João Boavida, Ruben Fonseca, João Freitas, José Casanova, Fernando Judas, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

INTRODUÇÃO

O plasmocitoma ósseo solitário é um tipo de neoplasia maligna de células linfóides do tipo B, histologicamente semelhante ao mieloma múltiplo, localizado e sem manifestações sistémicas. Compreende 5% das neoplasias plasmocitárias. Aproximadamente 50% dos doentes com plasmocitoma solitário ósseo desenvolvem mieloma múltiplo num período de 4-5 anos.

As localizações mais frequentes são a coluna vertebral, sacro, íliaco e o fémur.

A dor óssea é o sintoma mais comum, sendo as fraturas patológicas uma forma comum de apresentação. Radiologicamente apresenta-se como uma lesão lítica sem qualquer esclerose reactiva circundante.

O diagnóstico de plasmocitoma solitário ósseo requer a realização de biópsia comprovando tumor ósseo solitário com evidência de clone de plasmócitos, avaliação imagiológica completa excluindo outras lesões líticas, aspirado e biópsia da medula óssea sem evidências de doença plasmocitária clonal e ausência de anemia, hipercalcemia ou insuficiência renal.

Os tratamentos de eleição desta patologia são a ressecção cirúrgica, radioterapia ou combinação de ambos.

MATERIAL E METODOS

Caso clínico de um doente de 59 anos, sexo masculino, vítima de queda com traumatismo da anca direita do qual resultou uma fratura subtrocantérica do fémur, tratada com encavilhamento cervico-diafisário. Aos 15 meses de

pós-operatório o doente mantinha quadro álgico e impotência funcional, radiologicamente apresentava não consolidação da fratura. Foi então submetido a biopsia dirigida por TC, para esclarecimento do quadro clínico - pseudartrose vs fratura patológica.

RESULTADOS

A biopsia revelou uma neoplasia de plasmócitos, com características de plasmocitoma/mieloma plasmoblástico. Realizou estudo complementar com PET, medulograma, hemograma e bioquímica sanguínea. O tratamento cirúrgico consistiu em ressecção alargada do terço proximal do fémur incluindo a cavilha cervico-diafisária e reconstrução com prótese MUTARS, seguido de radioterapia pós-operatória (40Gy/20fr/4 semanas). O pós-operatório e o tratamento com radioterapia decorreram sem complicações.

Aos 12 meses de pós-operatório apresentava um score MSTS para o membro inferior de 30 (100%), tendo já regressado à sua actividade profissional sem limitações.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Este caso clínico relembra que apesar de raro o plasmocitoma ósseo solitário deve ser lembrado no diagnóstico diferencial de outras causas de fraturas patológicas para que o tratamento certo seja instituído, permitindo o controlo precoce da doença e melhor sobrevida.

Apesar do plasmocitoma ósseo solitário ter bom prognóstico, há um risco para desenvolvimento do Mieloma Múltiplo, logo é necessário um acompanhamento a longo prazo.

SOLP21 - Osteocondromatose múltipla familiar um caso de suspeita de malignização

Isabel Dinis Ferreira, Vitor Hugo Pinheiro, Ruben Fonseca, José Casanova, Fernando Judas, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

INTRODUÇÃO

A Osteocondromatose Múltipla Hereditária é uma doença autossómica dominante do crescimento ósseo endocondral manifestada por protuberâncias anormais no osso metafisário recobertas com cartilagem. As exostoses podem estar associadas a redução do crescimento esquelético, deformidade óssea, limitação da mobilidade das articulações, osteoartrose prematura e compressão de estruturas. O risco de transformação maligna é baixo (1%), a suspeita clínica surge quando existe um aumento rápido de uma lesão ou dor local num doente previamente assintomático. Imagiologicamente uma espessura da camada de cartilagem superior a 1,5 cm ou 2 cm no adulto, dependendo dos autores, pode ser indicativa de malignização.

O tratamento cirúrgico está indicado quando existe dor, irritação dos tecidos adjacentes, alterações do crescimento causando deformidade ou encurtamento dos membros, comprometimento da mobilidade das articulações, compressão dos tendões, nervos periféricos ou vasos.

MATERIAL E METODOS

Caso clínico de um doente de 31 anos, sexo masculino, portador de Osteocondromatose Múltipla Hereditária. Observado em consulta por queixas álgicas na anca esquerda, parestesias do membro inferior esquerdo e limitação na mobilidade da articulação. Realizou estudo imagiológico da anca esquerda por radiografia e RMN que revelou duas formações exofíticas na cabeça do fémur sem áreas de espessamento da cartilagem, compatíveis com osteocondromas. O doente foi seguido em consulta realizando periodicamente controlo imagiológico. Quatro anos após o início do seguimento, o estudo por RMN revelou aumento da dimensão de uma das lesões e aumento da espessura da cartilagem (1,6 cm), alterações sugestivas de transformação maligna da lesão em provável condrossarcoma. Foi proposto tratamento cirúrgico ao doente.

RESULTADOS

Foi realizada ressecção alargada do terço proximal do fémur e reconstrução com prótese MUTARS. O estudo anatomo-patológico na peça operatória revelou tratar-se dum osteocondroma, não sendo evidentes áreas de transformação maligna.

O pós-operatório decorreu sem complicações. Aos 10 meses de pós-operatório apresentava um score MSTS para o membro inferior de 23 (77 %), tendo já regressado à sua actividade profissional.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Neste caso estava indicado o tratamento cirúrgico excisional da lesão devido ao quadro algico e limitação da mobilidade da articulação, que interferia com a qualidade de vida do doente. Optou-se por ressecção alargada do fémur por suspeita clínica e imagiológica de transformação maligna, que não se confirmou na anatomia patológica da peça operatória. No entanto, o doente beneficiou com este tratamento estando atualmente com menos dor e com menos limitações na sua mobilidade.

SOLP22 - Hemangioma cavernoso da mão em idade pediátrica

Rita Grazina, Henrique Sousa, Renato Ramos, Andreia Ferreira
(Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho)

Introdução: Os hemangiomas de partes moles são neoplasias comuns e benignas, constituindo cerca de 7% de todos os tumores de partes moles na população geral. Adicionalmente, constituem a neoplasia de partes moles mais comum em crianças. Por outro lado, as lesões angiomatosas são incomuns na mão.

Histologicamente, podem ser divididos em cinco categorias: capilares, cavernosos, arteriovenosos, venosos e variações mistas.

Os hemangiomas cavernosos têm dimensões maiores e são mais profundos, sendo muitas vezes intramusculares. Este subtipo é raro na mão, constituindo um diagnóstico diferencial desafiante quando não existe envolvimento cutâneo.

Os autores descrevem o caso clínico de um adolescente de 15 anos com este diagnóstico.

Caso Clínico: Adolescente de 15 anos, sexo masculino, orientado para a consulta de Ortopedia Pediátrica por tumefação dorsal ao nível do primeiro raio da mão direita. Objetivamente, sem défices sensitivos ou motores, sem dor à palpação e sem limitação das mobilidades da metacarpofalângica.

Realizou uma ecografia que foi inconclusiva, tendo posteriormente sido solicitada uma ressonância magnética que mostrou uma lesão subcutânea com 32x23x12mm, lobulada, não captante de contraste, com eventual conteúdo hemorrágico no interior.

Foi realizada a exérese cirúrgica da lesão, constatando-se a presença de uma massa sólida, vascularizada e bem definida.

O estudo histológico revelou um nódulo cavitário, com parede fina e material hemorrágico, compatível com hemangioma cavernoso.

Discussão: Os hemangiomas podem desenvolver-se em qualquer parte da mão. No entanto, as localizações mais comuns são as eminências tenar e hipotenar e os espaços volares profundos. Uma vez que o envolvimento cutâneo não é comum, o diagnóstico e a exérese são mais difíceis.

O estudo imagiológico preconizado neste tipo de lesões é a ressonância magnética, podendo evitar a exérese da lesão no caso de esta não ser incomodativa.

O tratamento preconizado para os hemangiomas cavernosos é a excisão ou a embolização e escleroterapia, sobretudo quando o seu tamanho e localização acarretam um elevado risco hemorrágico.

A existência de vascularização extensa com múltiplas ramificações pode associar-se, por vezes, a uma ressecção incompleta com risco de recidiva.

No presente caso, o doente não apresentava qualquer alteração cutânea, não sendo o diagnóstico evidente. A ressonância magnética foi sugestiva, tendo-se optado pela exérese da lesão, visto esta ser incomodativa.

Conclusão: Os hemangiomas cavernosos da mão são uma entidade relativamente rara, com uma grande variedade de diagnósticos diferenciais. O seu tratamento constitui um desafio sobretudo pelo risco de hemorragia que acarreta.

SOLP23 - Omalgia como sintoma inicial de neoplasia da mama

Rita Grazina, Henrique Sousa, Renato Ramos, Moisés Ventura, André Costa
(Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho)

Introdução: A omalgia constitui uma das queixas ortopédicas mais importantes, visto que causa uma grande limitação nas atividades da vida diária e perturba o sono.

É responsável por cerca de 16% de todas as queixas musculoesqueléticas e tem uma prevalência auto-reportada de 16-26% na população geral.

O facto de ter uma prevalência desta magnitude torna difícil distinguir entre patologias potencialmente graves ou patologias mais benignas. Deste modo, os clínicos têm de ter em atenção os conhecidos sinais de alarme, nomeadamente, sintomas de doença sistémica, linfadenopatias, história de cancro, défices neurológicos, dor óssea ou massa palpável.

Os autores apresentam um caso atípico de omalgia no qual o conhecimento adequado dos sinais de alarme permitiu o diagnóstico de uma doença sistémica.

Caso Clínico: Doente de 31 anos, sexo feminino, com queixas de omalgia com 2 meses de evolução. Ao exame objetivo foi notada uma tumefação axilar, posteriormente caracterizada ecografia, que revelou uma lesão nodular no ventre do redondo menor. Foi decidido obter uma ressonância magnética que sugeriu tratar-se de uma massa com características de lesão metastática.

Foi planeada a realização de uma biópsia, tendo a análise patológica revelado carcinoma mal diferenciado, positivo para vimentina e citoqueratina.

O PET mostrou áreas hipermetabólicas nos tecidos moles do membro superior esquerdo, região cervical esquerda, grande dorsal esquerdo e mama esquerda.

Devida à suspeita de neoplasia da mama foi realizada biópsia guiada por ecografia de três lesões nodulares. O resultado da análise patológica foi semelhante ao da massa do ombro, com algumas células positivas para o anti-corpo anti-mamoglobina, confirmando a suspeita de uma neoplasia mamária.

Após estadiamento, concluiu-se tratar-se de uma neoplasia cT4bN+M1 e a doente foi proposta para quimioterapia paliativa com paclitaxal e carboplatina.

Conclusão: Este caso clínico alerta os ortopedistas para a necessidade de valorizar os sinais de alarme. Esta doente em concreto teve como primeira manifestação da neoplasia da mama a omalgia, tendo sido o ortopedista o primeiro médico que consultou.

SOLP24 - Fixação posterior de fratura da coluna dorsal tipo C da classificação AO/ASIF sem lesão neurológica

André Pinto, Vítor Pinheiro, João Boavida, José Mónico, Maria Monjardino, Carlos Jardim

(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução: As fraturas-luxação da coluna dorsal são raras e apresentam-se frequentemente associadas a lesões neurológicas da espinal medula ou raízes nervosas. O seu tratamento passa comumente pela fixação posterior e fusão anterior do segmento afetado.

Material e Métodos: Doente de 48 anos de idade vítima de queda de 3 metros de altura. Ao exame objetivo apresentava-se consciente; orientada no tempo e espaço e colaborante; escala de coma de Glasgow 15; sem dispneia; sem alterações à auscultação cardiopulmonar; sem queixas à palpação torácica e abdominal; estabilidade pélvica preservada; queixas espontâneas agravadas à palpação a nível da coluna dorsal; mobilizava os 4 membros sem dificuldade - força muscular grau 5; sensibilidade tátil, algica e posicional normais.

Foi pedido Rx da coluna dorsal que revelou fratura de D7 com anterolistesis de D6 sobre D7. A TC-coluna lombar revelou um cisalhamento coronal do corpo de D7, com posicionamento ptósico anterior de fragmento major; anterolistesis de D6 sobre D7 (corpo posterior residual), em contexto de lise ístmica bilateral envolvendo igualmente D5; redução do diâmetro canal vertebral na transição D6-D7; fratura dos processos espinhosos de D4 e D5.

Foi efetuada RMN 4 dias depois: "hipersinal em T1 e T2, intracanal, anterior, condicionando efeito de massa sobre a medula, de predomínio esquerdo em D5; discreto hipersinal intra-medular de D5 a D7, compatível com sofrimento medular".

Resultados: A doente foi intervencionada 6 dias após a entrada no serviço de urgência tendo-se mantido estável do ponto de vista neurológico até à data da cirurgia. Foi submetida a uma redução e fixação segmentar transpedicular posterior via aberta D4-D10 com aplicação de 2 barras cross-link. Manteve-se sem alterações neurológicas no pós-operatório imediato e ao 2º mês pós-operatório (em seguimento em consulta externa de Ortopedia); não referindo ainda queixas algicas ao nível da incisão.

Discussão: As fraturas-luxação da coluna dorsal são entidades raras e que cursam vulgarmente com lesões neurológicas, em particular as Tipo C da classificação AO/ASIF. Este caso específico é raro, por tratar-se de uma fratura com critérios de instabilidade mecânica e neurológica, de imagiologia invulgar, que foi submetido com

sucesso a uma única abordagem cirúrgica por via posterior não tendo sido necessária a fusão vertebral por via anterior.

Conclusão: O caso descrito pretende alertar para a necessidade de abordar o doente politraumatizado de forma sempre cuidadosa, com elevada suspeição pela clínica que por vezes frustra nos é apresentada, sob prejuízo de agravarmos uma patologia instável. Este caso ganha interesse sobretudo quando correlacionamos os exames de imagiologia com a clínica "inocente" e por fim pela resolução com sucesso do caso, utilizando uma única via de abordagem posterior permitindo uma redução e fixação estáveis da lesão.

SOLP25 - Hérnia discal cervical a um nível: Comparação de resultados e complicações cirúrgicas entre doentes empregados e desempregados

Alfredo Carvalho, Marta Maio (1), André Pinho(2), Francisco Serdoura (2), Vitorino Veludo(2)
(1 - CH Trás-os-Montes e Alto Douro, 2 - CH de São João)

Introdução: A Hérnia Discal Cervical (HDC) é uma patologia frequente, com importante impacto na qualidade de vida e na capacidade laboral do paciente. A primeira opção de tratamento passa por medidas conservadoras, estando o tratamento cirúrgico indicado em casos de disfunção neurológica progressiva ou radiculalgia sem resposta a tratamento conservador. O presente trabalho visa comparar resultados clínicos e funcionais, bem como complicações do tratamento cirúrgico da HDC entre doentes empregados e desempregados à data da cirurgia.

Material e Métodos: Estudo observacional e retrospectivo de uma amostra de doentes com o diagnóstico de HDC a um nível, submetidos a discectomia e fusão intersomática, entre setembro de 2013 e setembro de 2016. Variáveis estudadas: idade; género; tempo de seguimento; nível cervical atingido; tempo de sintomas até cirurgia; classificação no Oswestry Neck Disability Index (ODI) após cirurgia; nível de dor segundo a Escala Visual Analógica de dor (EVA) após cirurgia; taxa de complicações e atividade laboral após cirurgia. Revisão da literatura na base de dados PUBMED. Dados obtidos por consulta do processo clínico eletrónico e entrevista clínica por via telefónica. Análise estatística em SPSS (versão 24).

Resultados: Amostra composta por 25 doentes, sendo 14 (56%) trabalhadores ativos à data da cirurgia. O grupo de doentes com atividade laboral previamente ao tratamento cirúrgico apresentavam menor idade média (53,14 vs 60,18 anos), maior proporção de indivíduos do sexo feminino (78,57% vs 27,3%) e maior tempo médio de seguimento (19,36 vs 18,45 meses) e de sintomas (25,14 vs 16,18 meses), embora sem diferença estatisticamente significativa. Em ambos os grupos, o nível cervical mais afetado foi C5-C6. O grupo de doentes com inatividade laboral pré-operatória apresentou maior pontuação média no ODI pós-operatório (21,64 vs 17,14), maior pontuação média na EVA após cirurgia (3,09 vs 1,71), maior taxa de complicações (36,4% vs 14,3%) e menor taxa de retorno à atividade laboral após cirurgia (18,2% vs 57,14%), sem diferenças significativas entre os grupos. Para ambos os grupos, doentes operados com menos de um ano de sintomatologia tiveram classificação média no ODI significativamente inferior a doentes operados com sintomas há mais que um ano (10 vs 21,4, $p=0,013$).

Discussão: O presente trabalho demonstra uma tendência para melhores resultados clínicos e funcionais bem como menos complicações após discectomia e fusão intersomática em doentes com atividade laboral previamente à cirurgia, o que está de acordo com a maioria dos estudos presentes na literatura atual. O tempo de sintomatologia inferior a um ano foi um fator com significância estatística nos resultados funcionais, pelo que o diagnóstico e tratamento atempados são de suma importância.

Conclusão: Conclui-se que os resultados do tratamento da HDC são tendencialmente mais favoráveis em doentes com atividade laboral à data da cirurgia. Doentes operados com menos de um ano de sintomas tiveram uma limitação funcional significativamente menor.

SOLP26 - Hérnia discal lombar a um nível: Comparação de resultados e complicações entre macro e microdiscectomia

Alfredo Carvalho, Marta Maio(1), André Pinho(2), Francisco Serdoura(2), Vitorino Veludo(2)
(1 - CH Trás-os-Montes e Alto Douro, 2 - CH de São João)

Introdução:

A discectomia lombar a um nível é um procedimento realizado com elevada frequência e consiste na remoção de parte do disco intervertebral para descompressão radicular ou medular. A cirurgia pode ser realizada com (Microdiscectomia) ou sem o uso de microscópio, pelo que o presente estudo visa comparar resultados clínicos e complicações entre as duas variantes da técnica em questão.

Material e Métodos:

Estudo observacional e retrospectivo de uma amostra de doentes com o diagnóstico de hérnia discal lombar a um nível, submetidos a discectomia entre setembro de 2014 e setembro de 2016. Variáveis estudadas: idade; género; nível da discectomia; índice de massa corporal (IMC); tempo de sintomas até cirurgia; tempo de seguimento após cirurgia; pontuação no Oswestry Disability Index (ODI) após cirurgia e pontuação na escala visual analógica de dor (EVA) à data da entrevista clínica. Revisão da literatura na base de dados PUBMED. Dados obtidos por consulta do processo clínico eletrónico e entrevista clínica por via telefónica. Análise estatística em SPSS (versão 24).

Resultados:

Amostra composta por 51 doentes, tendo 26 (50,1%) sido submetidos a Microdiscectomia. Os doentes submetidos a Microdiscectomia apresentaram maior IMC médio (26,5 vs 25,5) e menor pontuação média no ODI (24,04 vs 31,2, $p=0,068$). Os doentes operados sem recurso a uso de microscópio demonstraram maior taxa de complicações (32% vs 19,2%) e maior pontuação média na EVA (4,24 vs 3,5), embora sem diferença estatisticamente significativa. Ambos os grupos apresentaram predomínio de doentes do sexo feminino, e tempo médio de sintomatologia até cirurgia sobreponível (14 meses). Os doentes com ODI inferior a 20 apresentavam idade significativamente mais baixa que doentes com ODI superior a 60 (41,76 vs 51,34, $p<0,05$).

Discussão:

O presente trabalho demonstra uma tendência para melhores resultados clínicos e menos complicações em doentes submetidos a Microdiscectomia, o que está de acordo com a literatura, que aponta resultados sobreponíveis para ambas as técnicas. A idade teve um impacto estatisticamente significativo no resultado funcional da cirurgia em ambos os grupos. Variáveis como o tempo operatório e o tempo de internamento não foram avaliadas, podendo, no entanto, ter influência nos resultados e taxa de complicações.

Conclusão:

Conclui-se que existe uma tendência para melhores resultados e menos complicações na Microdiscectomia. A idade inferior a 45 anos associou-se a melhores resultados funcionais em termos de ODI.

SOLP27 - Espondilolistese degenerativa lombar a um nível: Comparação de resultados e complicações entre artrodese posterolateral e artrodese intersomática

Alfredo Carvalho (1), Marta Maio(2), André Pinho(3), Francisco Serdoura(3), Vitorino Veludo(3)
(ULSNE, Macedo De Cavaleiros)

Introdução:

A Espondilolistese Degenerativa (ED) é uma patologia de incidência crescente com o aumento da idade média da população ocidental, sendo a lombalgia um dos sintomas com maior impacto na qualidade de vida dos pacientes. Várias técnicas cirúrgicas estão descritas na literatura, embora não exista consenso quanto à superioridade de uma em relação às restantes. O presente trabalho visa comparar resultados clínicos e complicações entre a Artrodese Posterolateral (APL) instrumentada com parafusos transpediculares e barras e a Artrodese Intersomática (AI) instrumentada com cage e parafusos transpediculares e barras, no tratamento da ED com lombalgia como queixa principal.

Material e Métodos:

Estudo observacional e retrospectivo. Amostra composta por doentes submetidos a tratamento cirúrgico de ED a um nível, com evidência de instabilidade mecânica e lombalgia como queixa principal, entre setembro de 2014 e setembro de 2016. Variáveis estudadas: idade, género, índice de massa corporal (IMC), tempo de sintomas até cirurgia, intensidade da lombalgia à data da entrevista clínica segundo a escala visual de dor, pontuação no

Oswestry Disability Index (ODI) após cirurgia e taxa de complicações. Revisão da literatura na base de dados PUBMED. Dados obtidos por consulta do processo clínico eletrónico e entrevista clínica. Análise estatística em SPSS (versão 24).

Resultados:

Amostra composta por 42 doentes, tendo 32 (76,19%) sido submetidos a APL. Os doentes submetidos a APL apresentaram maior idade média (61,1 vs 55,9 anos), maior tempo de seguimento médio (14,97 vs 12,3 meses) e IMC médio (28,14 vs 25,22). Os doentes submetidos a AIS demonstraram menor pontuação no ODI (22,8 vs 28,4) e menor taxa de complicações (20% vs 21,88%), embora sem diferenças estatisticamente significativas. Ambos os grupos apresentaram predomínio de doentes do sexo feminino e em ambos o nível mais frequentemente afetado foi L4-L5. Para ambos os grupos, doentes com IMC superior a 25 apresentaram classificação ODI mais elevada do que aqueles com IMC inferior a 25, com diferença estatisticamente significativa (18,14 vs 11,83, $p=0,001$).

SOLP28 - Defeitos do arco posterior do Atlas - A propósito de dois casos clínicos

Rita Grazina (1), Filipe Santos1, Renato Andrade2, José Marinhos1,2, Rolando Freitas1, Rui Rocha1,2, João Espregueira-Mendes2, Rui Lemos1

(1Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2Espregueira-Mendes Sports Centre)

Introdução: Os defeitos de desenvolvimento do atlas foram descrito pela primeira vez em 1937 por Plaut, Lawrence and Anderson.

Estas alterações são raras mas geralmente benignas e são encontradas em cerca de 4% da população. A maioria das vezes constituem achados acidentais após traumatismos cervicais e não produzem quaisquer sintomas.

Os autores descrevem dois casos clínicos a propósito desta entidade.

Caso clínico 1: Sexo masculino, 33 anos, saudável. Recorreu à consulta de Ortopedia por cervicalgia esporádica após esforço inicial, sem irradiação e com um exame neurológico normal.

A radiografia cervical mostrou um defeito do arco posterior do atlas, posteriormente avaliado por TAC, que documentou uma aplasia segmentária de ambos os hemi-arcos.

O doente foi tratado conservadoramente, com resolução das queixas.

Caso clínico 2: Sexo feminino, 29 anos. Trazida ao Serviço de Urgência após acidente de viação do qual resultou cervicalgia, sem quaisquer défices neurológicos. A radiografia cervical mostrou um arco posterior do atlas de pequeno calibre. Foi solicitado um TAC para melhor avaliação devido à elevada cinética do traumatismo, confirmando-se um defeito do arco posterior direito do atlas. A doente foi tratada conservadoramente.

Discussão: A classificação mais utilizada para os defeitos do arco posterior do atlas é a de Currarino que categorizou esta entidade anatómica e clinicamente.

A probabilidade de que a estabilidade seja afetada por estes defeitos é baixa, visto que a estabilidade atlanto-axial é mantida pelos ligamento alar, apical e transversal, cujas inserções não são afetadas por estes defeitos.

No entanto, os defeitos dos tipos C e D têm potenciais para causar sintomas, pois o fragmento posteriormente pode mover-se anteriormente durante a extensão do pescoço, podendo causar sintomatologia compressiva.

Relativamente aos casos apresentados, o primeiro doente apresenta um defeito tipo C e clinicamente enquadra-se no grupo 2. Uma vez que não foi constatada instabilidade, o doente foi tratado conservadoramente, alertado para evitar desportos de contacto, embora uma artrodese por via posterior também pudesse ser considerada.

Quanto à segunda doente, o defeito pode ser classificado como tipo B e clinicamente como grupo 2. A doente foi, portanto, tratada conservadoramente.

Conclusão: Os defeitos do arco posterior do atlas são raros mas geralmente benignos. Numa minoria dos casos podem causar sintomatologia do foro neurológico, devendo ser identificados e adequadamente tratados. Este constitui um desafio diagnóstico, que adquire importância no contexto da traumatologia, pois estes defeitos podem ser confundidos com fraturas.

SOLP29 - Espondilolistese de Alto Grau - A Propósito de um Caso Clínico

Vânia Capelão, André Chambel, Nuno Lança, António Tirado, Pedro Fernandes

(Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria)

Introdução

Espondilolistese refere-se a um deslizamento de uma vértebra relativamente à vértebra infrajacente que varia, de acordo com a classificação de Meyerding, entre grau I—até 25% e grau IV com 100% de deslizamento. Quando superior falamos em espondiloptose ou grau V. Nas espondilolisteses de alto grau (Graus III e IV) o tratamento tem sido controverso, nomeadamente na necessidade de redução ou não, pelo que os autores apresentam um caso clínico de uma espondilolistese grau IV onde realizaram redução anatómica e fixação L4-S1.

Material e Métodos

Criança do sexo feminino, nove anos de idade, com quadro de lombalgia com irradiação a ambas as coxas, com seis meses de evolução. Apresentava acentuado compromisso das atividades de vida diária com franca limitação da capacidade de marcha essencialmente nos últimos três meses.

No exame objectivo apresentava postura em flexo das ancas e joelhos e marcada tensão dos hamstrings. Laségue era negativo e não apresentava défice neurológico. O estudo complementar mostrou espondilolistese grau IV com marcada cifose lombosagrada.

Dado o quadro clínico foi efectuada descompressão ampla e artrodese circunferencial, após manobra de redução, com reconstituição dos parâmetros pélvicos e fixação L4S1.

Resultados

Aos seis anos de follow-up, a doente encontra-se assintomática realizando todas as atividades de vida diária, incluindo atividade desportiva, sem referir nenhum episódio de dor ou desconforto.

Do ponto de vista imagiológico, a variação dos parâmetros habitualmente utilizados na avaliação da espondilolistese (pre-op/pos-op/6 anos), foi para: Grau de deslizamento - (100%/0%/0%); Inclinação Sagrada - (65,8º/62,1º/62,5º); Slip angle - (63,8º/4,7º/2,9º); Lumbosacral angle - (31,5º/3º/-1º); Slope de L5 - (56º/25,1º/24,1º); Lordose-L1-L5—(54,5º/41,9º/39,3º); Balanço sagital - (73mm/23mm/23mm).

Discussão

Encontram-se descritas várias técnicas cirúrgicas para o tratamento da espondilolistese de alto grau: fusão posterior in situ; redução parcial da deformidade e instrumentação posterior com fusão circunferencial; ou ainda vertebrectomia de L5 com redução de L4 sobre S1, sendo este último reservado para casos de espondiloptose com deformidade fixa.

Apesar dos vários procedimentos, a principal questão reside na necessidade de redução da deformidade - técnica que se encontra associada a taxa significativa de défice neurológico. No caso em análise, consideramos que ao termos reduzido a deformidade aumentámos a área de fusão e por outro lado conseguimos reequilibrar o balanço sagital, explicando assim o excelente resultado clínico indo ao encontro das recomendações derivadas da nova classificação de espondilolistese de Hresko et al. adoptada pelo DSSG.

Conclusão

O caso em análise é um bom exemplo a suportar a recomendação atual em reduzir a espondilolistese de alto grau em presença de cifose lombosagrada e quando o balanço sagital está alterado.

SOLP30 - Fusão C1-C2 com fixação translaminar de C2 (técnica de Wright) no tratamento de uma pseudartrose do odontóide

Tiago Pato, Marcos Carvalho, Carlos Jardim, Paulo Lourenço

(Centro Hospitalar Baixo Vouga, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

As fraturas da odontóide são as mais comuns do axis, correspondendo a 10-15% de todas as fraturas cervicais. Na classificação de Anderson e D'Alonzo dividem-se em 3 tipos, conforme o nível do traço de fratura. Nas fraturas dos tipos 1 e 3 há indicação para tratamento conservador. Nas do tipo 2, há maior taxa de pseudartrose com tratamento conservador podendo ser indicado tratamento cirúrgico com recurso à osteossíntese ou à fusão C1C2.

A fusão C1C2 pode ser obtida por diferentes métodos: parafusos transarticulares por (1) via anterior ou (2) via posterior; via posterior com (3) aramagens de fios de aço, associadas a baixas taxas de fusão; (4) parafusos nas massas laterais e pedículos (Harms/Goels), com boas taxas de fusão, mas risco de lesão da artéria vertebral; ou (5)

fixação com parafusos translaminares em C2 (Wright), cuja estabilidade é equiparável à de Harms/Goels, com menor risco de lesão arterial mas que apresenta o risco de lesão dural ou medular.

A presença de uma pseudartrose do odontóide, quer por falha de diagnóstico atempado, quer por sequela do tratamento realizado, poderá condicionar uma instabilidade atlantoaxial com risco de desenvolvimento de mielopatia cervical. Nesta situação a osteossíntese está associada a piores resultados, devendo-se ponderar uma estabilização atlantoaxial de C1C2.

Os autores apresentam um caso de um paciente com 75 anos, vítima de uma queda da própria altura, que recorre ao SU com queixas cervicais, sem lesão neurológica. Após estudo com TAC apresentava uma pseudartrose da odontóide, associada a instabilidade atlantoaxial. Referia outra queda há mais de um ano com trauma cervical e necessidade de assistência no SU de outro hospital, onde não se diagnosticaram lesões traumáticas. Adicionalmente, apresentava antecedentes de estenose carotídea grave tratada cirurgicamente com stents. Após avaliação, optou-se pela fixação com técnica de Wright por apresentar menor risco de lesão da artéria vertebral e com maior taxa de fusão.

Após a cirurgia, verificou-se a presença de um parafuso translaminar intracanal, sem lesão dural ou medular associada. O paciente foi submetido a uma nova intervenção com revisão da orientação do parafuso. O resultado final aos 4 anos de pós-operatório foi uma fusão indolor de C1C2.

Os autores descrevem assim uma apresentação rara de instabilidade atlantoaxial pós-traumática resultante de uma pseudartrose da odontóide e uma técnica cirúrgica que permite uma estabilização rígida equiparável à de Magerls ou Harms, sem o risco de lesão da artéria vertebral mas não isenta de outras complicações potencialmente graves.

SOLP31 - Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico em Artroplastias da Anca e do Joelho

Nuno Pais, Ana Façanha, Susana Pinto, Carolina Afonso, Miguel Freitas, Daniel Pires, Afonso Ruano
(Unidade Local de Saúde do Nordeste, Macedo de Cavaleiros)

Introdução / Introduction

O presente trabalho pretende apresentar o projeto desenvolvido e os resultados obtidos no âmbito do programa Desafio STOP Infecção Hospitalar!, para a diminuição em 50% da infecção do local cirúrgico (ILC) nas artroplastias da anca e do joelho.

As infeções em leito de artroplastia são uma das infeções nosocomiais mais frequentes e associam-se a alta morbilidade, mortalidade e custos. O risco de infeção depende de muitos fatores relacionados com o doente, assim como de fatores cirúrgicos. Ocorre no local da cirurgia até 30 dias do período pós-operatório, ou até 1 ano no caso de colocação de prótese ou implante. O sucesso na prevenção da ILC depende da combinação de várias medidas básicas, desde a preparação adequada pré-operatória, a técnica cirúrgica asséptica, a profilaxia antibiótica e aos cuidados pós-operatórios. O objetivo passa pela redução das taxas de infeção para 4,5% nas artroplastias da anca e de 2,2% para a artroplastias do joelho.

Material e Métodos / Material and Methods

Período de estudo: Junho 2015 a Junho 2017. Para a obtenção dos dados foi preenchido mensalmente o HAI- SSI (Helics Cirúrgico) e foram realizadas auditorias a todos os doentes submetidos a artroplastia de anca e joelho, utilizando como instrumento de auditoria a norma “Feixe de Intervenções” da Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico emanada pela DGS em 12/2015. Para alcançar estes resultados implementaram-se diversas medidas, tais como a toma de dois banhos pré-cirúrgicos com esponjas impregnadas com cloro-hexidina (véspera e dia da cirurgia); tricotomia seletivas (apenas quando necessária); administração de antibioterapia profilática (60 m prévios à incisão cirúrgica e durante 24h); monitorização e controlo da glicémia capilar $\leq 180\text{mg/dL}$ durante o pré-operatório e nas 24h seguintes assim como a temperatura auricular $\geq 35,5^\circ\text{C}$.

Resultados / Results

Os dados aqui apresentados são parciais uma vez que o estudo se mantém ativo e o período de vigilância das infeções em ortopedia é prolongado.

Neste momento regista-se uma adesão de 94,31% à higiene adequada da pele. O controlo de glicémia adequado cumpre-se em 97,73%. Normotermia cumpre-se em 100%, assim como a tricotomia. Na profilaxia antibiótica cirúrgica verifica-se um cumprimento de 98,86%. Assim a bundle da prevenção de ILC apresenta um cumprimento global de 89,76%.

Discussão / Discussion

Iniciou-se o projeto com uma taxa de infeção de artroplastia da anca e de joelho de 9,1% e 4,4%, respetivamente. A aplicação deste programa culminou na redução da taxa de infeção em > 50%.

Benefícios do projeto: Redução da infeção do local cirúrgico; melhoria na prestação de cuidados ao doente; motivação de todas as equipas envolvidas. Dificuldades: Contexto económico e financeiro nacional adverso.

Conclusão / Conclusion

A implementação deste programa teve um grande impacto na redução da taxa de infeção local em leito de artroplastia.

SOLP32 - Aloenxertos ósseos granulados esponjosos criopreservados em recolocações de próteses da anca: Protocolos de preparação, de processamento e técnica de impactação

Vítor Hugo Pinheiro, Pedro Matos, Celeste Francisco, Rui Dias, Fernando Judas
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução

A reconstrução das lises ósseas periprotéticas com aloenxertos ósseos granulados esponjosos, na falência assética de próteses totais da anca, tem mostrado resultados satisfatórios a longo termo. Na grande maioria trabalhos publicados, os enxertos provêm de várias cabeças femorais de dadores vivos, colhidas no decurso de artroplastias totais da anca, na condição de resíduo cirúrgico. O objetivo central deste trabalho tem a ver com o protocolo seguido na preparação e processamento deste tipo de aloenxerto, assim como com a técnica de impactação em recolocações de cúpulas acetabulares.

Material e Métodos

Os enxertos são obtidos em dadores humanos não vivos no decurso da colheita multiorgânica. Até dezembro de 2016, foram aplicados 7645 aloenxertos do aparelho locomotor para o tratamento de diversas situações clínicas do aparelho locomotor, cirurgia maxilo-facial e Neurocirurgia, a maioria sob a forma de grânulos de osso esponjoso. Usando serras pneumáticas, goivas e escopros goivos manuais, os pratos da tíbia e os côndilos femorais são talhados por forma a obterem-se fragmentos de osso esponjoso com as dimensões de 8 mm - 10 mm. Os enxertos são processados usando soluções de peróxido de hidrogénio, de álcool e de soro fisiológico sendo, em seguida, criopreservados. Esta metodologia foi implementada em outubro de 1990 e, desde então, temos respeitado a originalidade do protocolo, salvo algumas alterações muito pontuais.

Resultados

Os fragmentos esponjosos mostram uma estrutura aberta, porosa, tridimensional, propícia à recolonização de novo osso, devido à remoção da gordura, sangue, medula óssea, cartilagem e membranas celulares mantendo, porém, as propriedades viscoelásticas do osso trabecular, fator que os distingue dos substitutos sintéticos do osso.

Discussão

A lavagem e processamento dos enxertos antes da sua impactação, aumenta a estabilidade mecânica das reconstruções acetabulares cimentadas e não cimentadas, minimiza a resposta imunogénica, promove a segurança microbiológica e favorece a sua incorporação. A técnica de impactação, pelo método manual, convencional, camada após camada e não pela técnica “reversed reaming” e, bem assim, as dimensões dos enxertos de 8-10 mm usando, para isso, instrumentação manual e não um moinho de osso (3-4,5 mm), são outros fatores críticos para o sucesso das reconstruções biológicas acetabulares de lises ósseas cavitárias e segmentares.

Conclusão

A metodologia descrita foi validada por estudos experimentais e tem vindo a mostrar, também, resultados conseguidos em recolocações de cúpulas acetabulares, no que toca à segurança microbiológica, e ao comportamento biológico e mecânico dos enxertos.

SOLP33 - Prevenção de tromboembolismo venoso em doentes submetidos a cirurgia ortopédica

Cláudia Vale, Daniel Peixoto, Susana Ângelo, Francisco Silva Gomes, Tiago Roseiro, André Carvalho, João Antunes
(Hospital Distrital da Figueira da Foz)

O tromboembolismo venoso é uma complicação major da cirurgia ortopédica que não pode ser negligenciada uma vez que, com o envelhecimento da população há cada vez mais doentes anticoagulados a necessitar de cirurgia. A existência de anticoagulação prévia tem implicações no timing da cirurgia, no risco hemorrágico intra e pós-operatório e no risco de eventos tromboembólicos no período peri-operatório.

As doses profiláticas dos anticoagulantes devem ser interrompidas em média 2 semi-vidas antes dos procedimentos, enquanto as doses terapêuticas devem ser suspensas 3-5 semi-vidas antes dos procedimentos, tendo ainda que ser tido em conta se se tratam de cirurgias de risco hemorrágico baixo ou alto, e se se trata de um procedimento urgente ou programado. Deve ser considerada terapêutica de bridging sempre que tenhamos presente um doente com risco tromboembólico elevado. O INR é o único marcador laboratorial aprovado para monitorização dos anticoagulantes, sendo específico dos inibidores da vitamina K.

A decisão de suspender ou não os antiagregantes deve ponderar o risco/benefício de tal atuação, sendo suspensos quando o risco hemorrágico e suas consequências forem mais graves que o risco cardiovascular associado à suspensão.

Não existe atualmente teste de função plaquetária universalmente aceite e com correlação com risco de hemorragia, por isso deve-se considerar que todos os doentes sob terapêutica antiagregante apresentam função plaquetária alterada.

Este trabalho tem como objectivo fazer uma revisão das metodologias a adotar na abordagem do doente anticoagulado e antiagregado no período perioperatório, apresentando um protocolo de atuação.

SOLP34 - Luxação do Joelho de baixa energia com lesão da artéria poplítea – A propósito de um caso clínico raro

Arnaldo Sousa, Pedro Mota, Hélder Fonte, Francisco Leite, Joaquim Ramos, José Costa e Casto
(Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar do Porto)

Introdução: A luxação do joelho (LJ) ocorre geralmente na sequência de um trauma de elevada energia. No entanto, mais raramente, estão descritos casos por mecanismos de baixa energia, sendo a obesidade mórbida um factor de risco importante. A LJ é uma das poucas verdadeiras emergências ortopédicas em que o diagnóstico precoce e a rápida redução da luxação são cruciais. A avaliação neurovascular e o tratamento atempado de possíveis lesões são vitais, estando a lesão da artéria poplítea presente em até 50 % dos casos de luxações anteroposteriores. **Material e Métodos/Apresentação de caso:** Uma mulher de 38 anos, com obesidade mórbida, recorreu ao serviço de urgência por dor intensa e deformidade do joelho direito após queda da própria altura com hiperextensão e rotação do mesmo. Não tinha qualquer outra queixa. Tratava-se de uma doente com trombofilia por deficiência de proteína C hipocoagulada com Varfarina. Perante a deformidade clara a doente foi rapidamente encaminhada para a sala de Raio-X. Após constatação imagiológica de uma luxação anterior da tibia, sem fraturas associadas, foi prontamente reduzido o joelho por tração infero-posterior da tibia e imobilizado o joelho em flexão 20-30º com uma tala gessada. Ao exame físico não apresentava qualquer défice neurológico, porém os pulsos distais não eram palpáveis pelo que foi pedida colaboração de Cirurgia Vascular. Foi realizado um EcoDoppler que mostrou ausência de fluxo na artéria tibial anterior. A angio-tomografia computadorizada, realizada de seguida, revelou uma trombose da artéria poplítea de cerca de 5 cm. Apesar deste achado, o pé estava quente, bem perfundido e com um tempo de preenchimento capilar normal (com pressões transcutâneas de oxigénio de 60,9 mmHg) tendo sido optado por manter apenas a hipocoagulação que a doente já fazia, sem qualquer medida invasiva. A doente ficou em vigilância durante um período de 24 horas e após constatada a estabilidade clínica teve alta orientada para a consulta. **Resultados:** A doente realizou já em contexto de consulta uma Ressonância Magnética que revelou uma rotura completa dos ligamentos cruzado anterior e posterior, bem como dos colaterais interno e externo. Segundo a classificação de Shenck tratava-se portanto de um KD IV, com lesão dos 4 ligamentos. O doente está imobilizado com tala gessada há cerca de 4 semanas e aguarda decisão terapêutica. **Discussão/Conclusão:** O diagnóstico precoce da LJ com rápida redução, avaliação de lesão vascular e o tratamento correspondente são vitais no prognóstico destes doentes. Em virtude da sua raridade, os algoritmos de tratamento baseados na evidência permanecem limitados.

SOLP35 - Artroplastia total do joelho acima dos 85 anos: Valeu a pena?

Ana Teresa Rocha, João Sarafana, Ana Luísa Neto, Gonçalo Viana, Fernando Xavier, Carlos Evangelista
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:

A osteoartrose do joelho é uma das causas mais comuns de dor e incapacidade na população mais idosa. O objetivo deste estudo é analisar retrospectivamente os doentes com mais de 85 anos, submetidos a artroplastia total do joelho.

Material e Métodos:

Foi efetuado um estudo retrospectivo, fazendo análise dos últimos 5 anos, incluindo todos os doentes com idade superior a 85 anos e seguimento mínimo de 12 meses, submetidos a artroplastia total do joelho. Foram revistos os processos clínicos e radiológicos dos doentes e aplicada escala de Oxford Knee Score (OKS).

Resultados:

Este grupo representou 8% dos doentes operados neste período a artroplastia total do joelho em idade geriátrica, num total de 25 intervenções cirúrgicas em 22 doentes, maioritariamente do sexo feminino. O tempo operatório médio foi de 60 minutos e, em média, a alta foi ao sétimo dia de pós-operatório (variando entre 5 e 13 dias). A registar uma complicação pós-operatória imediata, com necessidade de internamento na medicina interna por descompensação cardíaca. A resposta aos questionários foi superior a 80%, com recuo máximo de 72 meses pós-operatório e a média obtida no OKS foi de 35 pontos. Quanto à utilização de auxiliares de marcha cerca de 60% utiliza bengala para deslocações no exterior e 30% não utiliza qualquer auxiliar. Por último foi questionado se “valeu a pena ter sido operado”, verificando-se que 90% respondeu afirmativamente.

Discussão:

Os resultados obtidos na população com idade superior a 85 anos são comparáveis, e em alguns aspetos superiores, a outros estudos publicados internacionalmente, nomeadamente em relação à utilização de auxiliares de marcha.

Conclusão:

A artroplastia do joelho em idades superiores a 85 anos não está associada a um maior número de complicações ou a um aumento significativo do tempo de internamento, sendo o seu impacto na melhoria da qualidade de vida dos doentes mesurável, não só na redução da dor, como também na capacidade de manter vida autónoma.

SOLP36 - Tumefacção acromioclavicular como motivo de consulta

Cláudia Vale, Daniel Peixoto, Susana Ângelo, Francisco Silva Gomes, Tiago Roseiro, André Carvalho, João Antunes
(Hospital Distrital da Figueira da Foz)

Objectivo: Demonstrar uma apresentação clínica atípica de uma patologia comum, o que leva à necessidade de exclusão dos diagnósticos diferenciais de tumefacção acromioclavicular.

Introdução: O diagnóstico clínico de artrose acromioclavicular (AC) pode ser difícil, tendo como sintomas chave a dor na elevação dos braços acima da cabeça e na adução cruzada, sintomas estes que pode estar presente em condições que afectam a coluna cervical, lesões da coifa dos rotadores ou conflito subacromial. A Radiografia é o método de diagnóstico inicial de escolha e a Ecografia pode ser usada para detectar derrame articular da AC, mas não permite diferenciar entre condições inflamatórias e degenerativas, sendo por vezes necessário recorrer à RMN para fornecer informações mais fidedignas das lesões de tecidos moles. O envolvimento da articulação AC pode ser ainda confirmado pelo Alívio da dor após injeção de anestésico local.

Métodos: Relato de caso clínico, revisão bibliográfica e diagnóstico diferencial de tumefacção da articulação AC.

Resultados: Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino de 40 anos, que recorreu à Consulta Externa por tumefacção no ombro direito (braço dominante), sem factores desencadeantes conhecidos. A lesão era localizada na região da articulação AC, não dolorosa, arredondada e não compressível, sem sinais inflamatórios visíveis. Ao exame objectivo, o doente não apresentava qualquer limitação funcional do ombro, mas referia desconforto após movimentos repetitivos do braço, sem necessidade de analgésicos (ASES score 95). Sem sinais constitucionais. Radiologicamente apresentava sinais sugestivos de processo degenerativo da AC, com osteofitos e esclerose subcondral. Ecograficamente detectou-se derrame da AC e a RMN mostrou hipertrofia capsular e edema subcondral.

Conclusão: A tumefacção AC pode ser uma apresentação inicial atípica de osteoartrose AC. Todos os diagnósticos diferenciais devem ser tidos em conta, incluindo hematoma, quisto sinovial, ganglio, condições inflamatórias/infecciosas, lipoma e processos neoplásicos. O diagnóstico de artrose geralmente não necessita de RMN mas foi, neste caso em particular, o único método que permitiu excluir outras causas.

SOLP37 - Luxação esternoclavicular anterior dinâmica

João Pedro, Marco Sarmento

(Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E)

Introdução

Articulação esternoclavicular é o elo de ligação do esqueleto axial ao esqueleto apendicular superior.

Classificada com uma diartrodia, com instabilidade óssea inerente por menos de 50% de congruência dos topos ósseos, estabilizada estática e dinamicamente por ligamentos e músculos circundantes.

A sua luxação, rara na sua incidência, pode compreender até 3% de todas as patologias da cintura escapular.

Os métodos de tratamento, ora conservador ou cirúrgico, são variados. A plastia tendinosa considera-se um método eficaz e comumente adotado na comunidade ortopédica.

Material e Metodos

Jovem de 18 anos, sofreu trauma desportivo, resultando uma instabilidade esternoclavicular. Observou-se o doente um ano após o traumatismo, através de um exame clínico dirigido e métodos de imagem, como radiografia. Realizou-se operação cirúrgica através de plastia tendinosa para correcção da instabilidade.

Resultados:

Doente seguido durante 3 anos, com iconografia a documentar a sua evolução. Sem novas queixas, sem falência cirúrgica. Status pos-op 12 semanas, com movimentação até 90º sem dor, sem instabilidade; status pos-op 6 meses, com amplitude articular completa, com diminuição da força motora, com inicio de medicina física e reabilitação. Ao 1 ano pos-operatório, amplitude articular completa, sem diminuição da forma motora. Iniciou Competição. Aos 2 anos e 3 anos pos-operatório, sem falência de enxerto, mantendo-se estável.

Discussão:

Obteve-se resultado de satisfação excelente, sem deformidade, sem dor, em concordância com a literatura actual. Já Spencer e Kuhn em 2010 observaram a importância da cápsula anterior e posterior na estabilização desta articulação, revelando que o método de fixação com plastia tendinosa com reconstrução anatómica ligamentar é eficaz na manutenção da redução desta luxação esternoclavicular anterior.

Conclusão:

É uma lesão rara. Maioritariamente orientada para opções terapêuticas não cirúrgicas, mas, por se manter sintomatologia e queixas de instabilidade, o tratamento cirúrgico poderá ser a melhor opção. É uma lesão com alguma complexidade, necessitando de uma boa observação clínica e orientação terapêutica.

SOLP38 - Sinovite vilonodular pigmentada do ombro - Um caso raro

Carolina Afonso, Ana Façanha, Susana Pinto, Miguel Freitas, Nuno Pais, Daniel Ramos, Afonso Ruano

(Unidade Local de Saúde do Nordeste, Macedo de Cavaleiros)

INTRODUÇÃO: A sinovite vilonodular pigmentada (SVNP) é uma doença rara, benigna, de etiologia desconhecida e com incidência de 1.8 casos por milhão de habitantes/ano. Ocorre por proliferação da membrana sinovial das articulações, bursas e das bainhas tendinosas, com pigmentação por depósitos de hemossideria.

Afecta sobretudo indivíduos entre os 30 e 40 anos. As mulheres parecem ser mais afectadas. Geralmente é monoarticular, afectando o joelho em cerca de 80% dos casos e o ombro em apenas 2.4% dos casos.

A sua clínica é inespecífica, o ao RX esta entidade geralmente passa despercebida.

A Ressonância Magnética (RMN), não é específica para o diagnóstico, mas é útil para diferencia-la de outras patologias e estratificar a extensão da doença.

O diagnóstico definitivo é histológico.

A sinovectomia artroscópica ou aberta é o tratamento indicado e se incompleta aumenta a probabilidade da recidiva da doença, que se situa entre 18 a 46%.

Apresentamos um caso de SVNP do ombro, tratado com exérese artroscópica.

MATERIAL/METODOS: Mulher de 74 anos, saudável. Observada por omalgia direita. Objectivamente apresentava dor com a mobilização e limitação marcada do arco de movimento, sem massas palpáveis, sinais inflamatórios ou défices neurológicos. O Rx foi normal.

A RMN que mostrou rotura do músculo supra-espino (SPP) e sinais sinovite.

Foi tratada artroscopicamente: intra-operatoriamente constatou-se extensa sinovite. Realizada sinovectomia total, com envio de amostras de tecido para estudo histológico, que revelou tratar-se de SVNP. Foram realizadas também acromioplastia e sutura do SSP.

RESULTADOS: Aos dois anos de seguimento apresenta restituição da mobilidade articular e sem recidiva do quadro. Retomou as suas atividades de vida diárias.

DISCUSSÃO: Apesar da etiologia desta doença ser desconhecida, alguns autores sugerem que pode estar relacionada com alterações do metabolismo lipídico, inflamação ou situações neoplásicas benignas.

Clinicamente é pouco específica. A RMN é importante para descartar outras doenças que cursam com a mesma clínica (condromatose sinovial, o hemangioma sinovial, o fibroxantoma, a artrite reumatóide e até o sarcoma sinovial).

O tratamento eficaz é a sinovectomia, sendo o método artroscópico o menos invasivo. Apresenta baixas taxas de recidiva.

No nosso caso, aos dois anos de seguimento não houve recidiva da doença e recuperação da mobilidade articular.

CONCLUSÃO: A SNVP é uma doença rara, com manifestações inespecíficas. Apesar da RMN ter um papel importante, o diagnóstico definitivo é histológico. A sinovectomia total artroscópica é o tratamento mais eficaz e menos invasivo, tendo uma pequena percentagem de recidiva.

SOLP39 - A fratura que corrigiu o alinhamento - A propósito de um caso clínico

João A. Figueiredo, Miguel Duarte Silva, Patrícia Wircker, João Caetano, Rafael Dias, Teresa Alves da Silva, Francisco Guerra Pinto, Carlos Martinho
(Hospital de Cascais)

O alongamento ósseo nos casos de fémur curto congénito está indicado quando este segmento é responsável por dismetria dos membros inferiores superior a 2,5 cm no fim do crescimento esquelético. Este procedimento é frequentemente acompanhado de complicações e eventuais sequelas.

Relatamos o caso de uma complicação tardia num doente de 16 anos, que sofreu fractura diafisária do fémur direito de baixa energia, em segmento com deformidade multi-axial sequelar a alongamento ósseo com fixador externo monoplanar, 4 meses após o final de correcção de dismetria de 7cm dos membros inferiores por fémur curto congénito unilateral.

Foi submetido a osteossíntese da fractura femoral, e no mesmo tempo cirúrgico, foram realizadas osteotomias de correcção angular para obtenção de normoalinhamento do membro, ainda com imaturidade esquelética.

O doente iniciou reabilitação precoce, atingindo autonomia para a marcha no primeiro mês. A consolidação óssea foi obtida aos 6 meses após osteossíntese. Manteve correcção angular e métrica durante o crescimento esquelético remanescente. Apresenta contudo como sequela do alongamento inicial rigidez articular e instabilidade ligamentar interna do joelho, que comprometem o resultado funcional. (IKDC 39,1 em 100) Planeia-se a medio prazo a reconstrução do ligamento lateral interno, quadriceplastia e remoção do material de osteossíntese.

A propósito deste caso revemos as exigências técnicas do alongamento femoral com fixador externo monoplanar e formas de prevenção de desvio angular.

SOLP40 - Fixação cruzada versus fixação lateral no tratamento cirúrgico das fraturas supracondilianas do úmero em idade pediátrica – Experiência do nosso Serviço

Fábio Sousa, Patrícia Gomes, Patrícia Gamelas, Mafalda Noronha Lopes, Paulo Felicíssimo
(Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca)

Introdução

As fraturas supracondilíneas do úmero (FSU) são comuns na população pediátrica. A maioria ocorre em extensão, classificando-se segundo a classificação de Gartland.

A redução fechada com fixação percutânea é o método preferencial de tratamento em fraturas Gartland tipo II e III. Contudo, existe controvérsia relativamente à técnica de fixação dos fios de Kirschner (FK).

A fixação com FK cruzados é mecanicamente mais estável. Contudo, a lesão do nervo cubital pode ser uma complicação deste tipo de fixação, havendo, por isso, uma tendência na literatura para a preferência pela fixação lateral.

O nosso estudo pretende caracterizar e analisar a evolução ao longo das últimas duas décadas das opções cirúrgicas no tratamento das FSC na nossa instituição hospitalar, assim como da incidência de complicações.

Materiais

Identificámos retrospectivamente os doentes com idade ≤ 16 anos com diagnóstico de FSU, do tipo em extensão, tratados cirurgicamente na nossa instituição hospitalar, ao longo de 21 anos, entre 1996 e 2016.

Métodos

Os doentes foram agrupados em dois períodos temporais, o primeiro período (P1) entre 1996 e 2005 e o segundo período (P2) entre 2006 e 2016. Foram revistos os processos individualmente, contactados os pais telefonicamente e recolhidos dados referentes a: idade, género, classificação da fratura segundo Gartland, procedimento cirúrgico e complicações.

Resultados

Identificaram-se 356 doentes (184 no P1 e 172 no P2).

Os procedimentos cirúrgicos foram: fixação percutânea com FK cruzados (86,4% no P1 e 66,9% no P2); redução aberta e fixação com FK cruzados (1,6% no P1 1,2% no P2); e fixação percutânea com FK laterais (12,0% no P1 e 32,0% no P2).

As complicações identificadas foram: lesões neurológicas (3,3% no P1 e 5,8% no P2) e deformidade pós-traumática (3,3% no P1 e 4,0% no P2). Não se verificaram complicações vasculares.

O método de fixação revelou-se independente do tipo de fractura segundo Gartland.

Discussão

Verificou-se um aumento do número de casos em que se optou pela fixação lateral (P1=12,0% vs P2= 32,0%). No entanto, a fixação cruzada continua a ser a opção cirúrgica mais prevalente.

Constatamos um ligeiro aumento de complicações neurológicas e deformidade pós-traumática no P2.

Conclusão

Na nossa instituição hospitalar tem-se verificado uma tendência para a utilização crescente da fixação lateral em detrimento da fixação cruzada no tratamento das FSU. Contudo, a fixação lateral é ainda a minoria da escolha cirúrgica. Este facto pode estar relacionado com a insegurança na estabilidade da fixação e com a preferência e experiência do cirurgião.

SOLP41 - Deformidade plástica isolada do rádio - Um caso clínico

Cláudia Vale, Daniel Peixoto, Susana Ângelo, Francisco Silva Gomes, Tiago Roseiro, André Carvalho, João Antunes, Vasco Oliveira

(Hospital Distrital da Figueira da Foz)

Introdução: As fraturas dos ossos do antebraço são muito comuns em crianças e adolescentes, representando 5-10% de todas as fraturas pediátricas. Destas, as deformidades plásticas são fraturas incompletas com alteração da forma óssea, mas sem traço de fratura visível. Pensa-se que sejam resultado de forças deformantes irreversíveis quando ultrapassam o limite elástico e imediatamente antes do ponto de fratura por múltiplas microfraturas de baixa energia ao longo do comprimento do osso. Ocorrem mais frequentemente nos ossos do antebraço envolvendo geralmente ambos. As fraturas isoladas do rádio são raras e geralmente difíceis de reduzir por métodos fechados.

Material e Métodos: Apresenta-se o caso clínico de um doente do sexo masculino de 13 anos de idade, avaliado no Serviço de Urgência por história de traumatismo do antebraço esquerdo.

Caso Clínico: Doente do sexo masculino de 13 anos de idade, que recorreu ao Serviço de Urgência por queda da própria altura com traumatismo do antebraço esquerdo. Ao exame físico, apresentava dor e deformidade do terço médio do antebraço, sem dor à palpação das articulações adjacentes. Na avaliação imagiológica evidenciava deformidade plástica isolada do rádio a nível diafisário com angulação volar de cerca de 18º, sem outras alterações das articulações adjacentes. Foi efetuada manipulação sob sedação com alinhamento adequado do rádio, tendo sido imobilizado com gesso antebraquial. O doente foi seguido em Consulta Externa, tendo sido retirada a imobilização às 5 semanas. Aos 6 meses pós-traumatismo não apresenta dor à palpação do rádio nem qualquer deformidade ou limitação de mobilidade.

Discussão/Conclusão: Apresenta-se este caso pela raridade da deformidade plástica isolada do rádio. Embora a deformidade plástica não seja infrequente em idade pediátrica, quando em osso isolados atinge geralmente o cúbito e obrigam à pesquisa sistemática de fratura completa do osso adjacente ou lesão das articulações mais próximas. As deformidades isoladas do rádio são raras e a redução fechada pode ser difícil, sendo que a decisão para tratamento deve ter em consideração a idade do doente, pela capacidade de remodelação, a angulação da deformidade e as lesões associadas.

SOLP42 - Osteogenesis imperfecta: Revisão bibliográfica

Tiago Roseiro, Daniel Peixoto, Susana Ângelo, Francisco Silva Gomes, Cláudia Vale, André Carvalho, João Corte Real
(Hospital Distrital da Figueira-da-Foz)

Osteogenesis Imperfecta (OI) é uma displasia esquelética caracterizada por susceptibilidade aumentada de fraturas, com um espectro clínico muito variável, desde formas subtis de frequência aumentada de fraturas, até morte perinatal. Como características cardinais podemos descrever a fragilidade óssea, as escleróticas azuis e a surdez.

Descrita primariamente por Ekman em 1788 como “osteomalácia congénita”, desde então tem sido alvo de várias investigações, tendo sido descoberto o defeito na síntese de colagénio tipo I como causa da maior parte dos casos de OI. Atualmente classificada em 5 tipos, segundo a International Society of Skeletal Dysplasias, compreende um grupo heterogéneo de doentes, sendo que o tratamento deve ser individualizado e com uma equipa multidisciplinar. A introdução dos Bifosfonatos no tratamento médico desta condição foi um importante passo para a qualidade de vida de alguns doentes e dos seus familiares. O tratamento cirúrgico ortopédico passa por prevenção secundária de fraturas e pela correção de deformidades, sendo que os novos dispositivos permitem adaptar-se ao crescimento e reduzir o risco de re-intervenções.

Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão do conhecimento atual da história, epidemiologia, patogénese e tratamento da OI.

SOLP43 - Conflito cúbito-cárpico: A nossa experiência com osteotomias de encurtamento do cúbito

Afonso Cardoso, Luís Barbosa, Ana M. Coelho, Pedro Falcão, Carolina Baptista, Filipa S. Silva
(Hospital Beatriz Ângelo, Loures)

Introdução: A articulação cúbito-cárpica é uma articulação que transmite uma carga significativa, estando em risco de sofrer processos degenerativos. O conflito cúbito-cárpico caracteriza-se por ser uma patologia degenerativa derivada do impacto do cúbito distal com o piramidal e o semilunar. Uma das suas causas mais importantes é consolidação viciosa de fraturas distais do rádio. O objetivo do presente estudo foi avaliar os resultados clínicos e radiográficos da nossa casuística relativamente a osteotomias de encurtamento do cúbito, opção de tratamento desta patologia, bem como rever sumariamente a patologia, as indicações e as opções cirúrgicas do conflito cúbito-cárpico.

Material e Métodos: realizámos uma análise retrospectiva de doentes consecutivos que foram tratados com osteotomia de encurtamento do cúbito entre janeiro de 2012 e junho de 2017 no nosso hospital. Avaliámos clinicamente a dor, amplitude articular, força da garra e resultados funcionais recorrendo ao questionário quick-DASH. Medimos radiograficamente a variância cubital pré e pós-operatória e o encurtamento realizado.

Resultados: identificámos 8 doentes operados, tendo sido possível avaliar 7 destes. Nesta população obtivemos uma diminuição da dor (VAS de 7 para 2.6, $p<0.05$), uma diminuição do quick-DASH (64 para 28, $p<0.05$) e constatámos uma diminuição da amplitude articular em cerca de 7° para a flexão ($p=0.2$), de 5.5° para a supinação ($p=0.3$), bem como diminuição da força da garra para cerca de 86% do lado contralateral ($p=0.07$). A variância cubital foi alterada de uma média de +5.5 mm para -1.1 mm ($p<0.05$). Dois em 8 doentes (25%) apresentaram sintomatologia relacionada com a placa sendo que um deles foi submetido a nova intervenção para extração do material.

Discussão: O tratamento cirúrgico tem como objetivo reduzir a carga transmitida pelo cúbito. Num doente com variância cubital negativa ou neutra, pode-se realizar o desbridamento artroscópico das lesões intra-articulares (intervindo-se sintomaticamente). Já num doente com variância cubital positiva estática ou dinâmica, as opções cirúrgicas são as osteotomias diafisárias, metafisárias, ou ressecções cubitais distais parciais. No nosso hospital damos preferência às osteotomias de encurtamento do cúbito, de corte diafisário oblíquo. Os resultados apresentados vão de encontro aos demais publicados na literatura, tendo-se obtido bons resultados clínicos e radiográficos.

Conclusões: a osteotomia de encurtamento do cúbito é um procedimento cirúrgico eficaz, tanto no tratamento do conflito cúbito-cárpico, como na descarga do cúbito.

SOLP44 - Tratamento cirúrgico de fraturas de ossos metacárpicos – A experiência do Serviço em osteossíntese percutânea

Ricardo Araújo Ferreira, João Protásio, David Maia Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah, Francisco Mercier

(Hospital Garcia de Orta, Almada)

Introdução

O tratamento cirúrgico de fraturas metadiafisárias dos ossos metacárpicos inclui múltiplas abordagens e técnicas, mas dadas as vantagens e desvantagens de cada técnica, não existe consenso quanto ao tratamento ótimo destas fraturas.

Material e Métodos

Apresentamos uma opção de tratamento cirúrgico para fraturas metadiafisárias dos ossos metacárpicos através da realização de osteossíntese com parafuso autocompressivo canulado, colocado retrogradamente e em posição endomedular. Apresentamos a experiência do nosso serviço no tratamento com osteossíntese endomedular retrógrada de 10 doentes com fraturas metadiafisárias de um osso metacárpico. Descrevemos os resultados clínicos e radiológicos obtidos. Trata-se de uma técnica descrita recentemente na literatura, da qual existe evidência de sucesso clínico e radiológico, com mobilização muito precoce e regresso rápido à atividade habitual dos doentes.

Resultados

Em todos os doentes foi realizada redução incruenta e osteossíntese com parafuso compressivo canulado tipo Herbert colocado retrogradamente em posição endomedular, sob fio guia. Além de penso com algodão e ligadura, não foi colocado nenhum tipo de imobilização pos-operatória, incentivando-se a mobilização sem carga conforme tolerância. Na avaliação pos-cirúrgica dos doentes destaca-se a ausência de queixas algícas na maioria dos doentes. Todos os doentes fazem extensão e flexão ativa sem défices relevantes de ADM da articulação metacarpo-falângica e sem desvios rotacionais. O tempo decorrido entre o tratamento cirúrgico e a reavaliação variou entre os 4 e os 13 meses. Em todos os casos foi obtida consolidação radiológica entre as 6 e as 8 semanas.

Discussão

Apesar de constituir uma série pequena de doentes, verificou-se ao nível dos resultados obtidos concordância com a literatura publicada. Também de acordo com a literatura consultada, que documenta agressão cirúrgica condral mínima pela abordagem retrógrada, não houve evidência clínica nem radiológica de artrose ou condrólise da superfície articular da articulação metacarpo-falângica bem como não houve evidência de lesão do aparelho extensor ou intolerância ao material de osteossíntese.

Conclusão

A grande maioria de fraturas de colo e diáfise dos ossos metacárpicas podem ser tratadas conservadoramente, no entanto para os casos com marcada angulação, encurtamento ou desvio rotacional, estão descritas várias técnicas cirúrgicas. A decisão sobre a técnica cirúrgica é dependente das características da fratura. Apresentamos a experiência do serviço na utilização de uma técnica inovadora, minimamente invasiva, sem violação do foco de fratura, que permite mobilização e regresso às atividades de vida diária precoce. O bom resultado radiológico, clínico e funcional está de acordo com a literatura recentemente publicada.

SOLP45 - Infecção e tratamento de feridas em ortopedia. Alguns casos de um Serviço

António Sérgio Gonçalves, Ricardo Simões, Sara Monteiro, João Gonçalves, Virgílio Paz Ferreira, Fernando Carneiro, António Rebelo

(Hospital do Divino Espírito Santo - Ponta Delgada)

As infecções em Ortopedia são entidades comuns/complicação cirúrgica comum, sendo importante prevenir, reconhecer e actuar em conformidade. Por serem frequentemente subtis requerem alto índice de suspeição - essencial para diagnóstico. No caso de pós op é especialmente difícil, devendo suspeitar-se infecção nos doentes que não estão a evoluir favoravelmente. Estas prolongam a duração do internamento, aumentam morbilidade, duplicam a taxa de internamento, triplicam os gastos, requerendo por vezes extenso desbridamento cirúrgico, com antibioterapia profilática/antibioterapia dirigida.

De acordo com D'Elia et al., nas infecções superficiais devemos fazer antibioterapia agressiva, para evitar progressão a tecidos mais profundos/evitar septicemia, sendo a profilaxia dirigida especialmente a *Staphylococcus aureus* – alta prevalência em infecções.

Segundo Graça et al. – O procedimento cirúrgico com maior taxa de infecção é a osteossíntese. Dentro destes, os materiais com maior prevalência de infecção – fixador externo e as placas. A infecção na cirurgia ortopédica deve-se essencialmente a: 30.7% *Staphylococcus aureus*, 17.3% *Pseudomonas aeruginosa*, 7.6% *Klebsiella sp.* 5.7% *Enterobacter sp.*

Os factores de risco para a infecção perioperatoria são divididos em pré operatórios; intra-operatórios e pós-operatórios, os quais podem ser modificados.

Dentro dos pos-operatorios encontramos os cuidados de ferida que englobam desbridamento, cuidados de penso, ou outras modalidades de tratamento como a terapia de pressão negativa (TPN) ou a oxigenoterapia hiperbárica (OTH).

Nas indicações para TPN encontramos: feridas complexas; enxertos de pele; abdómen aberto; prevenção de complicações; instilação de soluções. Trata-se de um tratamento com pressão subatmosférica o leito da ferida com efeitos tanto biológicos como físicos quer a nível de resposta do individuo como de controlo de população bacteriana.

Na opção terapêutica de OTH – o individuo recebe oxigénio a 100% sob pressão - a Hb fica saturada, obtendo-se uma eficaz dissolução plasmática de oxigénio. É usada no tratamento de rotina das feridas, doença de descompressão, ventilados ou em cuidados intensivos, apresentando igualmente efeitos fisiológicos sobre o leito a ferida.

Indicações de OTH na Ortopedia: - Infecção bacteriana (anaeróbios / mistas anaeróbicas/Gangrena Gasosa / outras Infecções necrotizante de partes moles); osteomielite; feridas de difícil cicatrização; fracturas expostas em casos seleccionados; artrites sépticas; pseudartrose com ou sem infecção; cirurgia protésica infectada; necrose asséptica de cabeça de fémur.

O presente trabalho apresenta alguns casos, documentados com fotografias, no âmbito de consulta externa – 3; terapia OTH – 4 casos; bem como um caso de fractura exposta altamente contaminada que envolveu todas as medidas apresentadas na introdução, com bom resultado final.

SOLP46 - Qual o papel da hemiartroplastia nas fraturas complexas da extremidade proximal do úmero

João Pedro, rancisco Alves, João Ribeiros Carbal, Diogo Ramalho, Marco Sarmento

(Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E)

INTRODUÇÃO

O tratamento das fraturas proximais do úmero complexas mantém-se controverso. O recurso a hemiartroplastia do úmero na impossibilidade de reconstrução e fixação interna foi a opção mais aceite, embora com resultados funcionais aquém do desejável. Neste trabalho pretende-se avaliar o resultado funcional das hemiartroplastias em doentes com fraturas proximais do úmero complexas.

MATERIAL E MÉTODOS

Avaliação retrospectiva clínica e imagiológica, dos doentes, operados entre 2010 e 2015, com fratura proximal do úmero complexa submetidos a hemiartroplastia. Classificação de fraturas segundo metodologia de Neer; inclusão de fratura Neer 3 e 4.

Revisão dos processos clínicos e avaliação funcional pelo score de Constant.

RESULTADOS

28 doentes submetidos a hemiartroplastia, idade média de 72 anos (43-90). O mecanismo de lesão mais frequente foi queda da própria altura 90%. 75% apresentavam fratura da extremidade proximal do úmero em 4 partes de Neer. No grupo de doentes submetidos a hemiartroplastia apresentaram flexão anterior (FA) de 63,8º e abdução (Abd) 62,0º. O Constant Score (CS) avaliado foi 45,7 para hemiartroplastia. 1 doente submetido a hemiartroplastia foi convertido PTIO ao final de 15 meses. Houve migração superior em 36% das hemiartroplastias, 1 por consequente evolução da doença de base (artrite reumatoide), restantes por falência de tuberosidades inseridas e rotura massiva da coifa, diminuído o CS 39,3 vs 51.15.

DISCUSSÃO

Os nossos resultados acompanham a tendência internacional. A correta sutura e redução das tuberosidades é crucial para o aumento das rotações dos doentes e, por sua vez, melhorar o outcome a nível funcional e de satisfação dos doentes. Neste grau de complexidade de fratura, aparenta ser uma boa opção cirúrgica em doentes com menos de 75 anos, pois as Artroplastias Reversas do Ombro, embora com resultados promissores, ainda se consideram controversas.

CONCLUSÃO

O doente que apresenta este tipo de fratura tem uma alta probabilidade de não manter a função pré-fraturária, sendo a opção terapêutica escolhida pela previsibilidade de uma recuperação de função aceitável. Mais estudos com maior número de doentes serão necessários para identificar qual a melhor opção cirúrgica para o doente.

SOLP47 - Fixação intramedular anterógrada no tratamento de fraturas diafisárias do úmero – Avaliação de uma série de 44 doentes

João Boavida, Catarina Quintas, Vítor Hugo Pinheiro, André Pinto, Ugo Fountoura, Ana Inês
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

INTRODUÇÃO

As fraturas da diáfise do úmero correspondem a cerca de 3 a 5% de todas as fraturas. Têm uma incidência e distribuição bimodal: adultos jovens do sexo masculino associados a traumatismos de alta energia e em mulheres com idade superior a 60 anos associadas a traumatismos de baixa energia.

O tratamento conservador continua a ser o tratamento de eleição na maioria dos casos das fraturas do terço médio da diáfise do úmero.

Quando existe indicação para tratamento cirúrgico, a osteossíntese com placa é o o tratamento padrão.

Ao contrário dos bons resultados do tratamento com sistemas intramedulares em fraturas diafisárias nos ossos longos do membro inferior, no úmero os resultados são considerados piores, nomeadamente: maior taxa de pseudartrose; maior taxa de lesões neurológicas; lesões da coifa dos rotadores.

O objectivo deste trabalho foi avaliar os resultados de uma técnica de osteossíntese não considerada como padrão de ouro no tratamento deste tipo de fraturas.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo (avaliação de 44 doentes com fraturas da diáfise do úmero tratadas por encavilhamento anterógrado), com consulta do processo clínico, avaliação clínica e radiológica dos doentes. Parâmetros avaliados:

sexo, idade, etiologia, tipo (fechada, aberta, patológica), complicações, tempo de consolidação. A escala utilizada para classificação das fraturas foi a escala AO.

RESULTADOS

Verificou-se um ligeiro predomínio do sexo masculino (23 casos – 52,2%), com uma idade média total de 64,8 anos. A etiologia mais comum foi queda.

Em 2 casos houve exposição óssea, grau 1 na escala de Gustilo-Anderson e em 5 casos confirmou-se etiologia patológica. Relativamente á classificação AO (úmero = 12), distribuíram-se da seguinte forma – A1 (11 casos); A2 (6); A3 (17); B1 (4); B2(2) e B3 (4).

Observou-se um caso de pseudartrose bem tolerada, sendo o tempo médio de consolidação dos restantes casos de aproximadamente 4 meses.

Relativamente a complicações, consideraram-se: pseudartrose (1); falência de osteossíntese em 2 casos por erro técnico.

Não foram identificadas lesões neurovasculares e, relativamente a problemas relacionados com a coifa dos rotadores, estes apenas se verificaram nos 2 casos de falência da osteossíntese.

DISCUSSÃO

Apesar de algumas limitações do estudo, ser retrospectivo e a série ser de apenas de 44 casos em 7 anos, os resultados são positivos com cerca de 6% de complicações.

Dada a cada vez maior exigência por parte dos doentes, a opção pelo tratamento cirúrgico tem vindo a aumentar, apesar de alguns autores continuarem a defender o tratamento conservador como o mais adequado para este tipo de fraturas.

Estudos comparativos entre o tratamento com placa e fixação intramedular são crescentes. Com a evolução da técnica de fixação intramedular, os últimos estudos têm mostrado resultados similares em comparação com a osteossíntese com placa.

CONCLUSÃO

Apesar da curta amostra, podemos concluir que, com uma escolha adequada dos casos, respeito pela coifa dos rotadores e pela técnica cirúrgica, este método de tratamento das fraturas do úmero poderá a vir a substituir, no futuro, o método de osteossíntese com placa.

SOLP48 - Rotura crónica da transição mio-tendinosa do músculo recto anterior - Uma entidade rara

João Protásio, Gustavo Martins, Pedro Simas, Ricardo Ferreira, David Pinto, Tiago Coelho
(Hospital Garcia de Orta; Clínica do Lambert)

INTRODUÇÃO

O recto femoral anterior é a estrutura mais frequentemente atingida no âmbito das lesões do músculo quadricipital. Avulsões da porção directa deste músculo, ao nível da EIAS, bem como roturas do tendão do quadricípite, estão bem documentadas. Roturas da transição mio-tendinosa são menos frequentes, estando pouco reportadas na literatura.

CASO CLÍNICO

Os autores descrevem um caso de um doente do género masculino, 37 anos, saudável. Em Outubro/2014, no âmbito de futebol recreativo, sofreu um traumatismo directo ao nível da região anterior da coxa. Recorreu a uma instituição de saúde de Lisboa em Janeiro/2015 por dor ligeira e fraqueza ao nível da coxa que o limitavam a jogar futebol. Objectivamente apresentava gap palpável na extremidade distal da coxa, denotava-se uma massa no terço médio e tinha perda de força quadricipital, apesar de ser capaz de fazer extensão activa. A Ecografia e RM identificaram uma rotura grau III da junção mio-tendinosa distal do recto anterior. O doente foi submetido a intervenção cirúrgica 4 meses após o início do quadro. Posicionado em decúbito dorsal, mediante incisão longitudinal anterior, confirmou-se a rotura e procedeu-se ao desbridamento do tecido fibrótico, tendo-se constatado um gap de 9 cm. Foi feita colheita de tendões de isquiotibiais homolaterais, seguido da reconstrução da união mio-tendinosa com estas estruturas e Ethibond 2. Usou ortótese imobilizadora do joelho durante 15 dias. Às 2 semanas de pós-operatório (PO) negava queixas álgicas relevantes, apresentava discreto edema, amplitude de

movimento do joelho (ADM) de 0-50°. Iniciou fisioterapia nesta altura. Com 1 mês de evolução já não apresentava edema, ADM do joelho de 0-100°. Aos 2 meses apresentava ADM de 0-120°. Aos 3 meses iniciou corrida.

OBJECTIVOS

Reavaliar o estado clínico do doente. Determinar as complicações PO e o tempo de regresso à actividade desportiva. Objectivar o grau de satisfação.

RESULTADOS

Actualmente com 2 anos e meio de evolução, o doente encontra-se clinicamente bem, sem queixas álgicas, ADM do joelho de 0-120°, sem défices de sensibilidade, força quadricipital grau 5/5 (embora inferior relativamente ao membro contra-lateral). Não se registaram complicações inflamatórias/infeciosas nem TVP/TEP. Voltou a fazer desporto, sem qualquer limitação, aos 4 meses. Refere grande satisfação com o resultado obtido.

DISCUSSÃO

A rotura da transição mio-tendinosa distal do músculo recto anterior é uma entidade rara. É típico o diagnóstico tardio, já na fase crónica, podendo gerar incapacidade significativa.

CONCLUSÃO

A intervenção cirúrgica mediante reconstrução com tendões de isquiotibiais pode permitir uma recuperação completa.

SOLP49 - Fratura trocantérica em doente amputado - O que fazer?

Miguel Pinto de Freitas, Ana Façanha, Susana Pinto, Carolina Afonso, Nuno Pais, Diana Pedrosa, Paulo Montanha
(Unidade Local de Saúde do Nordeste, Macedo de Cavaleiros)

Introdução

Fraturas trocantéricas em doentes amputados são raras, sendo escassa a literatura a orientar os métodos de tratamento cirúrgico. Doentes amputados sofrem de osteoporose de desuso e têm muitas vezes alterações vasculares que dificultam o tratamento. Classicamente, o tratamento cirúrgico de fraturas trocantéricas é realizado em mesa operatória de tração, o que constitui também um problema nestes doentes. São opções alternativas a colocação de uma tração esquelética, de tração cutânea ou nos casos de amputação abaixo do joelho, realização de tração com coto colocado na bota em posição invertida ou então de tração realizada conforme necessário durante a cirurgia pelo cirurgião ajudante.

Material e Métodos

Descrevemos o caso de um homem de 85 anos, vítima de amputação transtibioperonial na sequência de acidente de viação em 1953. Autónomo, deambulava com auxílio de uma ortótese. Recorre ao SU após queda da própria altura, da qual resultou uma fratura trocantérica (AO 31A2). Optamos por realizar a redução com o auxílio de uma tração cutânea reforçada com ligadura adesiva, tendo sido utilizada uma cavilha cefalomedular para fixação da fratura.

Resultados

A nossa opção permitiu uma redução adequada com bom controlo rotacional. Este sistema de tração cutânea reforçado foi inócuo para a pele do doente. Após a cirurgia o doente retomou a marcha com ortótese, ajustada por encurtamento do membro operado.

Discussão

Não se optou por uma tração esquelética pela agressão cirúrgica extra assim como risco infeccioso inerente, esta opção será particularmente prejudicial num doente diabético com alterações vasculares. A opção de tração manual também foi excluída por não permitir um controlo constante e preciso da redução. A tração com bota invertida seria uma boa alternativa, no entanto, neste caso, o coto distal era inferior aos 12 cm ideais descritos Al-Harthy para o sucesso desta técnica. A opção tomada revelou-se eficaz, tendo-se obtido um resultado similar ao de um membro normal, tanto em termos de tração obtida como de rotação do membro.

Conclusão

Casos como este demonstram a necessidade de adaptação ao doente, ajustando as técnicas conhecidas aos doentes com que nos deparamos. Neste caso, a tração cutânea teve um bom resultado clínico, com boa manutenção da redução e do alinhamento final.

Este caso demonstra que uma tração cutânea reforçada será suficiente para uma redução adequada neste tipo de doentes.

SOLP50 - Fixação percutânea de fraturas vertebrais toracolombares

Rafael Portela, Moisés Ventura, Renato Ramos, Henrique Sousa, José Marinhos, Rui Lemos

(Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho)

Introdução

Avaliar os resultados preliminares do tratamento cirúrgico das fraturas vertebrais toracolombares por meio de técnica de fixação percutânea.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo de 27 pacientes com fraturas vertebrais toracolombares, que foram submetidos a fixação percutânea nos anos compreendidos entre 2013 e 2015. A avaliação clínica dos resultados foi realizada utilizando os questionários SF-36 e Oswestry. A avaliação radiológica das fraturas foi realizada de acordo a classificação do ângulo de Magerl e do ângulo de Cobb. Estes critérios foram usados nos tempos pré-operatórios, pós-operatórios e ao final de 1 ano de seguimento. Neste estudo também foram considerados outros dados relevantes, tais como: lesões associadas, défice neurológico, infeção pós-operatória, falência do implante.

Resultados:

O questionário do SF-36 revelou 83% de valores médios e o questionário de Oswestry revelou que 82% tinham limitações físicas mínimas ou ausentes com uma pontuação média de $14,4\% \pm 10,29\%$. O ângulo de Cobb médio para a cifose pré-operatória foi de $6,53^\circ \pm 16,8^\circ$, com uma diminuição para $2,31^\circ \pm 13,35^\circ$ no período pós-operatório imediato e de $3,24^\circ \pm 13,95^\circ$ após 1 ano de seguimento. A correção média obtida no tempo pós-cirúrgico imediato foi de $4,22^\circ$ com uma perda média da correção $1,03^\circ$. Não houve complicações de relevo.

Discussão e Conclusão:

O tratamento cirúrgico das fraturas da coluna vertebral ao nível toracolombar com técnica percutânea, proporcionar resultados clínicos e radiológicos satisfatórios, com uma taxa de complicações reduzida.

SOLP51 - Fratura da coluna anterior do acetábulo – Reabilitação precoce através de uma via intrapélvica e artroplastia primária da anca

Tiago Pato, Filipe Sá Malheiro, Sérgio Pita, André Ferreira dos Santos, Pedro Serrano, António Figueiredo, José Brenha

(Centro Hospitalar Baixo Vouga, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra)

As fraturas acetabulares continuam a ser das fraturas mais desafiantes na traumatologia. As vias de abordagem são complexas e requerem muita experiência, em particular na abordagem de fraturas da coluna anterior. Cada via de abordagem tem limitações de visualização e fixação possível, pelo que é importante conhecer as suas vantagens para um planeamento adequado. Classicamente, a via ilioinguinal é a abordagem usada para reduzir e fixar fraturas da coluna anterior do acetábulo. Mais recentemente, com a adaptação da via de Stoppa - via intrapélvica - é possível tratar estas fraturas sem a laboriosa e perigosa dissecação da janela intermédia da via ilioinguinal. Em combinação com a janela ilíaca (lateral da ilioinguinal), a via intrapélvica permite uma visualização de toda a asa do ilíaco, sacro-ilíaco, coluna anterior, lâmina quadrilátera e sínfise púbica.

Os autores apresentam um caso de um homem de 77 anos que apresentava uma fratura da coluna anterior com extensão à asa do ilíaco e cominuição da parede medial. Por questões médico-anestésicas, foi apenas possível proceder à intervenção cirúrgica após as 3 semanas. Com este tempo de evolução, uma redução anatómica seria

quase impossível. Considerando a idade do paciente e os riscos de uma imobilização prolongada, optou-se por uma intervenção que permitisse uma reabilitação precoce. Através de uma via intrapélvica (Stoppa) e janela ilíaca, a fratura foi reduzida e fixada com duas placas de reconstrução pélvica, com o doente em decúbito dorsal. De seguida, em decúbito lateral e por via posterior, foi aplicada uma prótese total da anca com um anel tipo Muller. Esta construção permitiu levantar o paciente e iniciar carga parcial no segundo dia do pós-operatório, evitando assim as temidas complicações da imobilização no leito.

No tratamento das fraturas acetabulares a redução anatómica e uma fixação estável são os princípios básicos para o sucesso terapêutico. É, no entanto, importante considerar o doente como um todo, e, em particular nos idosos, a imobilização prolongada está associada a complicações severas, e por vezes até fatais. Neste quadro clínico, uma redução articular anatómica poderá ser colocada em segundo plano, sendo prioritária a escolha de uma intervenção cirúrgica que permita mobilizar precocemente o paciente. São ainda descritas as vantagens e a versatilidade da via intrapélvica para a abordagem das fraturas da coluna anterior do acetábulo.

SOLP52 - Fratura periprotésica acetabular

Tiago Pato, Filipe Sá Malheiro, Sérgio Pita, André Ferreira dos Santos, Pedro Serrano, António Figueiredo, José Brenha

(Centro Hospitalar Baixo Vouga, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra)

As fraturas periprotésicas do acetábulo são raras mas são complicações potencialmente desastrosas para uma prótese total da anca. A sua ocorrência é significativamente menor em comparação com as fraturas periprotésicas femorais, ocorrendo intra-operatóriamente durante uma cirurgia primária ou de revisão, ou secundariamente a um trauma ou processo patológico. A sua classificação é feita com base na classificação de Paprosky.

É essencial conhecer o componente acetabular (elítico, hemisférico), a personalidade do osso (p.e. osteoporose, artrite reumatoide) e proceder a uma fresagem adequada para minimizar os riscos de uma fratura iatrogénica durante a cirurgia.

Mais tardiamente, esta complicação poderá surgir como consequência de um trauma. Nesta situação é fundamental avaliar a estabilidade do implante e a natureza da lesão: fratura de uma ou mais paredes, uma ou mais colunas, ou até mesmo uma descontinuidade pélvica. O plano cirúrgico deve ser personalizado à lesão em causa e tem como objetivo restaurar a estabilidade pélvica e permitir a implantação de um componente acetabular.

Os autores apresentam um caso de uma paciente de 74 anos, com prótese total da anca com cerca de 9 anos de evolução. Após uma queda da própria altura, é diagnosticada uma fratura periprotésica acetabular, com cominuição do teto acetabular e parede posterior. Apresentando um componente acetabular instável (Paprosky 3b) é realizada uma cirurgia de revisão por via posterior. O teto e a parede posterior foram reconstruídos sobre um suporte de aloenxerto (cadáver) assim como o fundo acetabular. Seguidamente, com o recurso a um anel de Schneider, procedeu-se à sua fixação com parafusos e à cimentação de um polietileno. Esta abordagem possibilitou reconstruir parcialmente o teto e parede posterior, assim como providenciar uma estrutura rígida e estável permitindo uma marcha com apoio parcial no pós-operatório imediato.

As fraturas periprotésicas do acetábulo são raras, mas potencialmente trágicas. Apesar da maioria destas fraturas ser tratada de forma conservadora, na presença de critérios de instabilidade, a cirurgia poderá estar indicada. Esta deve ser realizada por um ortopedista especialista em revisões e traumatologia pélvica, condição fundamental para o sucesso da resolução desta complicação.

SOLP53 - Tratamento cirúrgico de fratura cominutiva do colo do astrágalo através de abordagem combinada

Joana Monteiro Pereira, Miguel Quesado, Marcos Silva, João das Dores Carvalho, Hélder Nogueira, Jorge Alves
(Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel)

As fraturas do colo do astrágalo são raras e ocorrem em consequência a traumatismos de alta energia. A forma tridimensional complexa, parca vascularização e vasta área de revestimento cartilágneo tornam o tratamento cirúrgico desafiante.

Os princípios para o tratamento cirúrgico estão bem definidos, contudo as vias de abordagem e os métodos de osteossíntese são ainda tema de debate na literatura.

A redução anatómica é essencial para evitar a artrose pós-traumática das articulações envolventes e consequente limitação funcional. A preservação da vascularização é importante para diminuir o risco elevado de necrose avascular inerente às fracturas do colo do astrágalo.

A abordagem combinada permite um melhor controlo na redução da fractura, mas aumenta o risco de lesão da vascularização.

Caso clínico de doente do sexo masculino, com 22 anos, sem antecedentes patológicos de relevo. Transferido de outro Centro Hospitalar com o diagnóstico de fractura-luxação do astrágalo Hawkins tipo III consequente a acidente de mota com projecção. Imagiologicamente (RX e TAC) com luxação já reduzida e fratura cominutiva da cabeça e colo do astrágalo. Estava imobilizado com uma tracção esquelética ao calcâneo. Apresentava fractura concomitante e sem desvio do cuboide.

Foi realizada uma dupla abordagem (antero-lateral e medial), com o maior cuidado de preservar a vascularização. Foi realizada limpeza de fragmentos ósseos articulares livres, enxertia do foco de fractura, redução anatómica e fixação com 2 parafusos canulados 5.0mm de orientação retrógrada. A redução e posicionamento do material de osteossíntese foram controlados por fluoroscopia. O doente foi imobilizado com tala gessada posterior.

No planeamento cirúrgico de lesões do astrágalo é essencial a utilização de um método de imagem que permita analisar sistematicamente o traço de fratura e o desvio da mesma. A tomografia convencional é, assim, recomendada a todos os doentes com este tipo de lesão.

A incidência de necrose avascular do astrágalo encontra-se intimamente associada à classificação de Hawkins. O doente apresentava uma lesão tipo III de Hawkins, pelo que a probabilidade de desenvolver uma necrose avascular é elevada (até 70%).

Diversas abordagens cirúrgicas têm sido descritas para o tratamento de fraturas do colo do astrágalo, todavia, a abordagem combinada permite a preservação dos tecidos e permite uma redução precisa dos fragmentos ósseos. A abordagem combinada, neste caso, permitiu, não só reduzir a fratura como permitiu a utilização de um método de fixação simplificado.