

PROGRAMA

**6º Congresso Nacional e XXIII Jornadas
de Ortopedia Infantil**

**6th Portuguese Congress
of Pediatric Orthopaedics**



**22 a 24 março de 2018
March 22nd-24th, 2018**

Hotel Dom Luís, Coimbra



**Curso Pré-Congresso / Pre-Meeting Course:
Dor Músculo-Esquelética em Idade Pediátrica
*Musculoskeletal Pain in the Pediatric Age***

Temas / Topics:

**Displasia de Desenvolvimento da Anca
*Developmental Hip Dysplasia***

**Fraturas do Ombro
*Shoulder Fractures***

Convidados Estrangeiros / Guest Speakers:

**Angel Palazón - Madrid
Julio de Pablos - Pamplona
Manoj Ramachandran - Londres**



Entre os Médicos Internos de Ortopedia inscritos em Curso + Congresso, será sorteada uma Bolsa SPOP - Acuña Fombona de 500€ para frequência de um Curso ou Congresso da EPOS. Entre os Médicos Especialistas de Ortopedia que sejam membros da SPOP e estejam inscritos em Curso + Congresso, será sorteada uma Bolsa SPOP - Acuña Fombona de 1000€ para frequentar um Congresso ou Curso à sua escolha na área de Ortopedia Infantil.

Secretariado

asic

associação de saúde infantil de coimbra

www.asic.pt

E-mail: congressos@asic.pt

Hotel Dom Luís, Coimbra, Quinta, 22 Março 2018/ Thursday, March 22nd, 2018

CURSO PRÉ-CONGRESSO / PRE-MEETING COURSE:

DOR MÚSCULO-ESQUELÉTICA EM IDADE PEDIÁTRICA / MUSCULOSKELETAL PAIN IN THE PEDIATRIC AGE

08h00 › Abertura do Secretariado.

09h00 › Nota de Abertura / Opening Note. *Cristina Alves e Dora Oliveira.*

09h15 › Dimensão do Problema / Dimension of the Problem.

Moderadores/Moderators: Beatriz Craveiro Lopes e Cristina Alves

09h15 › Dor como 5º Sinal Vital. Definição e Epidemiologia / Pain as the 5th Vital Sign. Definition and Epidemiology. *Ananda Fernandes*

09h45 › Desafios na Medição da Dor / Challenges in the Measurement of Pain. *Maria João Mano*

10h00 › Crianças com Dor, Adultos com Dor Crónica? / Children with Pain, Adults with Chronic Pain? *Paula Capelo*

10h15 › Discussão / Discussion.

10h30 › Café / Coffee Break.

11h00 › O Recém-Nascido e o Lactente / The Newborn and the Infant.

Moderadores/Moderators: Ana Ratola e Gabriel Matos

11h00 › Os Recém-Nascidos e Lactentes têm Dor? / Do Newborns and Infants Have Pain? *Gina Reis*

11h15 › Efeitos da Dor no Neurodesenvolvimento / Effects of Pain in the Neurodevelopment. *Tânia Ralha*

11h30 › Controlo da Dor Associada a Procedimentos / Management of Procedure-Related Pain. *Cristina Resende*

11h45 › Causas Musculoesqueléticas de Dor / Musculoskeletal Causes of Pain. *Joana Freitas*

12h00 › Discussão / Discussion.

12h30 › Abordagem na Criança e no Adolescente / Management in Children and Adolescents.

Moderadores/Moderators: Delfin Tavares e Teresa Guardado

12h30 › Abordagem diagnóstica / Diagnostic Approach. *Oliana Tarquini*

12h45 › Modelo Biopsicossocial da Dor / Biopsychosocial Approach to Pain. *Inês Carrilho*

13h00 › Síndrome de Dor Complexa Regional / Complex Regional Pain Syndrome. *Manuel Salgado*

13h15 › Discussão / Discussion.

13h30 › Almoço / Lunch.

14h30 › Abordagem Multimodal e Multidisciplinar / Multimodal and Multidisciplinary Approach.

Moderadores/Moderators: José Romão e Inês Balacó

14h30 › Tratamento Farmacológico / Pharmacological Treatment. *Angel Madrigal*

14h45 › Fisioterapia e Terapia Ocupacional/ Physiotherapy and Occupational Therapy. *Pedro Figueiredo*

15h00 › Contributo da Pedopsiquiatria. *Carla Pinho*

15h15 › Outras Intervenções / Other Interventions. *Clara Abadesso*

15h30 › Discussão / Discussion.

16h00 › Casos Especiais de Dor Músculo-Esquelética / Special Cases of Musculoskeletal Pain.

Moderadores/Moderators: Clara Abadesso e Pedro Sá Cardoso

16h00 › Doenças Inflamatórias / Inflammatory Diseases. *Marta Conde*

16h15 › Mucopolissacaridoses, Doenças Metabólicas e Displasias Ósseas / Mucopolysaccharidosis, Metabolic Bone Diseases. and Dysplasias. *João Cabral*

16h30 › Dor Oncológica / Onchologic Pain. *Ana Maia*

16h45 › Dor Sem Causa Aparente / Pain Without Apparent Cause. *Pedro Jordão*

17h00 › Discussão / Discussion.

17h15 › Café / Coffee Break.

17h45 › Dor Peri-Operatória / Peri-Operative Pain.

Moderadores/Moderators: *Jorge Coutinho e Silvia Neves*

17h45 › Cirurgia da Coluna / Pain Control in Spine Surgery. *Dora Oliveira*

18h00 › Cirurgia dos Membros / Pain Control in Limb Surgery. *Hugo Trindade*

18h15 › Cirurgia Traumatológica Urgente/ Urgent Trauma Surgery. *Susana Vargas*

18h30 › Discussão / Discussion.

19h00 › Encerramento / Closure. *Cristina Alves e Dora Oliveira.*

Hotel Dom Luís, Coimbra, Sexta, 23 Março 2018/ Friday, March 23rd, 2018

6º CONGRESSO NACIONAL DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA / 6th PORTUGUESE CONGRESS OF PEDIATRIC ORTHOPAEDICS:

DISPLASIA DE DESENVOLVIMENTO DA ANCA / DEVELOPMENTAL DYSPLASIA OF THE HIP

08h00 › Abertura do Secretariado / Registration Opening.

08h30 › Comunicações Livres / Oral Papers

Moderadores/Moderators: Jorge Seabra, Carolina Escalda, Joana Cardoso

08h30 › CL1: Sarcoma de Ewing vs Osteomielite aguda: A propósito de um caso clínico.

João Lobo, Alfredo Carvalho, Joana Freitas, Filipe Duarte, Jorge Coutinho, Gilberto Costa.
Centro Hospitalar São João, Porto.

08h35 › CL2: Síndrome Compartimental em Idade Pediátrica. Revisão de casuística.

Pedro Rosário, André Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Jordão, Patrícia Rodrigues, Joana Ovídio. Hospital Dona Estefânia, Lisboa e Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

08h40 › CL3: Tratamento da Instabilidade Patelar pela Reconstrução do Ligamento Femoro-Patelar Medial: a Nossa Experiência.

Catarina Neto Pereira, André Santos Barros, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Rosário, Patrícia Rodrigues, Delfin Tavares. Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

08h45 › CL4: Dor crónica na criança e adolescente – desafio diagnóstico e terapêutico do síndrome doloroso regional complexo.

João Silveira, Pedro Figueiredo, Ana Henriques, Vítor Simões, Iolanda Veiros, João Pinheiro. Serviço MFR - CHUC, Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

08h50 › Discussão.

09h05 › CL5: A Rara Deformidade de Sprengel: A Nossa Experiência de 10 Casos Operados.

Catarina Neto Pereira, André Santos Barros, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Rosário, Joana Ovídio, Pedro Jordão, Francisco Sant'Anna. Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

09h10 › CL6: Pé Boto Idiopático - Será um Fator de Risco para DDA? Cláudia Vale, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos.

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra.

09h15 › CL7: Doença de Legg-Calvé-Perthes – Epidemiologia, Tratamento e Follow-up: 10 anos de experiência.

Pedro Rosário, André Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Jordão, Susana Norte Ramos, Francisco Santana. Hospital Dona Estefânia, Lisboa e Centro Hospitalar Barreiro-Montijo.

09h20 › CL8: Escoliose Idiopática do Adolescente: Avaliação da correção do ângulo clavicular e evolução das curvas compensatórias proximais 1 ano após instrumentação até T3 e T4.

Eduardo Cruz Ferreira, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Tah Pu Ling, Gabriel Matos. Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra.

09h25 › Discussão.

09h35 › CL9: Morbilidade das Fracturas Expostas em Idade Pediátrica. João Francisco Oliveira, Cristina Alves, Inês Balacó, João Cabral, Oliana Madeira Tarquini, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos. Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra.

09h40 › CL10: Epifisiodeses: Uma Opção na Abordagem das Dismetrias dos Membros Inferiores. Duarte Cadavez, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos. Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra.

09h45 › CL11: Hemiepifisiodese: Uma opção no tratamento de deformidades coronais do joelho em crescimento. Duarte Nuno Cadavez, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos. Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra.

09h50 › CL12: Fraturas diafisárias do úmero: bons resultados funcionais em idade pediátrica. Oliana Madeira, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, João Cabral, Gabriel Matos. Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE, Coimbra.

09h55 › Discussão.

10h05 › CL13: Displasia do Desenvolvimento da Anca: Referenciação à Consulta de Ortopedia Pediátrica.

Vitor Hugo Pinheiro, Pedro Sá Cardoso, Cristina Alves, Inês Balacó, João Cabral, Oliana Tarquini, Tah Pu Ling, Gabriel Matos. Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico- CHUC, EPE, Coimbra.

10h10 › CL14: Talas de abdução fixa uma opção valida no tratamento da doença displásica da anca?

Oliana Madeira, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, João Cabral, Gabriel Matos. Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE, Coimbra.

10h15 › CL15: Incidência de Displasia do Desenvolvimento Acetabular em Crianças Portuguesas. Um Estudo em Ambulatório Pediátrico Privado. Manuel Salgado, Joana Rosmaninho Salgado. Consultório Privado de Pediatria, Coimbra.

10h20 › Discussão.

10h30 › Café / Coffee Break.

11h00 › DDA: O Básico / DDH: The Basics.

Moderadores/Moderators: Gilberto Costa, Teresa Granate

11h00 › Epidemiologia e Patofisiologia / Epidemiology and Pathophysiology. *Ana Sofia Teixeira*

11h15 › Diagnóstico clínico e imagiológico / Clinical and Imagiological Diagnosis. *Ricardo Maia*

11h30 › Tratamento com Tala / Splinting. *Cristina Alves*

11h45 › Discussão / Discussion.

12h00 › DDA: Tratamento Cirúrgico / DDH: Surgical Treatment.

Moderadores/Moderators: Ângelo Encarnação, Manuel Cassiano Neves

6º Congresso Nacional e XXIII Jornadas de Ortopedia Infantil

- 12h00 › Redução Fechada ou aberta? / Closed or Open Reduction? *Susana Norte Ramos*
- 12h15 › Que osteotomia escolher? / What osteotomy to choose? *Manoj Ramachandran*
- 12h30 › Como facilitar uma cirurgia futura? / How to make things easier for future surgery? *Angel Palazón*
- 12h45 › Discussão / Discussion.
- 13h00 › Abertura Oficial / Opening Ceremony.**
- 13h30 › Almoço / Lunch.**
- 15h00 › DDA: Técnicas Avançadas de Tratamento / DDH: Advanced Treatment Techniques.**
Moderadores/Moderators: Graça Lopes, João Campagnolo
- 15h00 › Tratamento da DDA e sequelas na adolescência/ Treatment of DDH and its sequelae in teenagers. *Angel Palazón*
- 15h15 › Artroscopia da Anca na Criança e Adolescente/ Pediatric and Adolescent Hip Arthroscopy. *Manoj Ramachandran*
- 15h30 › Osteotomia Periacetabular de Ganz/ Ganz Periacetabular osteotomy. *Angel Palazón*
- 15h45 › Discussão / Discussion.
- 16h00 › DDA: Soluções para Casos Difíceis / DDH: Solutions for Difficult Cases.**
Moderadores/Moderators: Gabriel Matos, António Leite da Cunha
- 16h00 › Ancas Perdidas/ Lost Hips. *Julio de Pablos*
- 16h15 › Artroplastia da Anca/ Hip Arthroplasty. *Sérgio Gonçalves*
- 16h30 › Discussão / Discussion.
- 16h45 › Palestra Especial / Special Lecture.**
Moderadores/Moderators: Cristina Alves, Nuno Alegrete
- 16h45 › Tecnologias que vão Mudar a Ortopedia Pediátrica / Technology Trends That will Change Pediatric Orthopaedics. *Manoj Ramachandran*
- 17h00 › Discussão / Discussion.
- 17h15 › Café / Coffee Break.**
- 17h30 › Poster Tour: 1º Autor deve estar presente junto ao Poster para responder às questões do Júri (os Posters apresentados por co-Autores não serão candidatos ao Prémio Melhor Poster).**
Júri: Manuel Cassiano Neves, Tah Pu Ling, Teresa Alves da Silva
- 18h30 › Assembleia Geral SPOP / General Assembly SPOP.**
- 20h00 › Jantar e Entrega do Prémio SPOP-EPOS Mesquita Montes Fellowship / Dinner and SPOP-EPOS Mesquita Montes Fellowship Award.**

Hotel Dom Luís, Coimbra, Sábado, 24 Março 2018/ Saturday, March 24th, 2018

6º CONGRESSO NACIONAL DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA / 6th PORTUGUESE CONGRESS OF PEDIATRIC ORTHOPAEDICS:

FRATURAS DO OMBRO / SHOULDER FRACTURES

08h00 › **Abertura do Secretariado / Registration Opening.**

08h30 › **Comunicações Livres / Oral Papers**

Moderadores/Moderators: Jorge Seabra, Carolina Escalda, Joana Cardoso

08h30 › **CL16: Artrodeses cervicais não instrumentadas no tratamento de osteomielite tuberculosa - a propósito de dois casos clínicos.** Hugo Fernandes, André Barros, Catarina Pereira, Pedro Rosário, Francisco Gonçalves, Pedro Jordão, João Campagnolo, Jorge Mineiro. Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

08h35 › **CL17: Fratura Instável da Bacia em Idade Pediátrica – Relato de Um Caso com Indicação Cirúrgica.** Alfredo Carvalho (1), Marta Maio (2), André Pinho (3), Francisco Serdoura (3), Vitorino Veludo (3). 1- CH Cova da Beira – Covilhã; 2 – CH Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real; 3 – CH São João – Porto.

08h40 › **CL18: Instabilidade atlanto-axoideia em doentes com síndrome de Down.** André Santos de Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Rosário, João Campagnolo, Pedro Jordão, Jorge Mineiro. Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira e Hospital Dona Estefânia, Lisboa

08h45 › **CL19: História natural da artrite séptica da anca – avaliação clínica e radiológica a médio prazo.** Andreia Ferreira, Irene Gormaz, Alberto Abreu, Josep M. de Bergua, Pedro Domenech, David Moreno, Jorge Knörr. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, Espanha.

08h50 › **Discussão.**

09h00 › **CL20: Infecções do pé e tornozelo – diagnóstico imagiológico por RMN e TAC.** Andreia Ferreira, Irene Gormaz, Ferran Torner, Francisco Soldado, Sergio Barrera, Pedro Domenech, Jorge Knörr. Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona, Espanha.

09h05 › **CL21: Avaliação dos resultados clínicos e imagiológicos do tratamento das fracturas-luxações de Monteggia no serviço nos últimos 10 anos.**

Hugo Fernandes, André Barros, Catarina Pereira, Pedro Rosário, Francisco Gonçalves, Joana Ovídio, Patrícia Rodrigues, Pedro Jordão, Susana Ramos, João Campagnolo, Delfin Tavares. Hospital Dona Estefânia, Lisboa

09h10 › **CL22: Tala de Pavlik: qual a eficácia no tratamento da Doença Displásica da Anca em ancas luxadas Graf IV?** João Cabral, Cristina Alves, Pedro Sá Cardoso, Oliana Tarquini, Inês Balacó, Tah Pu Ling, Gabriel Matos. Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra.

09h15 › **CL23: Rastreio da displasia do desenvolvimento da anca: experiência de um ano na Maternidade.**

Raquel Penteado¹, Crisbety Pinho¹, Ana Ratola¹, Patrícia Lapa¹, Mário Branco¹, Cristina Alves². 1-Neonatologia A, Maternidade Daniel de Matos – CHUC, EPE; 2-Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE, Coimbra

09h20 › **Discussão.**

09h30 › CL24: Osteotomias do fémur proximal em crianças com Paralisia Cerebral – uma avaliação retrospectiva. Ricardo Araújo Ferreira, Inês Mafra, Carolina Escalda, Ana Sofia Neves, David Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah. Hospital Garcia de Orta, Almada; Centro-hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro.

09h35 › CL25: Tratamento da braquimetatarsia com osteogénese de distração – experiência de um Serviço.
Marta Santos Silva, Filipe Medeiros, Luís Barros, Pedro Mota, João Moura, Frederico Paiva, Bruno Santos, Armando Campos. Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António, Porto.

09h40 › CL26: Limb Lengthening Nail System – Melhoria no tratamento das dismetrias dos membros inferiores? Filipe Medeiros, Pedro Mota, Marta Silva, Luís Barros, Frederico Paiva, João Moura, Armando Campos. Centro Hospitalar Porto, Porto.

09h45 › CL27: Reutilização de Cavilha Eletromagnética de Alongamento do Fémur. Alfredo Carvalho (1), João Lobo (2), Joana Freitas (2), Jorge Coutinho (2), Gilberto Costa (2). 1 – CH Cova da Beira, Covilhã; 2 – CH São João, Porto.

09h50 › Discussão.

10h00 › CL28: Fratura do úmero proximal na criança e adolescente: resultados funcionais do tratamento.
João Cabral, Cristina Alves, Oliana Tarquini, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Tah Pu Ling, Gabriel Matos. Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE, Coimbra.

10h05 › CL29: Tratamento de fracturas proximais do úmero – casuística do serviço. André Santos de Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Rosário, Pedro Jordão, Susana Norte Ramos. Hospital Dona Estefânia, Lisboa.

10h10 › CL30: Revisão do tratamento cirúrgico de fracturas proximais do úmero em politrauma. Rita Henriques, Raquel Carvalho, Graça Lopes. Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, Lisboa.

10h15 › Discussão.

10h30 › Café / Coffee Break.

11h00 › Fracturas do Ombro / Shoulder Fractures.

Moderadores/Moderators: *Fernando Carneiro, Mafalda Santos*

11h15 › Especificidades do Ombro Pediátrico e Epidemiologia das Lesões Traumáticas/ Specificities of the Pediatric Shoulder and Epidemiology of Traumatic Lesions. *Raquel Carvalho*

11h30 › Fracturas da Omoplata / Scapula Fractures. *Inês Balacó*

11h45 › Fracturas do Úmero Proximal / Proximal Humerus Fractures. *João Cabral*

12h00 › Discussão / Discussion.

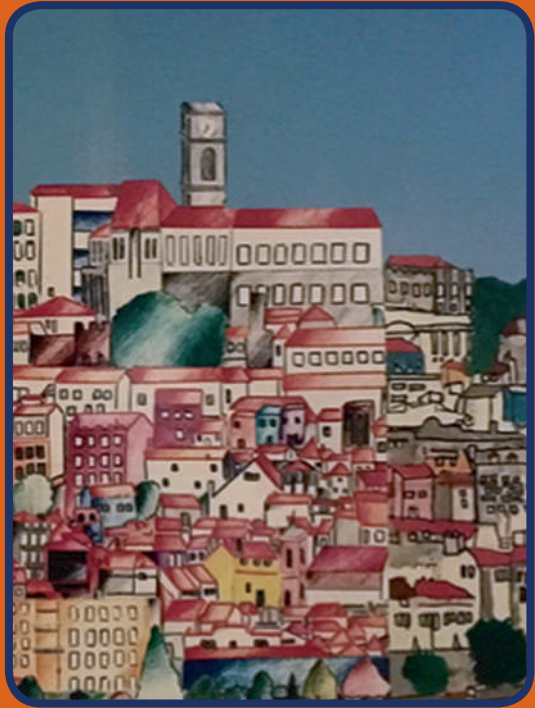
12h15 › Lesões traumáticas da Clavícula / Traumatic Lesions of the Clavicle. *Pedro Sá Cardoso*

12h30 › Luxação do ombro / Shoulder dislocation. *Patrícia Rodrigues*

12h45 › Pontes Ósseas Fisárias/ Physeal Growth Arrest. *Julio de Pablos*

13h00 › Discussão / Discussion.

13h15 › Encerramento, Prémios e Transferência da Direcção da SPOP/ Closing Ceremony, Awards and SPOP's Executive Board Transfer.



RESUMOS

Comunicações Orais

CL1: Sexta-feira, 23 de Março de 2018, 08h30m

❖ Sarcoma de Ewing vs Osteomielite aguda: A propósito de um caso clínico

João Lobo, Alfredo Carvalho, Joana Freitas, Filipe Duarte, Jorge Coutinho, Gilberto Costa
Centro Hospitalar São João, Porto

Objetivo

O Sarcoma de Ewing ocorre comumente na 2ª década de vida, sendo raro em idade inferior aos 5 anos. Os sintomas iniciais poderão ser inespecíficos e cerca de 10% ocorrem no úmero. Descreve-se um caso clínico de Sarcoma de Ewing do úmero proximal numa criança com <2 anos de idade e seguimento > 10 anos.

Métodos

Criança de 23 meses com omalgia direita sem trauma associado, febre e marcadores inflamatórios aumentados. Sem antecedentes patológicos. Radiografia revelou uma lesão lítica mal definida no úmero proximal. Diagnosticada inicialmente como Osteomielite e iniciado tratamento com antibioterapia. A RMN demonstrou sinal anormal da medula óssea, irregularidade das corticais ósseas e reação periosteal. Melhoria provisória clínica e analítica, com agravamento cerca de 3 semanas após início de antibioterapia. Realizada biopsia aberta que revelou Sarcoma de Ewing. O estadiamento com TAC Tórax e cintilograma ósseo excluiu metástases. Excelente resposta à quimioterapia. Exérese total do tumor e colocado espaçador em cimento 9 meses após o diagnóstico. Quatro meses após 1ª cirurgia sujeita ao 2ª tempo da técnica da membrana induzida com remoção do espaçador e enxerto com perónio vascularizado.

Resultados

Onze anos de seguimento sem recidiva aparente, sem queixas álgicas, excelente capacidade funcional do ombro (Score Constant - 85). Excelente resultado desta cirurgia

Conclusão

O Sarcoma de Ewing pode confundir-se como Osteomielite. A resolução transitória da clínica pode acontecer após antibioterapia como o caso descrito. O prognóstico do Sarcoma de Ewing depende do estadiamento e tem claramente melhorado com os esquemas atuais de quimioterapia mais agressivos.

Relevância

A diferenciação entre Osteomielite e Sarcoma de Ewing pode ser difícil e a biopsia necessária para diagnóstico definitivo. A reconstrução cirúrgica em crianças com idade precoce é desafiante. A membrana induzida e o enxerto de perónio vascularizado são opções viáveis para defeitos ósseos significativos, com bons resultados funcionais a longo prazo.

CL2: Sexta-feira, 23 de Março de 2018, 08h35m

❖ Síndrome Compartimental em idade pediátrica. Revisão de casuística

Pedro Rosário, André Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Jordão, Patrícia Rodrigues, Joana Ovídio
Hospital Dona Estefânia, Lisboa e Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Objectivos

Analisar a casuística dos doentes com o diagnóstico de Síndrome Compartimental operados no nosso Hospital.

Métodos

Estudo retrospectivo dos doentes operados no nosso hospital, com o diagnóstico de Síndrome Compartimental, entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2017. Foram analisados: a idade, etiologia, tempo de evolução desde o trigger, número de procedimentos realizados, número de dias até ao encerramento cutâneo e a existência de sequelas. Os dados foram tratados estatisticamente com recurso ao SPSS™ 22.0.

Resultados

Foram operados 10 doentes, com este diagnóstico, com média de idades de 13 anos, sem predominância de género e com um follow-up médio de 7,8 meses. Anatomicamente, verificaram-se dois casos na coxa, quatro na perna, dois no pé e dois no antebraço e mão. O traumatismo, com ou sem fractura, a intervenção cirúrgica, a infecção de tecidos moles e a luxação articular foram os factores etiológicos encontrados. O tempo médio de evolução desde o trigger foi de 26,7 horas. Os dez doentes foram submetidos a fascietomia de todos os compartimentos do membro afectado, com uma média de 5 procedimentos subsequentes. A demora média até ao encerramento secundário foi de 10,1 dias. Um caso resultou na amputação do membro (doente operado a osteossarcoma do fémur) e outro na amputação de um dedo da mão, com uma recuperação total nos restantes.

Conclusão

A recuperação é total na maioria dos doentes (80%) quando operados. O internamento é prolongado e está sujeito a várias intervenções cirúrgicas subsequentes. A etiologia é variada, apresentando uma maior relevância a história traumática do membro.

Relevância

O Síndrome Compartimental é um diagnóstico de suspeição e o seu tratamento deve ser célere. É importante conhecer os principais mecanismos causais, quadro clínico e tratamento cirúrgico, tanto numa fase inicial de descompressão, como numa fase subsequente, de desbridamento e encerramento das locas cirúrgicas.

CL3: Sexta-feira, 23 de Março de 2018, 08h40m

❖ Tratamento da Instabilidade Patelar pela Reconstrução do Ligamento Femoro-Patelar Medial: a Nossa Experiência

Catarina Neto Pereira, André Santos Barros, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Rosário, Patrícia Rodrigues, Delfin Tavares
Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Objectivo

Dado que a Instabilidade Patelar é a patologia do joelho mais comum durante o crescimento e existirem diversas técnicas cirúrgicas para o seu tratamento, pretendemos descrever a nossa experiência com a reconstrução do ligamento femoro-patelar medial durante o período de 2015 a 2017.

Métodos

Doentes em idade pediátrica, com pelo menos 2 episódios de luxação patelar, operados entre 2015 e 2017. A amostra foi constituída por 10 casos, tendo sido realizada ligamentoplastia com isquio-tibiais, por vezes associada a realinhamento proximal e/ou distal.

Resultados

Foi realizada ligamentoplastia com isquio-tibiais nos 10 casos, tendo a idade da intervenção cirúrgica variado entre 9 e 18 anos. Não houve predominio de género. 7 casos foram do lado esquerdo.

Ocorreram 2 falências da ligamentoplastia. Foi realizada em ambas revisão com realinhamento proximal pela técnica de Insall e realinhamento distal (pela técnica de Gramound num caso, e no outro medialização da TAT pelo procedimento de Elmslie-Trillat).

Conclusão

A luxação patelar apresenta cerca de 40% de recorrências após primeiro episódio. O tratamento conservador é a estratégia preferida em primeiro tempo, mas em casos com predisposição anatómica concomitante e recidiva, a reconstrução cirúrgica pode ser considerada. Nestes casos, quando há imaturidade esquelética, a reconstrução do ligamento femoro-patelar medial pode ser suficiente, associado ou não a procedimentos de partes moles, com o objectivo de estabilização permanente da patela ou, no mínimo, um ganho de tempo para a realização de um procedimento ósseo definitivo.

Relevância

Luxações recorrentes da patela levam a alterações na cartilagem, daí ser importante a realização de tratamento precoce. Apesar de ainda ser um tema controverso, a reconstrução do Ligamento Femoro-Patelar Medial tem mostrado ser eficaz no tratamento da Instabilidade Patelar, tendo como vantagem a possibilidade de se poder utilizar uma técnica cirúrgica que não danifica a cartilagem de crescimento.

CL4: Sexta-feira, 23 de Março de 2018, 08h45m

❖ Dor crónica na criança e adolescente – desafio diagnóstico e terapêutico do síndrome doloroso regional complexo

João Silveira, Pedro Figueiredo, Ana Henriques, Vítor Simões, Iolanda Veiros, João Pinheiro
Serviço MFR - CHUC, Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução

O síndrome de amplificação dolorosa (SAD) caracteriza-se por dor desproporcional aos achados semiológicos. O Síndrome Doloroso Regional Complexo (SDRC) é um SAD músculo-esquelética acompanhado de disfunção autonómica. Este estudo procura perceber o papel do programa de reabilitação na evolução clínica da população pediátrica com SAD/SDRC.

Métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo baseado na consulta de processos clínicos da consulta de Reabilitação Pediátrica. Foram identificados 16 doentes (14 raparigas e 2 rapazes). Cinco doentes cumpriam critérios modificados de Budapeste da International Association for the Study of Pain (IASP) para diagnóstico de SDRC. Onze doentes com dor musculoesquelética crónica, sem características neuropáticas, foram incluídos no grupo com diagnóstico não presuntivo de SDRC.

Resultados

No grupo com diagnóstico presuntivo de SDRC a totalidade dos indivíduos era do sexo feminino, com uma idade média de 13,6 anos ($\pm 0,75$). Identificou-se um trauma minor precedente em 80% dos doentes. A totalidade dos doentes manifestou sinais de disautonomia à apresentação. Prescreveu-se um programa de reabilitação a todos, com retoma funcional em 100% dos casos. No grupo com diagnóstico não presuntivo de SDRC, observou-se predomínio feminino (81,8%) e idade média de 15,55 anos ($\pm 0,31$). Ausência de fator precipitante e ausência de manifestações disautónomas foram achados prevalentes, em 72,7% e 100%, respetivamente. Foi prescrito um programa de reabilitação isolado à maioria dos doentes (72,7%). Verificou-se retoma funcional em 54,5% dos doentes, com 45,5% a manterem algum grau de limitação da funcionalidade.

Conclusão

Os síndromes de amplificação dolorosa na população pediátrica são predominantes nos adolescentes do sexo feminino e os casos graves associados a manifestações de disautonomia (SDRC), aparecem maioritariamente após traumatismo minor. A introdução precoce de um programa de reabilitação que limite o contexto algico e combata a cinesiofobia é decisivo no sucesso terapêutico.

CL5: Sexta- feira, 23 de Março de 2018, 09h05m

❖ A Rara Deformidade de Sprengel: A Nossa Experiência de 10 Casos Operados

Catarina Neto Pereira, André Santos Barros, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Rosário, Joana Ovídio, Pedro Jordão, Francisco Sant'Anna
Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Objectivo

A Deformidade de Sprengel é a malformação congénita mais comum da cintura escapular. Condiciona deformidade escapular e limitação na mobilidade do ombro. O objectivo do trabalho é descrever a experiência do serviço no reposicionamento caudal da escápula.

Métodos

Doentes em idade pediátrica, com diagnóstico de Deformidade de Sprengel, operados entre 2006 e 2017. A amostra foi constituída por 10 casos, tendo sido realizado reposicionamento caudal da escápula segundo a técnica de Woodward.

Resultados

A idade da cirurgia variou entre os 3 e 8 anos, havendo um caso em que a cirurgia foi realizada aos 15 anos. O género masculino foi predominante. Todos os casos foram unilaterais, sem predominio em termos de lateralidade. Foi utilizada a técnica de Woodward e em dois casos foi também realizada osteoplastia da clavícula. O número de malformações associadas foi elevado, nomeadamente anomalias renais e cardíacas, bem como patologias como escoliose e fendas palatinas e ainda a associação a algumas síndromes, como Klippel Feil. Com a cirurgia verificou-se a satisfação do doente e da sua família.

Conclusão

A deformidade de Sprengel é uma anomalia congénita rara da escápula. Ocorre devido à falha na descida da escápula durante o desenvolvimento intrauterino. Nos casos em que a amplitude da abdução passiva do ombro é completa e a elevação da escápula é inferior a 2 centímetros o tratamento é conservador, sendo o tratamento cirúrgico preferível aquando do compromisso funcional e realizado preferencialmente entre os 3 e os 8 anos.

Relevância

Esta série de casos apresenta particular interesse devido à raridade desta deformidade, que causa restrição da mobilidade do ombro e coluna cervical e que tem tratamento cirúrgico. A cirurgia visa melhoria sobretudo estética, mas também funcional, embora com grande exigência de execução técnica. A detecção precoce desta deformidade permite despistar outras anomalias congénitas.

CL6: Sexta- feira, 23 de Março de 2018, 09h10m

❖ Pé Boto Idiopático – Será um Fator de Risco para DDA?

Cláudia Vale, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra

Objetivo

Determinar a incidência de Displasia de Desenvolvimento da Anca (DDA) em crianças com Pé Boto idiopático (PBi).

Métodos

Estudo coorte retrospectivo com análise de processos clínicos de doentes com PBi nascidos entre 1 Janeiro 2005 e 31 Dezembro 2017 e tratados numa instituição, com um mínimo de 12 meses de seguimento. Foram excluídos doentes com Pé boto posicional ou sindrómico. Estudaram-se as características demográficas dos doentes e classificaram-se as alterações da anca segundo Graf. Estudo estatístico realizado com SPSS®. Significância para valores de $p < 0.05$.

Resultados

Foram incluídos 177 doentes, 120 do sexo masculino, com um seguimento médio de $67,35 \pm 43,86$ meses. A idade da primeira observação foi 16 ± 20 dias e em 53,7% observou-se Pé boto bilateral. 95,5% dos doentes foram tratados pelo Método de Ponseti, com 6 ± 2 gessos, tenotomia em 87,6% e tempo médio de utilização de botas de Dennis-Browne de $40,74 \pm 18,72$ meses. 9,6% dos doentes com pé boto também apresentavam outros critérios para rastreio de DDA. Em 22% dos doentes foi realizada investigação imagiológica das ancas. O estudo imagiológico foi mais frequente no sexo feminino ($p=0,035$). Seis crianças foram diagnosticadas com DDA, relacionando-se este diagnóstico com a existência de sinais clínicos da anca ($p=0,019$) e com o sexo feminino ($p=0,014$). Apenas 2 doentes apresentaram DDA clinicamente significativa (Graf 2C), tendo sido tratados com tala de Pavlik. Os restantes 4 doentes apresentavam ancas imaturas, que evoluíram para a normalidade sem qualquer tratamento.

Conclusão

A incidência de DDA na população estudada foi baixa (3,39%), sobreponível à da população em geral. Os resultados deste estudo não suportam uma associação entre pé boto idiopático e DDA.

Relevância

A relação entre Pé Boto e DDA não está completamente estudada. Na nossa população, o Pé Boto não constitui um fator de risco para DDA.

CL7: Sexta-feira, 23 de Março de 2018, 09h15m

❖ Doença de Legg-Calvé-Perthes – Epidemiologia, Tratamento e Follow-up: 10 anos de experiência

Pedro Rosário, André Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Jordão, Susana Norte Ramos, Francisco Santana
Hospital Dona Estefânia, Lisboa e Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Objectivos

Analisar os dados epidemiológicos, factores radiológicos de mau prognóstico e o tipo de tratamento cirúrgico realizado, correlacionando-os com o grau de deformidade da anca na fase sequelar pela classificação de Stulberg.

Metodologia

Estudo retrospectivo dos doentes intervencionados na nossa instituição, com o diagnóstico de doença de Legg-Calvé-Perthes (LCP) durante 10 anos. Foram analisados: a idade no momento do diagnóstico, género, classificação de Herring, sinais radiológicos de mau prognóstico, cirurgia realizada e classificação de Stulberg. Foram testadas correlações entre as variáveis acima descritas e a classificação de Stulberg. Os dados foram tratados estatisticamente com recurso ao SPSS™ 22.0.

Resultados

Foram operados 54 doentes (60 ancas) entre 2008 e 2017, com o diagnóstico de LCP com uma média de idades à data do diagnóstico de 5.7 anos, 88% do sexo masculino (n=48). Follow-up médio de 78,2 meses. 10% dos doentes apresentavam uma classificação de Herring tipo A, 33% com tipo B, 11,7 com B/C e 45% com tipo C. 45% apresentavam achatamento da cabeça como sinal de mau prognóstico. Realizaram-se 31 osteotomias de varização proximal do fémur, 12 osteotomia de valgização e 4 osteotomias acetabulares, 2 artrodiastases com Ilizarov e 5 tunelizações. A maioria dos doentes (41,8%) apresentaram um Stulberg 3 na fase sequelar.

A classificação de Herring, o achatamento da cabeça e a osteotomia de valgização demonstraram correlações com significado estatístico com a classificação de Stulberg ($p < 0,01$). A osteotomia de varização, embora sem significado estatístico, mostra uma tendência para um melhor prognóstico.

Conclusão

O achatamento da cabeça foi o único sinal radiológico que demonstrou correlação estatística com a classificação de Stulberg. A osteotomia em varo apresenta uma tendência para melhor prognóstico.

Relevância

Mantem-se ainda a controvérsia sobre os factores de mau prognóstico e a atitude terapêutica nestes doentes, sendo que a abordagem e orientação continua um desafio.

CL8: Sexta-feira, 23 de Março de 2018, 09h20m

❖ Escoliose Idiopática do Adolescente: Avaliação da correção do ângulo clavicular e evolução das curvas compensatórias proximais 1 ano após instrumentação até T3 e T4.

Eduardo Cruz Ferreira, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra

Objectivo

Apresentação da evolução do ângulo clavicular (AC) e das curvas compensatórias proximais após instrumentações de escoliose iniciadas em T3 e T4.

Métodos

Avaliação retrospectiva de 41 doentes com Escoliose Idiopática do Adolescente (EIA) Lenke 1 e 3, submetidos a artrodese/instrumentação posterior com parafusos pediculares: pré-operatório, pós-operatório e após 1 ano. Aferido radiograficamente o Cobb próxima (ACP) e Ângulo Clavicular. Exclusão de nível diferente de T3 ou T4 e curvas proximais estruturadas Lenke 2 e 4.

Resultados

Obtido grupo de 31 doentes (8 masculinos) com idade média 14,7 anos.

Instrumentação iniciada em T3: 12 doentes com Cobb pré-operatório 64° curva principal e índice de Cincinnati 2,76. Verificado Cobb proximal pré-operatório médio de 26.67° que corrigiu para 18,22°(p=0,003) no pós-operatório e 12,52°(p=0.002) no controlo pós 1 ano. A evolução do ângulo clavicular: 4.05° pré-operatório, 1,79°(p=0.002) no pós-operatório e 2.53° após 1 ano(p=0.011)

Instrumentação iniciada em T4: 19 doentes com Cobb pré-operatório 62° curva principal e índice de Cincinnati 2,59. Verificado Cobb proximal pré-operatório médio de 20.68°, corrigido para 11.15°(p<0.001) no pós operatório imediato e 10.46° após 1 ano(p<0.001). O evolução do ângulo clavicular médio: 4.07° pré-operatório, 1,83°(p=0.002) pós-operatório e 1.61° após 1 ano (p=0.011).

Conclusão

Obtidas correcções estatisticamente significativas em ambos os grupos, com diminuição dos valores médios de Cobb proximal e ângulo clavicular tanto no pós-operatório, como no seguimento 1 ano. A melhoria do Cobb proximal foi evidente no pós-operatório e mantida no controlo passado um ano. O ângulo clavicular teve uma melhoria significativa no pós operatório, verificando-se discreto agravamento no grupo T3 e melhoria no grupo T4 após um ano.

Relevância

A exclusão da curva compensatória das instrumentações (T3 e T4) permite correcção das mesmas e bons resultados em termos de balanço coronal dos ombros.

CL9: Sexta-feira, 23 de Março de 2018, 09h35m

❖ Morbidade das Fracturas Expostas em Idade Pediátrica

João Francisco Oliveira, Cristina Alves, Inês Balacó, João Cabral, Olíana Madeira Tarquini, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra

Objetivo

Avaliar a epidemiologia das fracturas expostas em idade pediátrica e determinar os resultados do tratamento, complicações e sequelas.

Métodos

Estudo retrospectivo, incluindo doentes tratados num Hospital por fratura exposta, período 1-07-2011 a 31-06-2017. Analisámos tipo de acidente, idade, localização anatómica, classificação Gustilo-Anderson, traumatismos associados, tratamento, complicações e sequelas.

Resultados

Incluídos 61 doentes, 44 sexo masculino, idade $11,14 \pm 4,48$ anos. Em 29 casos o acidente causal foi queda, 12 atropelamento, 10 acidente de viação. 56% das fraturas localizaram-se no membro superior. Quanto aos segmentos afetados: 30% falanges das mãos, 26% ossos da perna, 11% supracondilíneas do úmero, 11% ossos do antebraço, 7% fémur. Segundo a classificação Gustilo-Anderson: 23 fracturas expostas grau I, 21 grau II e 17 grau III (13 IIIA; 4 IIIB). 8 doentes tiveram outras fraturas fechadas associadas, 11 TCE e 3 traumatismo torácico. 3 doentes necessitaram de cuidados intensivos. Como antibioterapia profilática, utilizou-se mais frequentemente cefazolina. Em 11 casos (18%), 3 grau II e 8 grau III, foi associada gentamicina. O tempo de antibioterapia foi $4,5 \text{ dias} \pm 5,5 \text{ dias}$. Observaram-se complicações em 7 casos de fratura exposta grau II e 5 casos grau III: pseudartrose (3), necrose cutânea (4), deiscência de ferida (1), síndrome compartimental (1), necessidade de transfusão (1), TEP (1), úlcera cutânea (1). Dos 53 doentes que completaram seguimento no nosso Hospital, aos $13,44 \pm 16,08$ meses, 18 doentes (3 grau I, 10 grau II, 5 grau III) apresentaram sequelas: 7 casos de défices de movimento, 5 casos de deformidade residual, 3 dismetrias dos membros inferiores $< 12 \text{ mm}$, 1 pseudartrose, 1 artrose interfalângica, 1 epifisiose traumática. A ocorrência de complicações foi maior em doentes com fracturas expostas grau II e III ($p=0,02$).

Conclusão

As fracturas expostas resultam frequentemente de traumatismos de alta energia e 39% das crianças com exposição grau II ou III têm sequelas permanentes.

Relevância

A morbidade associada às fracturas expostas em idade pediátrica é elevada.

CL10: Sexta- feira, 23 de Março de 2018, 09h40m

❖ Epifisiodeses: Uma Opção na Abordagem das Dismetrias dos Membros Inferiores

Duarte Cadavez, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra

Objectivo

Avaliação dos resultados obtidos na correção de assimetrias do comprimento dos membros inferiores por técnicas de epifisiodese.

Métodos

Estudo retrospectivo, incluindo doentes tratados no período de 01-06-2011 a 31-05-2016. Analisaram-se as causas, idades, dimensões da dismetria, técnicas utilizadas, resultados obtidos e complicações.

Resultados

Foram identificados 39 doentes - excluíram-se 2 por falta de seguimento. Dos 37 doentes incluídos, 18 eram rapazes e 19 raparigas. Média de idades aquando da intervenção para os rapazes 12,6 (6-14) anos e para raparigas 11,5(9-16) anos. A média da dismetria foi de 3.65cm, sendo que para rapazes foi de 3.38cm (1,5-11.0cm) e para raparigas 3.91cm (2.0-8cm). Etiologicamente, identificaram-se: 20 casos por deformidade congénita, 10 sequelares, 4 idiopáticas e 4 pós-cirurgia tumoral. Foram realizados 20 procedimentos à direita, 17 à esquerda, com intervenção sobre Fémur e Tíbia em 24 doentes, Fémur isoladamente em 7, Tíbia isoladamente em 5 e Tíbia e Perónio em 1 doente. Procedimentos realizados: 20 epifisiodese percutâneas, 10 com Placas em 8 ou H, 5 procedimentos pela técnica de Metaizeau; em 2 casos aplicou-se Placa 8 no Fémur e epifisiodese percutânea na Tíbia. Complicações *minor*: 2 cicatrizes hipertróficas, 1 Bursite, 2 rigidez e 1 edema auto-limitado. Complicações *major*: 1 fractura transversal tibial pós-epifisiodese percutânea, 3 casos de inversão de dismetria e 3 casos de aumento de dismetria. Registou-se também 1 deformidade em valgo. Não existiu diferença significativa ($p=1,05$) entre a técnica de epifisiodese percutânea e as técnicas com implantação de material, relativamente a complicações.

Conclusão

A Epifisiodese é uma técnica eficaz na correção parcial ou total de dismetrias dos membros inferiores, associado a baixa morbilidade. É necessário um planeamento correto para evitar inversão da dismetria.

Relevância

A correcção da dismetria do membro inferior pode ser conseguida pela utilização de diferentes técnicas, sendo essencial a seleção do momento adequado para realizar a intervenção.

CL11: Sexta- feira, 23 de Março de 2018, 09h45m

❖ Hemiepifisiodesse: Uma opção no tratamento de deformidades coronais do joelho em crescimento

Duarte Nuno Cadavez, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra

Objectivo

Avaliar os resultados obtidos no tratamento de desvios do eixo do joelho no plano coronal por técnicas de hemiepifisiodesse.

Métodos

Estudo retrospectivo, incluindo doentes submetidos a hemiepifisiodesse, no período 01-06-2011 a 31-05-2016. Analisados parâmetros demográficos, etiologia da deformidade, características da deformidade, técnica cirúrgica utilizadas e resultados obtidos.

Resultados

Incluídos 23 doentes, 14 sexo masculino 9 sexo feminino, com deformidade angular do joelho no plano coronal, com 35 Joelhos operados, 18 à direita e 17 à esquerda. Em 11 doentes a causa foi doença genética do esqueleto, 5 malformação congénita em 4 doentes idiopática e em 2 pós-traumática. Em todos foi feita hemiepifisiodesse com placa em 8, sem intervenção no peróneo. Os rapazes foram intervencionados à idade mediana de 13 (9-15) anos e as raparigas aos 10 (7-14) anos. A média da deformidade para os dois grupos foi de 9.74° (2.4° - 25°), sendo que para rapazes foi de 9.54° (3.4° - 24°) e para raparigas 9.73° (2.4° - 25°). Em 17 joelhos foi realizada intervenção na Tibia e Fémur, em 9 casos apenas no Fémur e em 9 casos apenas na Tibia. Em 20 joelhos obteve-se diminuição da deformidade e apenas em 3 normoeixo; em 1 doente não se obteve correcção e em 10 houve inversão da deformidade. Como complicações *minor* registou-se 1 *pull-out* de parafuso Tibial em doente com raquitismo hipofosfatémico. Observou-se 1 caso de recidiva em doente com joelho valgo (osteochondromatose múltipla familiar), com necessidade de reintervenção.

Conclusão

A hemiepifisiodesse temporária permite utilizar o crescimento fisário fisiológico para tratar deformidades angulares coronais do joelho com baixa morbidade.

Relevância

O sucesso do tratamento das deformidades angulares do joelho por hemiepifisiodesse temporária é influenciado pela idade do doente e patologia subjacente.

CL12: Sexta- feira, 23 de Março de 2018, 09h50m

❖ Fraturas diafisárias do úmero: bons resultados funcionais em idade pediátrica

Olíana Madeira, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, João Cabral, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE, Coimbra

Objetivo

Avaliação da epidemiologia e resultados funcionais obtidos no tratamento das fraturas diafisárias do úmero em idade pediátrica.

Métodos

Estudo retrospectivo, incluindo doentes pediátricos com diagnóstico de fratura diafisária do úmero, tratados no período 2011-2016. Estudadas variáveis epidemiológicas, características da fractura, lesões associadas, tipo de tratamento e resultados. Realizada avaliação da função (QuickDASH) e satisfação (SPAS).

Resultados

Incluídos 18 doentes: 9 raparigas e 9 rapazes. Idade mediana 9(14-0.2)anos. Mecanismo causal: 5 casos de acidente de viação, 13 quedas e 1 fractura neonatal. Localização: 5 fraturas do 1/3 medio do úmero, 13 do 1/3 distal. Padrão: 9 obliquas, 2 transversais, 4 em espiral e 3 cominutivas. 8 casos afectaram umero esquerdo e 10 direito. Duas crianças apresentaram lesão do nervo radial inicial. Não observadas fracturas expostas.

Realizou-se tratamento conservador em 16 casos: gesso pendente em 13, Velpeau em 2 e suspensão braquial em 1. Em 5 doentes, retirou-se o gesso pendente após 3 semanas, aplicando-se tala Sarmiento. O tratamento cirúrgico, redução aberta e fixação com placa, foi realizado em 2 raparigas, 1 com 11 e outra com 17 anos, fraturas cominutivas e > 30° desvio em varo.

Com seguimento mediano de 9meses(4-18), tempo mediano de consolidação 5(4-8), observou-se consolidação e alinhamento adequado em 17 doentes, sendo que 1 doente evoluiu para pseudoartrose. Nos 2 doentes com lesão neurológica, verificou-se resolução da lesão decorridos 3 meses pós-traumatismo. Quick DASH mediano=0 (0-2.27) e grau satisfação SPAS=muito satisfatório.

Conclusão

As fraturas diafisárias do úmero têm uma baixa prevalência na idade pediátrica, podendo estar associados a lesão do nervo radial. A nossa experiência demonstra que a maioria dos casos evolui favoravelmente com tratamento conservador, obtendo-se excelentes resultados radiológicos e funcionais. É expectável resolução espontânea de lesões neurológicas associadas a fracturas fechadas.

Relevância

As fraturas diafisárias do úmero em idade pediátrica são raras. O tratamento conservador permite bons resultados.

CL13: Sexta- feira, 23 de Março de 2018, 10h05m

❖ Displasia do Desenvolvimento da Anca: Referenciação à Consulta de Ortopedia Pediátrica

Vitor Hugo Pinheiro, Pedro Sá Cardoso, Cristina Alves, Inês Balacó, João Cabral, Oliana Tarquini, Tah Pu Ling, Gabriel Matos

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico- CHUC, EPE, Coimbra

Objectivo

Casuística da referenciação à consulta externa por suspeita/diagnóstico de Doença Displásica da Anca (DDA).

Métodos: Estudo retrospectivo realizado com registos clínicos da consulta - referências por DDA (suspeita/diagnóstico) entre 31/06/2016 e 31/05/2017 (12meses). Cumpriam critérios de inclusão 767 doentes. Recolhemos dados relativos a sexo, motivos/idade de referenciação, idade/tempo decorrido entre referenciação-consulta, identificação fatores de risco, clínica, ecografia, diagnóstico, tratamento, resultados do tratamento. Apresentação descritiva dos dados com inferências estatísticas consideradas pertinentes.

Resultados

Referenciadas 767 crianças por suspeita de DDA - 444(57,9%) sexo feminino. Idade média referenciação 71,1 dias±201,1 [0-4893], idade média primeira consulta 188,1 dias±235,2[5-5220]. A maioria dos doentes(64,9%) foram referenciados no primeiro mês de vida e 1ª consulta no 3º mês de vida (30,4%). Principal motivo de referenciação: apresentação pélvica (377crianças-50,3%). Diagnóstico DDA: 72 doentes (72% dos diagnósticos) na consulta antes dos 4 meses de idade, 23 (23%) na consulta 4-12 meses e 5 (5%) consulta após 12 meses. A maioria dos doentes 550(71,7%) referenciados pelas Maternidades, 113(14,7%) pelo Médico Família e 104(13,6%) por outros.

Na consulta de doentes com idade inferior a 4 meses, 18,9% doentes não foram referenciados pelas Maternidades. Neste subgrupo principal motivo de referenciação foi clique 15(20,5%). Considerou-se que o protocolo de referenciação com as maternidades falhou em 29(7,5%) casos. Na consulta de doentes com idade 4-12meses 116(42%) doentes não foram referenciados pelas Maternidades. Neste subgrupo o principal motivo de referenciação foram pregas assimétricas 42(36,2%). Na consulta de doentes com idade >12 meses o principal motivo de referenciação foram pregas assimétricas 7(25% de 28 doentes).

Conclusão

65% doentes referenciados no primeiro mês de vida- apenas 30% teve consulta nos primeiros 3 meses de vida. É necessário otimizar a referenciação alertando-se para a referenciação por excesso de zelo que dispersa recursos limitados.

Relevância

Justificação de necessidade de afectação de mais recursos humanos para diagnóstico DDA.

CL14: Sexta- feira, 23 de Março de 2018, 10h10m

❖ Talas de abdução fixa uma opção valida no tratamento da doença displásica da anca?

Oliana Madeira, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, João Cabral, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE, Coimbra

Objetivo

Avaliar a eficácia das talas de abdução fixa no tratamento da doença displásica da anca (DDA) em ancas luxadas com instabilidade mantida após tratamento inicial com tala de Pavlik.

Métodos

Análise retrospectiva de doentes com DDA e diagnóstico de anca luxada Graf IV, tratados no periodo 2011-2016. Incluídos doentes que tiveram tratamento com tala de abdução fixa de Dennis-Browne (DB) após tala de Pavlik inicial, por falência de estabilização da anca. Excluídos doentes com programa de tração no arco ou redução fechada da anca e tenotomia após tala de Pavlik.

Resultados

Em 82 doentes tratados por DDA com anca luxada Graf IV, identificámos 6 doentes:5 raparigas e 1 rapaz, nos quais foi utilizada Tala DB para obter estabilização das ancas após obtenção de redução com Pavlik. Idade mediana diagnostico 2.5meses(1-4). Fatores de risco:4 primeiros-filhos(as) e 3 apresentação pélvica. Primeira avaliação:5 doentes Ortolani positivo e valor alfa mediano 40°(33-46),DDA lado esquerdo(4)e bilateral(2).Tratamento inicial com tala de Pavlik .

Duração mediana de tratamento com Pavlik 4 semanas(2-12), substituída por tala DB por manutenção de instabilidade da anca em todos dos doentes. Aquando do inicio DB:3 Ortolani positivo,com idade mediana 4meses(3-8).Controlo mensal ecográfico,radiológico e clinico,com índice acetabular(IA) inicial de 26°(17-48) e no final do tratamento de 24°(17-34),mediana duração de tratamento 4meses(3-4.5).Follow-up mediano 24meses(18-24), IA ultima avaliação 19°(15-30),sem sinais de necrose avascular.

Conclusão

Após insucesso no tratamento com a tala de Pavlik, está indicada a redução fechada, por programas de tração ou procedimento cirúrgico, seguidos de imobilização gessada.O uso da tala de DB é uma opção válida em doentes seleccionadps, que mantenham instabilidade após aplicação de tala de Pavlik, mas evidenciem ancas redutíveis e abdução completa.

Relevância

As talas de abdução fixa são uma opção valida no tratamento da DDA,quando existe dificuldade na estabilização da anca com tala de Pavlik.

CL 15: Sexta-feira, 23 de Março de 2018, 10h15m

❖ Incidência de Displasia do Desenvolvimento Acetabular em Crianças Portuguesas. Um Estudo em Ambulatório Pediátrico Privado

Manuel Salgado, Joana Rosmaninho-Salgado
Consultório Privado de Pediatria

A incidência de displasia do desenvolvimento acetabular (DDA), ronda os 11:1.000 crianças em vários países. Pretendemos calcular a sua incidência em Portugal.

Material e métodos

Dados obtidos duma consulta de Pediatria Geral (PG) privada informatizada há 22 anos. Critérios de inclusão: todas as crianças que realizaram 2 consultas de PG (1ª < 12 meses idade; 2ª entre 1-5 anos).

Critérios de exclusão: casos que consultaram por DDA; malformações / dismorfismos *major* / doença genética conhecida.

Definimos como DDA: suspeita clínica de DDA + seguintes 2 critérios: 1) diagnóstico confirmado por um ortopedista pediátrico hospitalar; 2) realização de algum tipo de tratamento. O género, semanas de gestação, a idade do diagnóstico, lateralidade e idade da evocação do diagnóstico foram também analisados.

Resultados

Cumpriram critérios de inclusão 2.403 crianças (1.150 meninas e 1.253 rapazes), das quais tinham DDA 31: 28 meninas e 3 rapazes. Foram excluídas 11 crianças (6 meninas e 5 rapazes).

O grupo analisado é constituído por 2.392 crianças: 1.144 meninas e 1.248 rapazes. Destas, 25 (10,5: 1.000) tiveram o diagnóstico de DDA (1: 96 crianças). Analisando por género, tiveram DDA 23 meninas e 2 rapazes: 1:50 meninas e 1:624 rapazes.

A prevalência global de DDA foi de 10,5 por 1.000 crianças, variando de 20,1/1.000 nas meninas e de 1,6/1.000 nos rapazes.

Das 31, em 8 (25,8%) o diagnóstico foi evocado na Maternidade e 23 (74,2%) em consultas de PG: 6 bilaterais e 17 à esquerda.

Discussão

Verificamos uma incidência de 10,5:1000 crianças - 20,1/1.000 meninas, 12 vezes superior ao sexo masculino - que é sobreponível ou superior às obtidas noutros centros americanos, europeus, e em Espanha; 74% dos diagnósticos foram realizados em cuidados primários.

Conclusões

Em Portugal DDA tem incidência semelhante ao verificado noutros países europeus, justificando existirem de critérios de rastreio por rotina, pelo menos nas meninas.

CL16: Sábado, 24 de Março de 2018, 08h30m

❖ Artrodeses cervicais não instrumentadas no tratamento de osteomielite tuberculosa – a propósito de dois casos clínicos

Hugo Fernandes, André Barros, Catarina Pereira, Pedro Rosário, Francisco Gonçalves, Pedro Jordão, João Campagnolo, Jorge Mineiro
Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Objectivo

Apresentar uma alternativa sem instrumentação, em artrodeses cervicais, como tratamento de cifose cervical acentuada, secundária a osteomielite tuberculosa.

Métodos

Descrevem-se dois casos de doentes adolescentes oriundos de países africanos, com tuberculose cervical crónica e início tardio de terapêutica com antibacilares. Em ambos os casos verificou-se destruição e colapso do corpo de C2, com cifose cervical associada e apesar da marcada dimensão do canal medular não havia compromisso neurológico. Os dois casos foram tratados cirurgicamente, um por via transbucal e outro por via cervical ântero-lateral, tendo sido realizada remoção do corpo vertebral colapsado e colocação de autoenxerto tricortical de crista ilíaca para artrodese C2-C4. A estabilização foi feita com aparelho de halo-vest usado durante 6 semanas.

Resultados

As cirurgias decorreram sem intercorrências, no pós-operatório houve boa evolução cicatricial. Durante o processo de recuperação a dor esteve controlada, houve consolidação da artrodese e não houve alteração do normal estado neurológico. A lordose cervical foi restabelecida, clinicamente com mobilidades cervicais completas.

Conclusão: Esta solução mostrou-se eficaz, na abordagem a uma osteomielite tuberculosa vertebral, que atualmente é rara na nossa população; sem recurso a dispositivos de fixação interna, num contexto de infeção.

Relevância

O tratamento realizado nestes dois casos mostrou-se eficaz para o tratamento da instabilidade cervical resultante do colapso do corpo vertebral, por mal de Pott. A forma de estabilização da artrodese cervical utilizada não é a habitualmente usada na idade adulta. Na população jovem verifica-se ser uma opção segura, pelo fato de haver uma maior resistência do autoenxerto e a capacidade de consolidação ser também mais elevada.

CL17: Sábado, 24 de Março de 2018, 08h35m

❖ Fratura Instável da Bacia em Idade Pediátrica – Relato de Um Caso com Indicação Cirúrgica

Alfredo Carvalho (1), Marta Maio (2), André Pinho (3), Francisco Serdoura (3), Vítorino Veludo (3)

1- CH Cova da Beira – Covilhã; 2 – CH Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real; 3 – CH São João – Porto

Objetivo:

O objetivo do presente trabalho é realçar os principais aspetos das fraturas da bacia em idade pediátrica, bem como as particularidades inerentes ao tratamento cirúrgico destas fraturas raras, mas de elevada morbi-mortalidade.

Métodos:

Doente de sexo feminino, caucasiana, de nove anos de idade e sem antecedentes de relevo. Sofreu atropelamento do qual resultou fratura pélvica tipo 4 segundo a classificação de Torode e Zieg, com luxação da articulação sacro-iliaca direita e disrupção da sínfise púbica, associada a lesão do esfíncter anal externo. Doente submetida a reparação do esfíncter anal externo no serviço de urgência, com tratamento cirúrgico da fratura pélvica uma semana depois. Foi realizada redução fechada e fixação da articulação sacro-iliaca com parafuso sacro-iliaco percutâneo, associado a fixador externo supra-acetabular para fixação da sínfise púbica.

Resultados:

Iniciou marcha com carga parcial às 4 semanas após cirurgia e manteve o fixador externo durante 8 semanas, período após o qual iniciou carga total. Após um ano de seguimento, verificou-se manutenção de redução de ambas as lesões pélvicas e capacidade de marcha mantida sem dor ou claudicação. Não se verificaram intercorrências cirúrgicas ou complicações pós-operatórias.

Conclusão:

Conclui-se que a abordagem minimamente invasiva da fratura pélvica permite uma fixação osteoarticular pouco agressiva e com perdas sanguíneas mínimas, enquanto que a operação em tempo programado permite uma melhor estabilização e preparação do doente, evitando acrescentar o stress cirúrgico ao trauma inicial da lesão.

Relevância:

Dada a raridade de fraturas pélvicas com indicação cirúrgica na criança, o seu tratamento e possíveis complicações não estão devidamente estabelecidos. A maioria dos trabalhos existentes na literatura corresponde a relatos de caso ou séries de poucos casos, o que não permite tirar conclusões sólidas. O presente caso chama a atenção para dois pontos fundamentais do tratamento das lesões em causa: técnica cirúrgica e tempo de intervenção.

CL18: Sábado, 24 de Março de 2018, 08h40m

❖ Instabilidade atlanto-axoideia em doentes com síndrome de Down

André Santos de Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Rosário, João Campagnolo, Pedro Jordão, Jorge Mineiro
Hospital Vila Franca de Xira, Vila Franca de Xira e Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Objectivo

Apresentamos os casos de trissomia 21 tratados na nossa instituição por instabilidade atlanto-axoideia, nos últimos 4 anos.

Métodos

Relatam-se dois casos, ambos evacuados de Cabo Verde, uma menina de 8 anos e um adolescente de 12 anos. Ambos com episódio traumático desencadeante há mais de um ano, a primeira com um torcicolo irreduzível, sem lesões neurológicas associadas; o segundo com tetraparésia espástica, a condicionar locomoção com apoio de terceiros.

Radiograficamente verificou-se a luxação atlanto-axoideia em ambos - com a redutibilidade do segundo (distância atlanto-axoideia anterior (AAOD) a variar entre 16-3,2 e posterior (PAOD) de 9,8-27,8 mm), mas não do primeiro (AAOD 9,8 e PAOD 8,3 mm, com rotação C1-C2 de 20°). Segundo Fielding & Hawkins, tratam-se de luxações tipo III e II, respectivamente. Na primeira doente, a luxação irreduzível obrigou a uma redução cruenta por via posterior, com libertação das facetas articulares, seguida de fixação com instrumentação pedicular de C2 e massas laterais de C1. Como intercorrência nesta intervenção, verificou-se na TAC de controlo, posição anómala de um parafuso das massas laterais de C1 - revisto uma semana depois, sem complicações.

No segundo doente a luxação ser redutível permitiu a realização da artrodese C1-C2 com dois parafusos transarticulares, segundo a técnica de Magerl.

Resultados

Em ambos os casos conseguiu-se redução em agudo. O doente com sintomas neurológicos apresentou melhoria de sensibilidade e força progressivas no pós-operatório, estando ainda em tratamento fisioterápico de marcha. A outra doente apresenta-se sem queixas.

Conclusão

A instabilidade atlanto-axoideia ocorre em cerca de 10-30% dos doentes com trissomia 21, embora apenas 1-2% sejam sintomáticos. O diagnóstico de défices neurológicos é extremamente infrequente, pelo facto da coluna cervical alta apresentar um canal medular de grandes dimensões.

Relevância

Salientamos com este trabalho a necessidade de alerta para esta patologia no acompanhamento dos doentes com Síndrome de Down.

CL19: Sábado, 24 de Março de 2018, 08h45m

❖ História natural da artrite séptica da anca – avaliação clínica e radiológica a médio prazo

Andreia Ferreira, Irene Gormaz, Alberto Abreu, Josep M. de Bergua, Pedro Domenech, David Moreno, Jorge Knörr
Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona, Espanha

Objetivos

Analisar a evolução da artrite séptica da anca

Material e métodos

Os autores apresentam um estudo clínico-radiológico de 105 doentes com artrite séptica da anca tratados entre 2003 e 2013.

27 doentes perderam-se no seguimento, pelo que, no final, foi possível revisar 78 doentes.

Descrevem-se variáveis clínicas e laboratoriais da admissão.

A avaliação clínica atual foi realizada através do score de Oxford e a radiológica usando a classificação de Choi. Para análise estatística foi utilizado o programa SPSS.

Resultados

Trinta e nove doentes eram do género masculino e 39 do feminino. A média de idades foi de 2,34 anos. O seguimento médio foi de 9,82 anos. O tempo médio de diagnóstico foi de 3,24 dias. A temperatura corporal média foi de 38,3°. Em 25 casos (32%) não houve febre na admissão. Todos apresentaram impotência funcional. A leucocitose média foi de 15,81; a VS média foi de 36,9 mm/h e a PCR de 5,71 mg/l. As hemoculturas foram negativas em 54% dos casos; nos casos em que se isolou agente, o *Staphylococcus aureus* foi o mais comum. As colheitas intraarticulares foram negativas em 23% dos casos. No final do estudo, 80% dos doentes apresentaram um resultado máximo no score de Oxford. Radiologicamente 76% das ancas encontravam-se na categoria IA e 14% na IB. Três casos apresentaram alterações tipo IIA, 2 casos IIB e 3 casos tipo IIIA. Destes últimos, um dos doentes desenvolveu dímetria com necessidade de epifisiodesse do membro contralateral; um outro desenvolveu rigidez articular sendo submetido a artrodiastase. Encontrou-se correlação clínico-radiológica estatisticamente significativa ($p = 0,002$).

Discussão

A nossa série apresenta resultados clínicos e radiológicos muito bons. Betz reviu 32 doentes ao longo de 42 anos constatando que 59% não apresentavam queixas. Wopperer, reviu 8 casos cuja infeção ocorreu antes dos 3 meses de idade verificando que 2 doentes apresentaram um Harris Hip Score pobre ao fim de 31 anos de seguimento. Em relação à escassa literatura, o nosso seguimento é mais curto, o que pode justificar o agravamento dos resultados com o tempo.

Relevância

Há poucos estudos que descrevam a evolução a médio/longo prazo da artrite séptica da anca.

CL20: Sábado, 24 de Março de 2018, 09h00m

❖ Infecções do pé e tornozelo – diagnóstico imagiológico por RMN e TAC

Andreia Ferreira, Irene Gormaz, Ferran Torner, Francisco Soldado, Sergio Barrera, Pedro Domenech, Jorge Knörr
Hospital Sant Joan de Deu, Barcelona, Espanha

Objectivo

Analisar infecções do pé e tornozelo através de TAC/RMN

Material e métodos

Através de uma base de dados de 1118 imagens de TAC e RMN de pé e tornozelo, seleccionaram-se 38 casos diagnosticados como infecção entre 2005-2015.

Resultados

A RMN foi o exame de eleição (31 casos).

O sexo masculino foi mais afectado (22) do que o feminino (16). A média de idades foi de 7,47 anos.

As infecções de partes moles ocorreram em 8 casos e as ósseas em 30, sendo a tibia (distal) mais afectada (14), seguida das falanges (4), metatarsos (4) e calcâneo (3).

O diagnóstico fez-se nos primeiros 5 dias em 32,7% dos casos.

Cinco doentes tiveram um episódio traumático prévio.

Nove doentes apresentavam alterações da marcha. Catorze doentes apresentaram febre e leucocitose (36,8%); a PCR média à admissão foi de 20,0 mg/L e a VS 17,68 mm/h.

Foi isolado agente em 13 casos (34,2%), sendo o *Staphylococcus aureus* o mais frequente (6 casos), coexistindo com outro agente em 2 doentes.

A duração média de antibioterapia endovenosa foi de 12,7 dias.

73,7% dos doentes não necessitou de tratamento cirúrgico.

Discussão

No pé e tornozelo pediátrico os locais comuns de infecção incluem a metáfise distal da tibia, calcâneo e metatarsos, o que coincide com os nossos resultados.

A principal razão para o atraso do diagnóstico é a falta de especificidade clínica e analítica, que também verificamos, pois em mais de 2/3 dos doentes, o diagnóstico foi tardio.

Existem poucas referências acerca de osteomielite no tarso.

Roberts reviu 55 doentes com osteomielite e nenhum dos casos afectava o pé.

Em 212 casos revistos por White e Denison, apenas 5 afectavam o tarso.

A manifestação mais frequente de osteomielite aguda na RMN é o edema focal da medula, exibindo baixo sinal em T1 e sinal elevado nas sequências T2/STIR.

A TAC tem resolução óssea superior para mostrar destruição cortical, reações periósticas e sequestros.

Relevância

Alertar para o diagnóstico e tratamento atempado das infecções do pé e tornozelo.

CL21: Sábado, 24 de Março de 2018, 09h05m

❖ Avaliação dos resultados clínicos e imagiológicos do tratamento das fracturas-luxações de Monteggia no serviço nos últimos 10 anos

Hugo Fernandes, André Barros, Catarina Pereira, Pedro Rosário, Francisco Gonçalves, Joana Ovidio, Patrícia Rodrigues, Pedro Jordão, Susana Ramos, João Campagnolo, Delfin Tavares
Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Objectivo

Avaliar os resultados clínicos e imagiológicos do tratamento conservador e cirúrgico dos casos de fractura-luxação de Monteggia e comparar os resultados com a literatura actual

Métodos

Estudo retrospectivo sobre as fractura-luxação de Monteggia com pelo menos 1 ano de follow-up (2007 a 2016). Foram excluídos os equivalentes de Monteggia. Foram consultados os processos e os exames imagiológicos obtendo-se: 28 doentes que cumpriam os critérios de inclusão. A média de idades foi de 5.2 anos (11m a 13 anos). Foram intervencionados cirurgicamente 25 doentes e tratados conservadoramente 3. Avaliou-se o deficit de mobilidade, lesão neurológica, re-intervenção não planeada ou consolidação viciosa.

Resultados

No final do seguimento os doentes apresentavam estabilidade articular. Um doente foi intervencionado após perda de redução durante o tratamento conservador. Dois doentes tiveram neuropraxia do nervo interósseo posterior, com recuperação completa. Em 2 doentes verificou-se perda de 10º de pronação e em 1 doente perda de 5º de extensão.

Conclusão

Optou-se pelo tratamento cirúrgico na maioria dos casos. Na nossa série não se verificou relação entre tratamento cirúrgico e perda de mobilidade. O tratamento cirúrgico é a primeira opção no nosso serviço, sendo os resultados obtidos encorajadores.

Relevância

Existe ainda hoje uma dualidade de algoritmos sobre se se deve apostar na fixação cirúrgica em detrimento de uma manipulação fechada. É nossa opção garantir estabilidade no 1º acto terapêutico, diminuindo o risco de perda de redução secundária e evitando as complicações inerentes a este tipo de fractura-luxação.

CL22: Sábado, 24 de Março de 2018, 09h10m

❖ Tala de Pavlik: qual a eficácia no tratamento da Doença Displásica da Anca em ancas luxadas Graf IV?

João Cabral, Cristina Alves, Pedro Sá Cardoso, Olíana Tarquini, Inês Balacó, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE, Coimbra

Objectivo

Avaliar os factores preditivos para o sucesso do tratamento de lactentes com DDA e pelo menos uma anca luxada, Graf IV.

Métodos

Estudo retrospectivo, incluindo doentes com diagnóstico de DDA e pelo menos uma anca luxada, Graf IV, submetidos a tratamento inicial com tala de Pavlik, num Hospital, período 2012-2016. Avaliados parâmetros demográficos, alterações no exame clínico, tratamento, resultados e complicações associadas.

Resultados

Incluídos 82 doentes, 71 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, com idade média ao diagnóstico de 3,44 meses e correspondendo a 104 ancas afetadas. Foi aplicada tala de Pavlik em todos os doentes, tendo sido obtida redução e estabilização da anca em 46 doentes (56,1%).

Destes doentes, 12 apresentações pélvicas tiveram sucesso no tratamento, tais como 6 doentes com luxação bilateral, 29 doentes eram Ortolani +, sendo que a duração do tratamento foi de $95,6 \pm 29,1$ dias. O tempo de seguimento destes doentes é de $1073,9 \pm 532,1$ dias. Obtiveram-se 4 complicações.

Nos doentes em que a tala de Pavlik não foi eficaz, 22 resultaram de apresentações pélvicas, 16 doentes com luxação bilateral, 27 Ortolani +, com uma duração de tratamento de $36,21 \pm 30,33$ dias. Neste grupo de doentes o tempo de seguimento é de $996,8 \pm 514,7$ dias. Obtiveram-se 2 complicações.

O sucesso no tratamento com Pavlik nas ancas bilaterais foi de 27% e nas unilaterais de 66%.

Conclusão

A tala de Pavlik é eficaz em mais de 50% dos doentes diagnosticados com DDA e ancas luxadas Graf IV. A presença de sinal de Ortolani negativo não parece influenciar negativamente o sucesso do tratamento. No entanto, a percentagem de sucesso do tratamento diminui significativamente em doentes com doença bilateral.

Relevância

A tala de Pavlik pode ser utilizada com sucesso em ancas inicialmente irreduzíveis, mas a presença de doença bilateral é um factor de risco importante para insucesso do tratamento.

CL23: Sábado, 24 de Março de 2018, 09h15m

❖ Rastreo da displasia do desenvolvimento da anca: experiência de um ano na Maternidade

Raquel Penteado¹, Crisbety Pinho¹, Ana Ratola¹, Patrícia Lapa¹, Mário Branco¹, Cristina Alves²
1-Neonatologia A, Maternidade Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2-Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Objetivo

Análise dos resultados da aplicação do protocolo nacional de rastreio seletivo da displasia do desenvolvimento da anca (DDA) numa Maternidade, período junho2016-maio2017.

Métodos

Estudo retrospectivo dos processos clínicos dos recém-nascidos (RN) enviados à Consulta de Ortopedia Pediátrica para rastreio de DDA. Foram incluídos todos os RN com fatores de risco (apresentação pélvica, oligoamnios, história familiar, deformidades congénitas do pé, torcicolo congénito, síndrome polimalformativo, assimetria das pregas), ou alterações no exame objetivo (EO) (sinal de Ortolani/Barlow positivo, ou limitação da abdução das ancas).

Resultados

Foram identificados 280RN (59% sexo feminino) com risco de DDA. Os principais motivos de referenciação foram: apresentação pélvica(67%), familiar com DDA(8%), Ortolani positivo(8%), clic(6%) e limitação da abdução(4%) das ancas. Foram observados na Consulta e realizaram ecografia 270 lactentes.

Foi diagnosticada DDA em 18 casos(6%), 7 dos quais referenciados apenas por fatores de risco (6 apresentação pélvica, 1 história familiar de DDA), e 11 por alterações no EO (6 Ortolani positivo, 3 clics e 2 limitação da abdução da anca). A maioria dos casos identificados eram do sexo feminino (78%) e 4 apresentavam anca luxada.

Dos 80 RN com alteração no EO na Maternidade, 69(86%) tinham ancas normais na ecografia. O sinal de Ortolani teve sensibilidade 35% e especificidade 89%.

Foi realizado tratamento inicial com Pavlik em todos os casos (entre 4-20 semanas), sendo necessária cirurgia em 3 doentes.

Conclusão

280 dos 2438RN nascidos numa Maternidade, foram enviados para rastreio de DDA, de acordo com o protocolo nacional. Este permitiu o diagnóstico precoce de DDA em 7 casos de RN sem alterações iniciais no EO. A baixa sensibilidade do teste de Ortolani pode ser explicada pela instabilidade da anca nos primeiros dias de vida.

Relevância

O protocolo de rastreio de DDA permitiu o diagnóstico precoce em doentes sem alterações no EO, que provavelmente teriam diagnóstico tardio.

CL24: Sábado, 24 de Março de 2018, 09h30m

❖ Osteotomias do fémur proximal em crianças com Paralisia Cerebral – uma avaliação retrospectiva.

Ricardo Araújo Ferreira, Inês Mafra, Carolina Escalda, Ana Sofia Neves, David Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah

Hospital Garcia de Orta, Almada; Centro-hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro

Introdução

Na paralisia cerebral (PC) a luxação da anca (LA) é progressiva e a prevalência pode chegar aos 60%; associa-se a contratura muscular e dificuldade na marcha, no posicionamento e nos cuidados de higiene. O tratamento conservador não previne esta progressão. As opções cirúrgicas incluem tenotomia dos adutores e psoas, osteotomias de varização do fémur (OVF) e pélvicas.

Objetivos

Avaliar os resultados em crianças com PC submetidas a OVF no nosso hospital nos últimos 7 anos.

Resultados

Foi realizada análise retrospectiva das OVF, entre janeiro 2011 e julho 2017. Foi avaliado o tipo de OVF, *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)*, idade, procedimentos cirúrgicos associados e complicações. Foi feita análise radiológica e medição, por 2 especialistas e 2 internos, do ângulo cervico-diafisário (NSA) e percentagem de migração (PM) pré e pós-operatórios.

Foram avaliadas 13 crianças (24 ancas), das quais 15.4% era GMFCS grau II e III, 38.5% grau IV e 46.1% grau V; 69.2% eram meninos; a idade média foi de 11 ± 4 anos; 84.6% apresentava envolvimento bilateral; verificou-se predominância de PC espástica. O follow-up médio foi de 29 ± 19 meses. O NSA e a PM médios foram corrigidos. As complicações mais frequentes foram infeção, AVN e recidiva. Não foi encontrada correlação entre idade, sexo, tipo de PC ou nível de GMFCS e valores pré-operatórios de NSA e PM.

Conclusões

A abordagem cirúrgica justifica-se na anca instável, melhorando a dor, a marcha e facilitando a prestação de cuidados. Estes resultados semelhantes em ancas luxadas e subluxadas, devem-se provavelmente ao pequeno tamanho da série e à sua média de idades de 11 ± 4 anos, embora estejam publicados resultados superiores em abordagens mais precoces. O GMFCS é utilizado como um preditor para luxação da anca, no entanto os nossos resultados não mostraram relação entre GMFCS e PM pré-operatória. Embora a abordagem cirúrgica possa constituir causa de morbilidade importante, os resultados favorecem estes procedimentos, melhorando a qualidade de vida desta população.

CL25: Sábado, 24 de Março de 2018, 09h35m

❖ Tratamento da braquimetatarsia com osteogénese de distração – experiência de um serviço

Marta Santos Silva, Filipe Medeiros, Luís Barros, Pedro Mota, João Moura, Frederico Paiva, Bruno Santos, Armando Campos

Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António, Porto

Objetivo

Este trabalho tem como objetivo descrever os resultados clínicos e radiológicos, do tratamento cirúrgico da braquimetatarsia congénita, com osteogénese de distração, tipo Bastiani.

Métodos

13 doentes, do sexo feminino (18 braquimetatarsias), foram tratadas entre o ano de 2006 e 2017. A média de idades foi 14.1 (12 – 18) anos. O tempo médio de seguimento foi de 5.6 (1 - 12) anos.

Resultados

A média do comprimento do metatarso no pré-operatório foi de 47.8 (37.3 – 55.9) cms e no pós-operatório foi de 61.9 (50.9 – 72.1) cms. A média de alongamento foi de 12.7 (6.0 – 23.0) cms. A fórmula metatarsiana (parábola de Lelièvre) foi restaurada em 13 (72,2%) casos.

No pós-operatório, a pontuação média obtida na escala AOFAS *lesser metatarsophalangeal-interphalangeal* foi de 90.4 (63 – 100) pontos; dor 38.5 (30 – 40) pontos; função 38.1 (25 – 45) pontos; alinhamento 13.4 (8 – 15) pontos. A complicação mais frequente foi a infeção, tratada com antibioterapia. A maioria dos doentes estão satisfeitos com o resultado e todos repetiriam a cirurgia. Houve 1 caso de pseudartrose.

Conclusão

A braquimetatarsia, é uma entidade rara, com incidência de 0.02% to 0.05%. Define-se por um encurtamento do metatarso e afeta maioritariamente o sexo feminino. Pode ter várias causas, sendo que congénita está associada ao encerramento precoce da fase de crescimento. O sucesso da técnica exige um follow-up apertado, para controlo das complicações que possam surgir, até à data da extração dos pinos.

Relevância

A principal queixa da braquimetatarsia relaciona-se com a estética, embora muitas vezes cause dor, deformidade e incapacidade funcional do pé. No entanto o cirurgião ortopédico deve estar sensibilizado, para a correção destes defeitos. O alongamento dos metatarsianos pelo método de osteogénese, por distração é uma boa opção, já que se trata de uma técnica segura e com bons resultados clínicos e funcionais.

CL26: Sábado, 24 de Março de 2018, 09h40m

❖ Limb Lengthening Nail System – Melhoria no tratamento das dismetrias dos membros inferiores?

Filipe Medeiros, Pedro Mota, Marta Silva, Luís Barros, Frederico Paiva, João Moura, Armando Campos
Centro Hospitalar Porto, Porto

Objetivo

Analisar e reportar a nossa experiência com o sistema de encavilhamento e alongamento magnético nas dismetrias dos membros inferiores.

Métodos

Estudo retrospectivo, onde foram revistos os 5 casos operados desde 2016 com o sistema de encavilhamento e alongamento dos membros (LLNS) magnético, e analisadas variáveis inerentes aos doentes e aos tratamentos.

Resultados

A média de idades dos pacientes foi 15 anos (13-18). A média das dismetrias iniciais foi de 39mm (30-49), sendo alcançada uma média de 5mm (2-13) de dismetria no final do tratamento. A duração média do alongamento foi de 52 dias (44-64) e o início da carga 25 dias (14-35) depois. O seguimento médio foi de 13 meses (8-17), em que todos os doentes encontravam-se satisfeitos e sem complicações major, nomeadamente infeções. Salienta-se uma complicação com o não alongamento de uma cavilha, que após nova cirurgia e introdução de outra cavilha de maior diâmetro o alongamento realizou-se sem mais intercorrências.

Conclusão

O sistema de alongamento magnético alcançou excelentes resultados funcionais. O custo mais elevado desta cirurgia pode ser benéfico tendo em conta a dificuldade em vestir e o aumento da dor, complicações, cirurgias e tempo de retorno ao trabalho característico de outros tratamentos de alongamento usados. Os tecidos moles circundantes podem ter relevância no processo de alongamento. A carga completa antes da consolidação é apontada como um fator de risco para a perda de comprimento.

Relevância

O nosso estudo vem de encontro ao que tem sido descrito na literatura, sendo o LLNS considerado um bom método de alongamento para resolução das dismetrias dos membros inferiores.

CL27: Sábado, 24 de Março de 2018, 09h45m

❖ Reutilização de Cavilha Eletromagnética de Alongamento do Fémur

Alfredo Carvalho (1), João Lobo (2), Joana Freitas (2), Jorge Coutinho (2), Gilberto Costa (2)

1 – CH Cova da Beira, Covilhã; 2 – CH São João, Porto

Objetivo

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar um meio de utilização não descrito de uma cavilha de alongamento eletromagnética, em que, após se atingir a capacidade de alongamento máxima do dispositivo, este foi reutilizado para continuação do tratamento.

Métodos

Doente de sexo feminino, caucasiana, de 11 anos, com antecedentes de coxa e joelhos varos por sequelas de Meningite Meningocócica. Aos 7 anos de idade apresentava um encurtamento do membro inferior direito de 37mm, pelo que se optou por alongamento do fémur direito com cavilha eletromagnética. Após 3 anos de tratamento, o dispositivo atingiu o seu máximo, mantendo-se, contudo, uma dismetria significativa. Assim, realizou-se extração dos parafusos distais da cavilha, retração da cavilha para o seu encurtamento máximo, nova osteotomia do fémur, acima do regenerado prévio e recolocação dos parafusos distais.

Resultados

A cirurgia decorreu sem intercorrências a curto ou médio prazo. Aos 6 meses de seguimento, verifica-se uma correção significativa da dismetria, com boa evolução radiográfica do regenerado ósseo. A doente apresentou uma boa evolução clínica e radiográfica, com melhoria significativa do estado funcional.

Conclusão

A reutilização de cavilha eletromagnética de alongamento do fémur demonstrou ser segura e eficaz no caso apresentado. É necessário um maior tempo de seguimento e um maior número de casos para se obterem conclusões sólidas em relação ao procedimento em questão.

Relevância

O presente caso relata um meio de utilização não descrito de cavilha de alongamento do fémur, que pode aumentar a capacidade de alongamento do dispositivo através de uma cirurgia relativamente simples, o que pode ter benefícios clínicos e económicos.

CL28: Sábado, 24 de Março de 2018, 10h00m

❖ Fratura do úmero proximal na criança e adolescente: resultados funcionais do tratamento

João Cabral, Cristina Alves, Oliana Tarquini, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE, Coimbra

Objectivo

Caraterizar as fraturas do úmero proximal na criança e adolescente, o seu tratamento e avaliar os respetivos resultados clínicos e funcionais.

Métodos

Estudo retrospectivo, incluindo doentes com fratura do úmero proximal, tratados num Hospital, período 2012-2016. Avaliados parâmetros demográficos, tipos de fraturas, respetivos tratamentos, resultados e complicações associadas.

Resultados

O estudo incluiu 37 doentes, 24 do sexo masculino e 13 do sexo feminino com um seguimento de 38 dias (19-1197). Obtiveram-se 13 fraturas-epifisiólise (2 SH I e 11 SH II) e 24 fraturas metafisárias. Os desvios do padrão de fratura corresponderam a Neer-Horowitz I-20;II-6;III-3;IV-8 e obteve-se um caso de fratura exposta (G&A IIIA).

31 doentes foram tratados conservadoramente, 87% com imobilização tipo Velpeau, durante uma média de 4 semanas. Dos 6 doentes tratados cirurgicamente (4 fixações com fiosK e 2 encavilhamentos elásticos retrógrados), 4 eram adolescentes, correspondendo a mecanismos de lesão de maior energia (2 acidentes de viação e 2 atropelamentos), resultando os maiores desvios de fratura (67% Neer-Horowitz 4), a única fratura exposta (G&A IIIA), sendo que metade apresentaram lesões associadas. As crianças com idade <12 anos apresentaram QuickDASH de 2,27 (0-18,18) e os doentes com idade superior ou igual a 12 anos apresentaram QuickDASH de 0 (0-13,63), com relação sem significância estatística ($p=0,21$). A relação do resultado funcional entre os doentes operados - QuickDASH 6,82 (0-18,18) e tratados conservadoramente - QuickDASH 0 (0-11,36) não é estatisticamente significativa. Não foram observadas complicações vasculares ou neurológicas tando após fratura como após tratamento.

Conclusão

São fraturas com muito bom prognóstico, quer pela localização de elevado potencial de remodelação óssea quer pela ausência complicações associadas, bom resultado funcional e grau de satisfação dos doentes. O resultado funcional é excelente, independentemente da idade da criança ou tratamento efetuado.

Relevância

Estudo retrospectivo de um tipo de fratura pouco frequente com avaliação de 37 doentes incluídos, ao longo de 5 anos.

CL29: Sábado, 24 de Março de 2018, 10h05m

❖ Tratamento de fracturas proximais do úmero – casuística do serviço

André Santos de Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Rosário, Pedro Jordão, Susana Norte Ramos
Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Objectivo

O estudo retrospectivo do tratamento das fracturas proximais do úmero na nossa instituição.

Métodos

Procedeu-se à revisão da casuística do passado triénio, com avaliação da evolução radiográfica e clínica dos doentes tratados cirúrgica e conservadoramente.

Resultados

Integraram o estudo 62 casos com média de idades de $9,74 \pm 3,82$ anos, dos quais 50% eram do sexo feminino. O tipo de fractura mais frequente foi a metafisária completa (26), seguida das Salter-Harris (SH) II (14), fracturas em ramo verde (8) e toroidais (8). A maioria dos casos 51/62 recebeu tratamento conservador, apenas 11 foram submetidos a cirurgia - com parâmetros radiográficos médios de desalinhamento $12,69^\circ$ VS $35,64^\circ$ e descoaptação 7% VS 33%. Os doentes tratados cirurgicamente eram em média mais velhos (12,63 VS 8,84 anos), com maior proporção de género feminino (64% VS 47%), e na sua maioria SH tipo II; realizaram-se 3 reduções sob anestesia, 5 fixações percutâneas com fios de Kirschner, uma fixação percutânea com parafusos e uma osteotaxia com fixador externo (fractura exposta). Todos os casos tratados conseguiram consolidação, não se registando não-uniões. Os doentes submetidos a cirurgia foram os que obtiveram maiores correcções radiográficas no follow-up (correção de desalinhamento de 74% VS 48% no tratamento conservador) apesar da maior gravidade inicial. Ambos os grupos conseguiram retomar os níveis prévios de actividade física.

Conclusão

O tratamento conservador é o gold standard para estas fracturas, facto que se revê na baixa taxa de tratamento cirúrgico que apresentamos (17%). Os doentes submetidos a cirurgia apresentavam fracturas mais graves, contudo os resultados são igualmente satisfatórios. A intervenção mais frequente, com redução incruenta e fixação percutânea, apresentou excelentes taxas de correcção e consolidação, sem complicações associadas.

Relevância

Pretende-se avaliar criticamente os resultados do tratamento destes doentes no nosso serviço, bem como revalidar as condutas terapêuticas protocoladas.

CL30: Sábado, 24 de Março de 2018, 10h10m

❖ Revisão do tratamento cirúrgico de fracturas proximais do úmero em politrauma

Rita Henriques, Raquel Carvalho, Graça Lopes

Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Objectivo

As fraturas epifisiólise proximais do úmero representam 3% de todas as fraturas epifisárias. Constituem o primeiro diagnóstico no trauma do ombro dos 9-15 anos, apresentando grande potencial de remodelação. Podem resultar de trauma indirecto com o braço em extensão ou trauma directo sobre o ombro. O tratamento maioritariamente é conservador, sendo polémica a necessidade de cirurgia, tendo em conta os resultados funcionais sobreponíveis.

Métodos

Revisão retrospectiva das fraturas proximais do úmero em jovens, operadas numa instituição no período 2008-2016. Avaliámos a classificação da fratura, a cirurgia efetuada, complicações e resultados funcionais.

Resultados

Identificámos 11 jovens com fratura proximal do úmero operadas, 6 raparigas, 5 rapazes, com idades dos 5 aos 15 anos. O mecanismo da lesão foi: acidente de viação-6, atropelamento-3 e queda de cavalo-2. Houve 1 caso de fratura exposta; 1 com fratura do 1/3 interno da clavícula; 1 com fratura da bacia; 1 com fratura cervical; 1 politraumatizado. 6 casos correspondiam a epifisiólise SH II e 5 fraturas metafisárias. Todos foram submetidos a redução incruenta, 9 com fixação com fios de Kirchner, 2 com cavilha retrograda. A cirurgia teve lugar nas primeiras 48h. Todas evoluíram para consolidação. O material de osteossíntese foi removido na fixação percutânea entre as 4-8 semanas; as cavilhas foram removidas entre 5-12 meses. Em 3 casos registámos consolidação em varo. Nenhum dos doentes evoluiu para não-consolidação e não apresentam défice funcional, assimetria de comprimento ou deformidade do ombro.

Conclusão

Nas fraturas proximais do úmero o tratamento de eleição é conservador e as deformidades residuais são bem toleradas. No entanto a estabilização da fratura no jovem politraumatizado pode ter lugar, por vezes associada a outras intervenções, facilitando o prognóstico geral, os cuidados e manipulação em cuidados intensivos.

Relevância

O papel do tratamento cirúrgico das fraturas proximais do úmero em idade pediátrica, nomeadamente no contexto do doente politraumatizado.



RESUMOS
Posters

❖ P1

Fratura do colo do astrágalo: um caso clínico

Rita Lopes, Mariana Almeida, João Sousa, José Monteiro, Hugo Fernandes, Juscelino Livramento, Ana Bia, Margarida Carvalho

Centro Hospitalar do Oeste – Hospital de Torres Vedras

Objetivos

As fraturas do astrágalo são raras na idade pediátrica, correspondendo a cerca de 0,08% das fraturas pediátricas. A preocupação em qualquer grupo etário é o risco de necrose avascular, relacionado ao grau de descoaptação inicial. Uma incongruência subtalar ou encurtamento da coluna medial do pé resulta em retropé varo, adução e supinação do antepé, induzindo desequilíbrio dos músculos flexores e peroneais.

Apresentamos o caso de uma doente com fratura do colo do astrágalo, descrevendo a abordagem diagnóstica e o tratamento realizado.

Métodos

Sexo feminino, 12anos de idade recorreu ao serviço de urgência por traumatismo da região tibiotársica esquerda durante a prática de ginástica acrobática. Ao exame objetivo, apresentava dor e edema na região tibiotársica esquerda com mobilidade limitada, sem alteração neurovascular. A radiografia revelou fratura do colo do astrágalo esquerdo (Marti-Weber tipo II). A tomografia computadorizada confirmou o diagnóstico e clarificou o tipo de fratura.

Resultados

A doente foi submetida de urgência a redução incruenta com auxílio de fio Kirschner e foram aplicados dois parafusos canulados de direção anterior para posterior. Como fixação complementar utilizou-se tala gessada em flexão neutra do tornozelo. Após dez semanas, apresentou uma boa evolução clínica e funcional, sem limitação das atividades. Após dois anos, não se verificaram alterações degenerativas ou necrose avascular.

Conclusão

A classificação deste tipo de fraturas e correta avaliação do desvio é um requisito essencial para a redução eficaz destas lesões minorando eventuais complicações como necrose avascular, consolidação viciosa e osteoartrose. Contudo, mesmo obtendo uma redução anatómica, a necrose avascular pode ocorrer. Neste caso a redução foi bem conseguida e possível o retorno à função prévia.

Relevância

A fratura descrita constitui uma entidade rara de que podem advir complicações se não diagnosticada atempadamente e tratada adequadamente. A técnica de osteossíntese utilizada resulta numa fixação estável, tendo sido obtidos bons resultados.

❖ P2

Transferência do grande trocânter após necrose avascular da cabeça femoral em DDA, a propósito de um caso clínico

Hugo Fernandes, André Barros, Catarina Pereira, Pedro Rosário, Francisco Gonçalves, Pedro Jordão, Susana Ramos, Francisco Sant'Anna, Delfin Tavares
Hospital Dona Estefânia, CHLC – Lisboa

Objectivo

Avaliar o resultado da transferência distal do grande trocânter para compensação do desequilíbrio da musculatura abduutora, sequelar a necrose avascular da cabeça femoral em criança com DDA

Métodos

Descreve-se o caso de uma criança de 9 anos, acompanhada por desequilíbrio da balança de Pawels, na sequência de necrose avascular da cabeça femoral secundária a tratamento de DDA. Intervencionada em Abril de 2017, optando os autores por este método, por esta criança estar na idade limite de uma apofisiodese e existir um desnivelamento acentuado da cabeça femoral e a ponta do grande trocânter. Através de uma abordagem externa foi efectuada a osteotomia e fixação com 3 parafusos canulados, não se verificando qualquer intercorrência.

Resultados

Aos 10 meses de seguimento verifica-se uma consolidação completa, melhoria franca da marcha de Trendelenburg, sem queixas algicas e mobilidade completa da anca . A criança e a família estão satisfeitas com os resultados obtidos.

Conclusão

Situação felizmente cada vez mais rara, sendo fundamental uma intervenção precoce, para resolver as consequência directas e imediatas, sejam a alteração da mobilidade e a claudicação da marcha, sejam as tardias como os conflitos graves e as alterações degenerativas precoces.

Relevância

Esta é uma opção válida, com suporte científico, considerando que quando existe uma necrose com perda de altura da cabeça, a apofisiodese deve ser efetuada até aos 8-9 anos, após esta idade os resultados são inconsistentes; sendo alternativa a transferência do grande trocânter. É uma cirurgia mais extensa e arriscada, mas a que apresenta melhor resultado e com maior consistência.

❖ P3

A oxigénioterapia hiperbárica poderá ser uma solução para a Doença de Kienböck? – a propósito de um caso clínico

Hugo Fernandes, André Barros, Catarina Pereira, Pedro Rosário, Francisco Gonçalves, Pedro Jordão, Joana Ovídio, Susana Ramos, João Campagnolo, Delfin Tavares
Hospital Dona Estefânia, CHLC – Lisboa

Objectivo

Avaliar o potencial da oxigénioterapia hiperbárica na Doença de Kienböck em idade pediátrica

Métodos

Descreve-se o caso de um jovem de 17 anos, acompanhado há 2 anos por Doença de Kienböck à esquerda. Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, praticante de ginástica desportiva, dextro, iniciou quadro de dor no punho moderada com uma primeira radiografia negativa. Após 6 meses por agravamento do quadro identificou-se em novas radiografias e ressonância magnética uma doença de Kienböck à esquerda, estadio IIIB de Lichtman. Inicialmente sob tratamento conservador durante 12 semanas, sem sucesso e com agravamento do quadro, foi proposta um encurtamento do rádio que o doente e a sua família recusaram. Foi então proposto para oxigénioterapia hiperbárica, tendo efetuado durante 1 ano.

Resultados

Aos 6 meses de seguimento sob oxigénioterapia verificou-se uma paragem completa no avanço degenerativo e melhoria franca das queixas; aos 12 meses de seguimento apresenta uma mobilidade praticamente completa (-5º de extensão), dor ligeira na flexão/ extensão extremas e documenta-se por ressonância uma involução praticamente completa do processo de necrose asséptica, apresentando-se o semilunar com uma altura e sinal quase normais face ao contra-lateral.

Conclusão

Esta abordagem mostrou ser uma opção terapêutica que não só estabilizou a progressão da doença mas também houve um readquirir do tamanho do semilunar, numa patologia, que embora rara, é muito incapacitante.

Relevância

É uma patologia para a qual não existem consensos da melhor conduta. Com muitos poucos casos descritos na literatura, outrora considerada anedótica, a oxigénioterapia hiperbárica começa hoje a ser uma opção para o tratamento conservador da Doença de Kienböck e outras osteocondroses, sendo os resultados descritos pelos autores e na literatura muito encorajadores.

❖ P4

Artroplastia Total da Anca na paralisia cerebral após operação Girdlestone

João Lobo, Alfredo Carvalho, Joana Freitas, Gilberto Costa, Jorge Coutinho
Centro Hospitalar São João, Porto

Objetivo

Não existe um procedimento gold standard para a anca dolorosa, sem possibilidade de reconstrução subluxada ou luxada em doentes pediátricos com paralisia cerebral. Este trabalho tem como objetivo a avaliação dos resultados da artroplastia total da anca em doentes pediátricos com paralisia cerebral após procedimento inicial de Girdlestone.

Métodos

Estudo retrospectivo com 2 doentes com antecedentes de paralisia cerebral sujeitos ao procedimento de Girdlestone com as idades de 13 e 15 anos respetivamente. Foram novamente intervencionados 1 ano após com conversão para artroplastia total da anca (cimentada). Critérios de função (capacidade de sentar com auxílio; possibilidade de ortostatismo); dor (dor permanente; dor sentado; dor na higiene pessoal) e mobilidade (flexão anca $\geq 80^\circ$) foram avaliados 1 ano após o procedimento de Girdlestone e 1 ano após a artroplastia.

Resultados

Um ano após o procedimento de Girdlestone em termos de função e dor verificou-se manutenção da incapacidade em sentar com auxílio e a presença de dor permanente em ambos os doentes com mobilidades bastante limitadas pela dor. Um ano após a artroplastia verificou-se melhoria da função com capacidade de sentar com auxílio em ambos os doentes e possibilidade de ortostatismo em um deles. Dor residual ligeira sem queixas aquando da higiene pessoal e boas mobilidades em ambos os doentes. Em termos de complicações de referir a dismetria dos membros inferiores em 1 dos doentes (≈ 3 cm).

Conclusão

Este estudo demonstra a viabilidade da artroplastia total da anca como procedimento cirúrgico de salvamento na ausência de sucesso após procedimento de Girdlestone. Verificou-se uma melhoria evidente da dor que foi a principal queixa pós operatória.

Relevância:

Apesar de ser um procedimento cirúrgico mais complexo relativamente ao procedimento de Girdlestone poderá ter indicação em casos selecionados adequadamente e é uma opção viável mesmo após a falência de outros procedimentos cirúrgicos da anca pediátrica no doente com paralisia cerebral.

❖ P5

Fratura-avulsão traumática da espinha da tibia em jovens futebolistas – relato de dois casos clínicos

Miguel Quesado, Diogo Soares, Tiago Costa, José Miradouro, Joana Pereira, Sofia Vieira, Fernando Silva, Jorge Mendes

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel

Introdução

A fratura-avulsão da espinha da tibia é uma lesão extremamente rara, com uma incidência de 3/100.000 crianças por ano. Frequentemente resulta de traumatismo direto, associado a um movimento de hiperextensão e valgo forçado do joelho, com rotação externa da tibia. A classificação mais utilizada é a de Meyers – McKeever. O tratamento conservador está indicado para fraturas sem desvio ou desvio mínimo (I ou II), ao contrário de fraturas desviadas ou cominutivas (III ou IV) que necessitam de reparação cirúrgica por via aberta ou atroscópica.

Apresentação do caso

Duas crianças do sexo masculino, 9 e 13 anos, observadas no Serviço de Urgência após queda com traumatismo do joelho durante jogo de futebol. Objetivamente apresentavam dor, edema e limitação funcional, com impossibilidade de realizar carga. A artrocentese constatou a presença de hemartrose com gotículas de gordura. O Rx e TAC diagnosticaram em ambos uma fratura-avulsão da espinha da tibia - grau II. Foi realizada imobilização com tala gessada cruropodálica em extensão durante 6 semanas, período após o qual iniciaram fisioterapia com exercícios de mobilização ativa e fortalecimento muscular.

Resultados

Os Rx de controlo às 6 semanas demonstraram consolidação completa das fraturas. Clinicamente as crianças apresentavam défice de extensão de 10° e 5°, respetivamente. Após 4 meses de fisioterapia retomaram por completo a prática de exercício físico, sem qualquer limitação funcional.

Discussão

A fratura-avulsão da espinha da tibia é uma lesão rara em crianças, que pode surgir durante a prática desportiva. O diagnóstico correto e tratamento precoce são essenciais, de forma a evitar complicações osteoligamentares associadas. A imobilização com tala gessada cruropodálica e controlo seriado deve ser o tratamento preferencial para as fraturas grau II passíveis de redução anatómica. Na experiência dos autores, a abordagem utilizada permitiu obter um excelente resultado funcional, com uma recuperação completa da mobilidade do segmento atingido.

❖ P6

Fratura subtrocantérica patológica e possíveis tratamentos – a propósito de 2 casos clínicos em adolescentes

Rita Sapage, Marta Maio, Pedro Teixeira Mota, Carlos Branco, Rita Sousa, António Lemos Lopes, Luís Castelo, Ricardo Branco

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real e Chaves

Introdução

O quisto ósseo unicameral (QOU) é uma lesão benigna comum em crianças e adolescentes. Constitui uma cavidade preenchida por fluido, mais frequentemente encontrada no úmero ou fémur proximais. Origina-se na metáfise adjacente à fise, progredindo para a diáfise com o crescimento ósseo. Podem ser classificados como ativos ou latentes consoante estão ligados ou não à fise. A maioria é assintomática, usualmente descobertos acidentalmente em exames imagiológicos ou após trauma menor como fratura patológica.

Material e métodos

Os autores apresentam dois casos clínicos. Rapariga de 11 anos, antecedentes de Doença de Legg-Calves-Perthes à esquerda, observada por traumatismo da anca ipsilateral após queda da própria altura. Rapaz de 13 anos admitido por traumatismo da anca direita após queda de um baloiço. Ambos apresentavam coxalgia e impotência funcional. Radiologicamente, diagnosticados com fratura patológica subtrocantérica trans-QOU. No primeiro caso foi realizada curetagem com colocação de enxerto autólogo de crista ilíaca e redução aberta e osteossíntese com placa DMS pediátrico. A segunda criança foi submetida a encavilhamento endomedular retrógrado com duas cavilhas elásticas de titânio.

Resultados

O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Com 24 e 48 meses de seguimento respetivamente, apresentam-se assintomáticos e a deambular sem apoio externo.

Discussão

Ambas as fraturas ocorreram por fragilidade óssea provocada pelo QOU. Na faixa etária referida, o tratamento de uma fratura subtrocantérica deverá ser cirúrgico com vista a manter o comprimento e o alinhamento do membro inferior, permitindo uma mobilização e carga precoces. O encavilhamento endomedular elástico reúne as vantagens de uma técnica minimamente invasiva. A osteossíntese com placa é uma opção em fraturas mais instáveis e proximais, em crianças obesas ou mais velhas.

Conclusão

Frequentemente, o QOU pode expandir e fragilizar o osso adjacente sendo diagnosticado após fratura. Neste contexto de fratura subtrocantérica e de acordo com a faixa etária, existem vários tratamentos cirúrgicos possíveis com bons resultados a longo prazo.

❖ P7

Condromatose sinovial do joelho num adolescente – A propósito de um caso clínico

Pedro Rosário, Patrícia Rodrigues, André Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes
Hospital Dona Estefânia, Lisboa e Centro Hospitalar Barreiro-Montijo

Objectivo

Apresentamos um caso de um doente do sexo masculino, tratado na nossa instituição com o diagnóstico de Condromatose Sinovial do joelho.

Métodos

Doente de 17 anos, género masculino, sem antecedentes relevantes, observado em contexto de urgência por quadro álgico do joelho direito com 1,5 meses de evolução, associado a derrame intra-articular, sinais inflamatórios e bloqueio do joelho, sem história de trauma. A RM demonstrou volumoso derrame articular tricompartmental associado a sinovite. Foi submetido a artroscopia do joelho que demonstrou a presença de múltiplos corpos livres cartilagosos de pequena e média dimensão (2-8mm) distribuídos uniformemente pelo espaço intra-articular, associado a hiperplasia da sinovial e lesão condral GI/II da tróclea do côndilo medial. Foi realizada remoção dos corpos livres encontrados e tratamento circunscrito da lesão condral. O estudo anatomo-patológico confirmou o diagnóstico de Condromatose Sinovial do joelho.

Resultados

No pós operatório o doente foi imobilizado com joelheira gessada em extensão e carga parcial, com retorno à carga total assim que tolerou. Mantem follow-up (2º mês) com melhoria clínica do joelho, apresentado ainda um défice de extensão de 10º, sem aparentes défices de flexão e sem episódios de novos bloqueios.

Conclusão

O tratamento artroscópico na condromatose sinovial do joelho apresenta bons resultados, com uma baixa morbilidade e rápida reabilitação dos doentes.

Relevância

A condromatose sinovial é uma patologia articular benigna e rara de etiologia desconhecida. Tem havido debate sobre o tipo de cirurgia (Artroscopia Vs Artrotomia) na remoção dos corpos livres, não havendo estudos na literatura que demonstrem evidência de uma em favor da outra. O diagnóstico é de exclusão e deve ser complementado com o exame anátomo-patológico do tecido sinovial e dos fragmentos removidos.

❖ P8

Malformação de Chiari e instabilidade cervical alta – a propósito de um caso clínico

André Santos de Barros, Catarina Pereira, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Jordão, João Campagnolo, Jorge Mineiro
Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Objectivo

Reportar o caso de uma malformação de Chiari com instabilidade cervical alta, complicado de hemiparésia

Métodos

Apresentamos um adolescente de 15 anos, com antecedentes de prematuridade e macrocrania por dilatação ventricular, admitido por um quadro indolente de hemiparesia associado a cansaço para pequenos esforços. A RMN documentava uma malformação de Chiari tipo I - platibasia (ângulo basal - 129°), invaginação basilar da odontoide, e amígdalas cerebelosas herniadas a C1 (15mm), resultando num apagamento total do LCR no buraco occipital; associava-se a siringomielia C2-D11.

Baseando-se numa possível compressão cervical alta posterior, típica nestes casos, foi submetido a craniectomia da fossa posterior, laminectomia C1 e duroplastia, pela Neurocirurgia. O quadro clínico neurológico terá agravado no pós-operatório precoce em resultado da realização da RMN de controlo num incorreto posicionamento cervical em hiperflexão.

Resultados

Em discussão multidisciplinar com a Ortopedia, e perante a instabilidade cervical alta com compressão anterior que apresentava, optou-se pela revisão cirúrgica – primeiro com estabilização com halo em hiperextensão, seguido de descompressão por odontodectomia por via endonasal, o que resultou na recuperação neurológica gradual. Procedeu-se a flexão cervical progressiva de acordo com tolerância, e em terceiro tempo, já em posição anatómica, realizou-se a fixação occipito-cervical (C0-C4), com resolução praticamente completa dos défices neurológicos.

Conclusão

A malformação de Chiari é um defeito congénito occipitocervical caracterizado pela herniação caudal do romboencefalo pelo forâmen magno. Recentemente tem-se teorizado que esta malformação estaria associada a uma instabilidade primária atlanto-axoideia, postulando-se até relação de causalidade entre ambas. O caso apresentado reforça uma possível relação entre estas entidades – exigindo um tratamento focado não só na descompressão, mas atento à possível necessidade de estabilização.

Relevância

Alertamos para o diagnóstico desta patologia, nomeadamente na sua associação à instabilidade atlantoaxoideia, facilmente sub-identificada. Reforçamos também a mais-valia da abordagem multidisciplinar Neurocirúrgica e Ortopédica no tratamento destes doentes.

❖ P9

Osteotomia valgizante de adição da tíbia para correção de varo por epifisiodese distal interna pós-traumática

Frederico Paiva, Marta Santos Silva, Pedro Mota, João Moura, Filipe Monteiro, Luis Barros, Armando Campos, Ângelo Encarnação
Centro Hospitalar do Porto

Introdução

As lesões na fise da tíbia distal são as segundas mais frequentes na placa de crescimento, apenas atrás das do rádio distal. As consequências destas lesões podem ser as deformidades angulares ou a discrepância no comprimento da perna.

Caso Clínico

Rapaz de 10 anos vítima de acidente de viação em Janeiro de 2013 com traumatismo do tornozelo esquerdo. Radiografia revelou na altura fratura-epifisiólise grau II de Salter-Harris da tíbia distal. Submetido a cirurgia no dia seguinte com redução aberta fixação com 3 fios e posterior colocação de tala gessada. Extração do material 4 semanas após cirurgia. Boa evolução no pós-operatório imediato. Constatada em Consulta Externa após 1 ano epifisiodese interna com varização da tíbia. Reintervencionado em Fevereiro de 2018 para correção da deformidade. Submetido a osteotomia do perónio e osteotomia de adição e valgização da tíbia com o fragmento do perónio e enxerto da crista ilíaca homolateral e posterior fixação com 2 fios K cruzados.

Discussão

O tratamento correto das fraturas do tornozelo em crianças depende da localização da fratura, do grau de desvio e da idade da criança. As fraturas de Salter-Harris tipo II podem ter um mau prognóstico para o crescimento se a lesão ocorreu com alta energia. A deformação em varo é uma maneira comum de descobrir a epifisiodese neste local.

Conclusão

A lesão de Mac Farland e a lesão de tipo Salter-Harris II conduzem à epifisiodese com mais frequência do que qualquer outra fratura distal da tíbia. É importante o acompanhamento frequente das lesões distais da fise tibial, a fim de detectar a paragem do crescimento precoce, facilitando assim a cirurgia corretiva.

❖ P10

Uma causa pouco conhecida de deformidade de Madelung

Mariana Capela, Miguel Frias, Juliana Maciel, Susana Aires Pereira, Rosa Arménia Campos, Jorge Sales Marques, Mafalda Santos

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia

Introdução

As mutações do gene SHOX são uma causa frequente de baixa estatura isolada ou familiar, cuja gravidade clínica pode ser muito variável. A deformidade do punho (deformidade de Madelung) é a alteração mais característica de doentes com haploinsuficiência do gene SHOX. O tratamento com hormona do crescimento pode aumentar a estatura final do adulto, não estando associado a agravamento da deformidade de Madelung.

Caso clínico

Descreve-se o caso de uma criança de 6 anos, sexo masculino, seguido em consulta de Pediatria por baixa estatura e atraso global do desenvolvimento psicomotor. Da investigação realizada, de salientar, cariótipo normal, estudo molecular para Síndrome X-frágil negativo, ressonância magnética cerebral e estudo endócrino-metabólico sem alterações. Orientado para consulta de Ortopedia Pediátrica em 2014 por apresentar ao exame objetivo discreta limitação bilateral da extensão dos cotovelos. Na radiografia apresentava alterações na morfologia do rádio distal que se apresentava curto, encurvado e com epífise larga, sugerindo deformidade de Madelung. Foi solicitado o estudo molecular do gene SHOX que revelou uma deleção regulatória do mesmo. A criança não apresentava história familiar de baixa estatura ou deformidades dos membros, tendo sido confirmado o estado de portador de deleção do gene SHOX em ambos os progenitores. Atualmente apresenta estatura de 107,5cm (Percentil 3-10), velocidade de crescimento de 6,3cm/ano e relação segmento superior/inferior de 1,1. A estatura alvo familiar é de 170,5cm (P10-25). Mantém seguimento em consulta de Desenvolvimento, Endocrinologia Pediátrica e Ortopedia Pediátrica e aguarda neste momento aprovação para tratamento com hormona de crescimento por parte da Comissão Nacional de Normalização da Hormona de Crescimento.

Conclusões

A presença ao exame físico de deformidade de Madelung em crianças com baixa estatura é altamente sugestiva de haploinsuficiência do gene SHOX, pelo que o exame físico cuidadoso é essencial na abordagem destas crianças. O diagnóstico é clínico e radiológico, sendo confirmado por estudo genético. O estudo genético deve ser realizado de forma sistemática a crianças com deformidade de Madelung, especialmente quando associada a baixa estatura. O autores pretendem alertar para uma entidade pouco conhecida, em cujo diagnóstico precoce pode ter implicações terapêuticas.

❖ P11

Manifestações músculo-esqueléticas da hemofilia – espectro imagiológico

1Natacha Abreu, 1Maria Ana Serrado, 2Pedro Alves

1Hospital Central do Funchal (SESARAM), 2Hospital de D. Estefânia (CHLC), Lisboa

Objectivos

Exibir as diversas alterações músculo-esqueléticas que ocorrem na hemofilia, em particular na criança, cujas particularidades anatómicas e funcionais colocam desafios diagnósticos singulares. Discriminar o contributo das diferentes técnicas de imagem na identificação/caracterização das lesões músculo-esqueléticas específicas da hemofilia.

Métodos

Com recurso ao arquivo digital de imagens (PACS), ilustram-se casos de artropatia hemofílica em diferentes fases evolutivas, alterações dos tecidos moles e musculares e a sua apresentação nas diferentes técnicas de imagem, especificando o contributo e limitações de cada técnica no diagnóstico.

Resultados

A hemartrose surge anecogénica ou com alguns ecos internos dependendo da evolutividade da hemorragia. Áreas de sinal doppler confluentes no sinóvio indiciam risco de resangramento e quando presentes no derrame, sugerem hemorragia activa. A hemossiderina deposita-se de formas diversas (em bolsas na sinovial, imiscuindo-se com esta ou até em topografia periligamentar). Sendo hipocogénica e com distribuição irregular, é difícil de separar categoricamente da cartilagem subjacente, tipicamente hipocogénica nas crianças, dificultando a aferição da integridade da cartilagem. Na ressonância magnética (RM), aparece com artefactos de susceptibilidade nas sequências de “gradient-echo”, ofuscando a caracterização das restantes estruturas articulares, limitação *major* do uso da RM na doença hemofílica (além da necessidade de sedação). Os pseudotumores são massas expansivas (por hemorragia crónica), que podem ser intra-ósseos ou nos tecidos moles, com aparência complexa na RM e aspectos destrutivos (por vezes com reacção periosteal agressiva). O radiograma tem um papel na artropatia instalada (score de Pettersson).

Conclusão

A afecção músculo-esquelética na hemofilia exige um conhecimento detalhado da fisiopatologia e da correspondente tradução na imagem, que determinarão uma intervenção ajustada ao fenotipo da doença, em tempo útil.

Relevância

A heterogeneidade fenotípica da hemofilia, condiciona uma imprevisibilidade da sua história natural. A maior expressão da doença ocorre no sistema músculo-esquelético (tropismo intrínseco), sendo o objectivo evitar a artropatia instalada, deformação e limitação funcional a longo prazo.

❖ P12

Fratura-avulsão da tuberosidade anterior da tibia em adolescente-relato de caso clínico

Diogo Soares, Miguel Quesado, Joana Pereira, Francisco Bernardes, Tiago Costa, José Miradouro, Sofia Esteves Vieira, Daniel Lopes, Clyde Viamonte, Jorge Mendes
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel

Introdução

As fraturas-avulsão da tuberosidade anterior da tibia (TAT) em idade pediátrica correspondem a cerca de 1% de todas as lesões epifisárias. Os mecanismos lesionais envolvem forças de aceleração e desaceleração sobre o aparelho extensor ao nível da TAT como a flexão abrupta do joelho com contração do quadríceps. A classificação de *Ogden* permite estratificar estas lesões.

Material e Métodos

Os autores reportam um caso clínico de um adolescente de 14 anos, sexo masculino, que recorreu ao SU por dor e limitação funcional do joelho esquerdo após queda da própria altura com traumatismo do joelho esquerdo em hiperflexão. O RX evidenciou fratura da TAT tipo 2A de *Ogden*. O doente foi submetido a redução cruenta e osteossíntese com 2 parafusos canulados e realizada imobilização com tala gessada crudopodálica em extensão durante 6 semanas, período após o qual iniciou fisioterapia com exercícios de incentivo à mobilização ativa e reforço muscular.

Resultados

O RX de controlo às 4 semanas evidenciou manutenção de redução anatómica da fratura e o Rx de controlo às 6 semanas mostrou evolução favorável para consolidação. Clinicamente o doente recuperou a mobilidade total do arco articular, sem défices de extensão. Após um período de 4 meses de fisioterapia retomou totalmente a prática de exercício físico.

Discussão

O principal obstáculo no tratamento destas lesões relaciona-se com a dificuldade em manter uma redução anatómica da fratura contra a força de tração constante do quadríceps, sem comprometer o processo de normal crescimento. Apesar de raras as complicações citadas na literatura são a síndrome de compartimento (complicação imediata), *genu recurvatum*, a rigidez residual articular e problemas relacionados com a osteossíntese. O diagnóstico e tratamento correto e precoce são essenciais para evitar complicações. Na experiência dos autores a abordagem utilizada permitiu um bom resultado em termos funcionais, com recuperação do arco de mobilidade.

❖ P13

Técnica de alongamento do metatarso com fixação da articulação metatarsofalângica – um caso de braquimetatarsia

Tiago Lino, Pedro Campos, João Barroso, Daniel Castro, Luís Carvalho, Joana Cardoso, António Leite da Cunha

ULS Matosinhos - Hospital Pedro Hispano

Introdução

A braquimetatarsia é uma rara condição congénita ou do desenvolvimento caracterizada por um ou mais metatarsos curtos, sendo o 4º metatarso o mais comum. Os problemas, além da questão estética, são a dor e a dificuldade na utilização de sapatos. A doença tem uma incidência reportada de 0.02% a 0.05%, é mais frequente no sexo feminino (25:1) e pode estar associada a doenças sistémicas como o Pseudohiperparatiroidismo, Síndrome de Turner, Síndrome de Down, Síndrome de Apert, Anemia Falciforme, ou Poliomielite. O diagnóstico é realizado usualmente entre o primeiro ano e o 5º ano de vida e pode ser bilateral em mais de 50% dos casos. Hipoplasia das falanges, braquidactilia ou osteocondromatose podem também estar presentes nestes doentes. As medidas conservadoras não são capazes de corrigir o encurtamento sendo por isso o tratamento cirúrgico o tratamento de escolha podendo-se optar por alongamento agudo com enxerto ósseo ou alongamento gradual (osteogénese por distração).

Caso Clínico

Reportamos um caso de uma menina de 15 anos, saudável, com braquimetatarsia do 4º metatarso em que foi realizado alongamento com recurso a fixador externo e fio de Kirschner transarticular incorporado ao fixador para prevenção de subluxação da articulação metatarsofalângica. O fixador foi retirado após um mês tendo sido alcançados 20 mm de alongamento. O pós-operatório decorreu sem complicações assim como o processo de alongamento. A qualidade de vida da doente melhorou, não tendo agora dificuldade no uso de sapatos, e a cirurgia foi também satisfatória no que diz respeito à questão estética.

Discussão / Conclusão

As vantagens da distração gradual sobre o alongamento agudo são o risco limitado de lesão neurovascular, não necessitar de colheita de enxerto e permitir alongamentos maiores. Por outro lado, como desvantagens destacam-se o maior tempo necessário para a consolidação, infecção dos pinos, subluxação ou desvio axial da articulação metatarsofalângica, e ainda rigidez articular. A maioria dos autores recomenda o uso do fio K transarticular, e a incorporação do fio K no fixador permite estabilizar a articulação metatarsofalângica prevenindo a subluxação.

❖ P14

Redução minimamente invasiva com balão de osteoplastia no tratamento de fratura epifisária da tibia

Cláudia de Oliveira(1), Susana Ramos (2) , Mónica Thusing (3), Manuel Cassiano Neves (4)

((1) Hospital do Litoral Alentejano, (2,3,4) Hospital CUF Descobertas

Na população pediátrica as fraturas epifisárias da tibia são entidades clínicas extremamente raras e apresentam-se sobretudo em rapazes entre os 13 e 16 anos de idade, e normalmente associadas a estiramento ligamentar ou contração brusca do aparelho extensor. Apresentamos um caso clínico de um jovem de 13 anos de idade portador de hiperlaxidão ligamentar e valgismo dos joelhos (distância intermaleolar de 7 dedos) que em Agosto de 2016 sofreu queda de bicicleta com mecanismo em valgo e hiperextensão do joelho direito. Observado no Serviço de Urgência apresentava um quadro de dor e impotência funcional do joelho que se encontrava aumentado de volume e com radiografia negativa para fraturas. Neste caso particular, e na ausência de sinais radiográficos, foi a manutenção das queixas que levou a suspeita da fratura que foi confirmada por TAC e RM, mostrando um afundamento anterior e central de cerca de 8 mm (fratura da tibia proximal tipo III de Schatzker). Trata-se de uma situação rara, não descrita na literatura, de difícil diagnóstico requerendo um índice de suspeição elevado.

O tratamento cirúrgico desta lesão também coloca alguns desafios devido a presença da cartilagem de conjugação e risco da sua lesão.

Descreve-se o tratamento cirúrgico utilizando um balão expansor, convencionado para tratamento de cifoplastias por afundamento vertebral, e preenchimento com enxerto associado a colocação de *eight plate* bilateral na metáfise distal interna de ambos os fémures para correção do valgismo. O resultado anatómico e funcional foi excelente

Com a apresentação deste trabalho pretende-se chamar a atenção para a possibilidade de novas apresentações de lesões traumáticas na criança e adolescente e uma nova técnica cirúrgica, fácil de reproduzir, minimamente invasiva, eficiente e que não invade a cartilagem de crescimento.

❖ P15

Tromboembolismo pulmonar após encavilhamento do fêmur na criança – a propósito de um caso clínico

Joana Monteiro Pereira, José Miradouro, Marcos Silva, João das Dores Carvalho, Hélder Nogueira, Diogo Santos Robles, Jorge Alves
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel

Doente do sexo masculino, obeso, 12 anos de idade, deu entrada no SU após queda de 4 metros de altura.

A nível de antecedentes familiares apresentava consanguinidade entre os pais. Mãe faleceu aos 41 anos por AVC.

À entrada, apresentava coxalgia direita e incapacidade funcional. Imagiologicamente apresentava uma fratura transversa mediodiafisária do fêmur direito, que foi tratada cirurgicamente - redução incruenta, encavilhamento retrógrado com varetas flexíveis de titânio e imobilização com tala gessada cruro-podálica.

No 1º dia pós-operatório, o doente desenvolveu um quadro súbito de dispneia, cianose labial, mau estar geral e saturação de O₂ de 60% em aa, que reverteu de imediato com O₂ a 10L/min. Foi colocada a hipótese de TEP pelo que foi pedido um TC helicoidal.

No TC helicoidal foi visualizado um êmbolo na artéria pulmonar que confirmou o diagnóstico de TEP, tendo iniciado enoxaparina 40mg 12/12h.

A fratura consolidou clínica e radiologicamente aos 3 meses, com total recuperação funcional. A anticoagulação oral com varfine prolongou-se por 6 meses.

A incidência de TEP em doentes pediátricos, segundo a literatura, ronda os 0,9/100.000/ano. Cateteres, síndrome de anticorpo antifosfolípideo, CID, cirurgia, imobilização prolongada, predisposição familiar para a trombofilia, tumores e síndrome nefrótico são as causas mais frequentes de TEP em crianças.

Embora raro, o TEP ocorre em crianças, com uma morbi-mortalidade importante, tornando-se indispensável o diagnóstico e a instituição de um tratamento correto.

Após uma revisão da literatura não foi possível identificar casos de TEP em idade pediátrica após encavilhamento do fêmur com varetas flexíveis de titânio.

A utilização de heparina em dose terapêutica com posterior anticoagulação oral durante 6 meses, permitiu a resolução dos sinais e sintomas do TEP assim como impediu a ocorrência de novos episódios tromboembólicos.

Os autores enfatizam a importância dos eventos tromboembólicos após a cirurgia ortopédica, mesmo em idade pediátrica, e a necessidade de um correto tratamento, permitindo uma correta orientação de uma patologia rara e sem guidelines específicas.

❖ P16

Fratura-avulsão da espinha tibial – a propósito de um caso clínico

Rita Sousa¹, Marta Maio¹, Pedro Teixeira Mota², Rita Sapage¹, Carlos Branco¹, Bruno Pereira Barbosa¹, Ricardo Geraldês¹

1 Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal; 2 Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Chaves

Introdução

A fratura-avulsão da espinha tibial é uma lesão pediátrica rara (<2% de todas as lesões do joelho), sendo mais frequente entre os 8 e os 14 anos. Em 40% dos casos associa-se a lesão capsular, meniscal, dos ligamentos colaterais e fraturas osteocondrais.

O mecanismo de lesão mais frequente é a queda com o joelho em hiperflexão, combinada com rotação externa em valgo. Fraturas por traumatismo direto são raras.

A classificação baseia-se nos estudos de Meyer e McKeeever, modificada posteriormente por Zaricznjy.

Material e Métodos

EMC, sexo feminino, 11 anos, é trazida ao Serviço de Urgência por gonalgia intensa à esquerda, edema e impotência funcional, após queda.

Imagiológicamente apresentava fratura-avulsão da espinha tibial anterior tipo III.

Resultados

Submetida a fixação interna com parafuso esponjoso de 18mm por via artroscópica. Manteve imobilização com tala de DePuy e deambulação sem carga com apoio externo durante 4 semanas. Iniciou carga parcial a progredir e tratamento fisioterápico após.

Seguimento aos 6 meses sem intercorrências, sem dor ou atrofia muscular, com discreto déficit de flexão ativa (5-10°) e extensão ativa (5°), reversíveis passivamente. Ao primeiro ano de pós-operatório sem défices, com arcos de mobilidade completos e simétricos.

Discussão e Conclusão

O tratamento cirúrgico deste tipo de fraturas está indicado nos tipos II não redutíveis com tratamento conservador, III e IV. Pode ser feito por via aberta ou artroscópica, sendo o método de fixação (suturas e/ou parafusos, âncoras, fios de Kirschner) decidido pela preferência do cirurgião e grau de cominuição da fratura. A fixação deve evitar a placa de crescimento e tem como objetivos a restauração do arco de mobilidade normal e a mobilização precoce.

Reportam-se como complicações destas fraturas a diminuição do arco de mobilidade, a artrofibrose, a laxidez do ligamento cruzado anterior (geralmente clinicamente não significativa), a não consolidação, e alteração iatrogénica do crescimento.

❖ P17

Raro Caso de Síndrome da Artéria Mesentérica Superior Pós-correção de Escoliose

Luis Henrique Barros, Marta Santos Silva, Pedro Mota, Filipe Medeiro, João Moura, Frederico Paiva, Ângelo Encarnação
Centro Hospitalar do Porto, Porto

Objetivo

Descrever raro caso de uma doente com síndrome de artéria mesentérica superior (SAMS) pós-correção de escoliose.

Métodos

Doente sexo feminino, 15 anos, com índice massa corporal (IMC) de 23,02 Kg/m². seguida na consulta externa de ortopedia por escoliose dorso-lombar dextro-convexa, apresentando ao exame clínico uma Giba de 4 cm e radiograficamente um ângulo de Cobb de 65°.

Resultados

Cirurgia de correção de escoliose com instrumentação posterior de D2-L3, sem intercorrências, com correção do ângulo de Cobb para 11°. Pós-operatório imediato sem complicações, com alta 4 dias após cirurgia. Já no domicílio, inicia quadro de náuseas e vômitos biliares intermitentes com anorexia, recorrendo ao serviço de urgência 12 dias após cirurgia. A doente apresentava perda ponderal na ordem dos 11,5%, IMC de 20 Kg/m², e desconforto à palpação do epigastro. Do estudo efetuado, a TC demonstrou artéria mesentérica superior com origem em ângulo muito agudo da aorta abdominal com conseqüente compressão da 3ª porção do duodeno. Foi internada e iniciou tratamento médico com colocação de sonda naso-jejunal com o objetivo de conseguir ganho ponderal de forma a promover a recuperação do tecido adiposo retroperitoneal e, conseqüentemente, aumentar o ângulo aorto-mesentérico. O internamento decorreu sem complicações: iniciou alimentação oral a partir do 18º dia com boa tolerância alimentar, com ganho ponderal semelhante ao que tinha perdido previamente. Teve alta ao 28º dia de internamento assintomática e com IMC: 23.02Kg/m².

Conclusão

As alterações anatómicas associadas à correção de escoliose e a perda ponderal peri-operatória podem ser responsáveis pela ocorrência de SAMS. É necessário um elevado grau de suspeição para o diagnóstico desta patologia.

Relevância

Alertar para possibilidade de ocorrência de SAMS após correção de escolioses com curvas significativas, principalmente em doentes magros ou com perda ponderal acentuada após intervenção cirúrgica.

❖ P18

Deformidade tridimensional do úmero pós artrite séptica – Desafios do tratamento cirúrgico

Micael Belo, Diogo Ramalho, Joana Teixeira, Raquel Carvalho, Marco Sarmento, Graça Lopes
CHLN – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Introdução

As infeções intra-articulares do ombro em idade pediátrica representam 3-5% de todas as infeções articulares. Com clínica frustrante e diagnóstico tardio, o atraso da intervenção cirúrgica, potencia o risco de deformidades da epífise, necrose avascular, osteomielite e encerramento prematuro da fise, resultando encurtamento ou desvios angulares e contratura articular com limitação da mobilidade articular.

Embora as dismetrias do membro superior sejam bem toleradas, os benefícios do alongamento e correção multiaxial em deformidades significativas estão amplamente descritas na literatura.

Caso Clínico

Os autores descrevem um caso de uma criança de 7 anos, género feminino, observada em consulta por encurtamento, deformidade tridimensional e osteonecrose da epífise proximal do úmero, alegadamente secundária a artrite séptica do ombro complicada de osteomielite do úmero proximal aos 6 meses de idade.

Clinicamente com limitação da amplitude articular condicionando uma limitação nas atividades da vida diária. A dismetria foi quantificada em 8,7cm. Submetida a corticotomia de alongamento com osteotaxia externa monolateral, tendo iniciado distração 7 dias após a cirurgia ao ritmo de 1mm/dia, com alongamento total de 7,5cm, e um healing index de 24dias/cm. Por manutenção de deformidade residual em rotação interna, aos 9 anos procedeu-se a libertação capsular anterior do úmero e tenotomia do subescapular via artroscópica, seguido de osteotomia desrotativa externa do úmero, complicada de neuropraxia transitória do nervo radial. Follow-up aos 10 anos com bom alinhamento e arco de mobilidade.

Conclusão

A corticotomia de alongamento com osteotaxia externa monolateral, apesar da elevada taxa de complicações, é um método adequado no tratamento de deformidades tridimensionais do úmero. Além de bem tolerada, permite uma boa mobilidade das articulações circundantes, contrariamente ao fixador externo circular. Na presença de deformidades residuais passíveis de correção, a osteotomia desrotativa juntamente com a libertação de partes moles via artroscópica constitui uma boa alternativa com bons resultados funcionais e uma melhoria da amplitude articular.

❖ P19

Coxa Vara Congénita em Displasia Cleidocrâneana

João Gonçalves, Sara Monteiro, Emanuel Homem, Pedro Amaral, Fernando Carneiro, Jorge Seabra, António Rebelo

Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada

Introdução

Coxa Vara é uma alteração anatómica que se define por uma diminuição do angulo céfalo-diafisário (ACD) do fémur inferior a 120°. O ângulo epifisário de Hilgenreiner (AEH) é extrema importância para a decisão terapêutica entre uma abordagem conservadora ou cirúrgica. A etiologia pode ser congénita, adquirida e de desenvolvimento. Dentro das etiologias congénitas encontra-se inserida a displasia Cleidocrâneana, que se caracteriza por um conjunto de alterações esqueléticas num espectro que abrange desde a tríade clássica (encerramento tardio das fontanelas cranianas, clavículas hipoplásicas ou aplásicas e anormalidades dentárias) a formas ligeiras e moderadas/graves com envolvimento de outras estruturas ósseas. Descreve-se um caso clínico de uma criança de 8 anos de idade com Displasia Cleidocrâneana e Coxa Vara Congénita bilateral. Clinicamente apresentava obesidade, dificuldades de locomoção (principalmente subir/descer escadas) hipermobilidade articular e marcha “de pato”. Apresentava um AEH e ACD de sensivelmente 90° bilateralmente.

Foi realizada Osteotomia de Valgização bilateral no mesmo tempo operatório associado a imobilização gessada (pelvicruropodálica) durante 8 semanas, sem intercorrências. O AEH pós-operatório foi de 42° esquerda e 41° direita. O ACD foi aproximadamente de 120° à esquerda e 138° direita.

Ao quarto ano de pós-operatório por falência de 2 parafusos à esquerda fora submetida a extracção de material de osteossíntese e recolocação de novo parafuso canulado.

Ao décimo ano de pós-operatório encontra-se clinicamente bem e sem queixas.

Conclusão: A Osteotomia de Valgização é de significativa importância para a correção da Coxa Vara com objectivo de melhorar a marcha e a biomecânica da articulação coxofemoral.

❖ P20

Recidiva atraumática de dedo em colo de cisne na criança saudável – caso clínico

Ricardo Araújo Ferreira, Inês Mafra, Carolina Escalda, Ana Sofia Neves, David Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah

Hospital Garcia de Orta, Almada; Centro-Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro

Introdução

A deformidade do dedo em colo de cisne (DCN) caracteriza-se pela hiperextensão da articulação interfalângica proximal (IFP) associada a flexão da interfalângica distal (IFD). É muito rara em idade pediátrica e está geralmente associada a patologia neuromuscular crónica. É ainda menos frequente em crianças saudáveis e sem história de traumatismo.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um rapaz saudável de 14 anos (F.A.S.L.) com queixas e clínica compatível com recidiva atraumática de deformidade em colo de cisne do 2º dedo da mão esquerda. Um ano antes, também por DCN atraumático tinha sido submetido a estabilização da IFP em flexão com fio de Kirschner durante 6 semanas e boa evolução clínica, tendo ficado assintomático.

Tratamento

Por se tratar de uma recidiva foi submetido a abordagem palmar, constatando-se a integridade do aparelho flexor. Foi feita plicatura com reinserção distal da placa palmar por âncora e reforço com hemitenodese do flexor superficial dos dedos com a sua banda cubital, após reparação da poleia A4. Manteve imobilização em flexão de 30º da IFP com tala posterior durante 6 semanas. Após 2 meses, apresentava défice de amplitude de movimento, tendo realizado fisioterapia com boa evolução. Após 4 meses, encontrava-se sem dor, mantendo no entanto défice de flexão de cerca de 20º.

Discussão

Apesar de para os casos de DCN por doença neuromuscular nomeadamente em crianças com Paralisia Cerebral, estarem descritos vários métodos de tratamento, a literatura sobre DCN em crianças saudáveis é reduzida. O entendimento biomecânico da alteração estrutural deve orientar o tratamento, e neste caso, a hiperlaxidez palmar foi identificada e corrigida com sucesso clínico.

Conclusão

Apresentamos uma patologia rara em idade pediátrica, para a qual não está padronizada uma abordagem terapêutica consensual. Nos casos idiopáticos em que o tratamento conservador se revela ineficaz, as opções cirúrgicas disponíveis devem ser equacionadas de acordo com as alterações biomecânicas identificadas.

❖ P21

Tratamento cirúrgico de fratura-avulsão da espinha ilíaca ântero-inferior no adolescente – caso clínico

Ricardo Araújo Pereira, Inês Mafra, Carolina Escalda, Ana Sofia Neves, David Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah

Hospital Garcia de Orta, Almada; Centro-Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro

Introdução

As fraturas-avulsão das apófises pélvicas ocorrem tipicamente com contração da unidade musculotendinosa em atletas masculinos com cartilagens de crescimento abertas, entre os 14 e 17 anos. Em cerca de 33% dos casos a fratura localiza-se na espinha ilíaca ântero-inferior (EIAI) e são frequentemente subdiagnosticadas podendo ser fonte de dor crónica e de conflito fémuro-acetabular. O tratamento é, na maioria dos casos, conservador.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um rapaz de 14 anos (P.M.I.R.) que após um movimento de flexão forçada da coxa ao pontapear uma bola, iniciou quadro de dor e limitação funcional. Foi-lhe diagnosticada uma fratura-avulsão da EIAI, com cerca de 12mm de diástase.

Tratamento

Foi submetido a tratamento cirúrgico com abordagem anterior, redução cruenta e fixação com 2 parafusos canulados 4.5mm. Teve alta com indicação para carga parcial e repouso. A evolução clínica e radiológica foi favorável. Após 3 meses, encontrava-se sem dor, tendo sido permitido o regresso gradual a atividade física, e sem limitações a partir dos 6 meses. Após 11 meses encontrava-se sem queixas e sem défices de amplitude, tendo sido proposto para extração de material, dada a idade jovem do doente.

Discussão

Embora a opção pelo tratamento conservador seja a mais frequente, a literatura referencia resultados clínicos estatisticamente superiores associados ao tratamento cirúrgico, principalmente nos casos que apresentam diástase superior a 15mm. A osteossíntese com parafusos é o método mais utilizado, embora estejam descritas técnicas com fios de Kirschner e placa e parafusos.

Conclusão

Num contexto de aumento do número de atletas federados em idade pediátrica, apresentamos o resultado do tratamento cirúrgico de uma patologia rara, de abordagem tradicionalmente conservadora. A literatura, apesar de reconhecer a eficácia de ambas as abordagens, sugere melhores resultados associados ao tratamento cirúrgico, com maior percentagem de doentes que regressa à atividade desportiva sem limitações, menor tempo de recuperação e menos complicações associadas.

❖ P22

Tratamento conservador em fratura-epifisiólise desviada do úmero proximal na criança. Uma decisão nem sempre fácil

Ricardo Araújo Ferreira, Inês Mafra, Carolina Escalda, Ana Sofia Neves, David Pinto, Tiago Coelho, Diogo Gaspar, Jean-Michel Fallah

Hospital Garcia de Orta, Almada; Centro-Hospitalar Barreiro-Montijo, Barreiro

Introdução

As fraturas pediátricas do úmero proximal são raras. A maioria pode ser tratada conservadora mesmo existindo desvio importante. Nas fraturas muito desviadas em pré-adolescentes a abordagem não é consensual mesmo quando a remodelação seja expectável.

Caso clínico

Apresentamos o caso de um rapaz de 11 anos (A.P.C.E.), com diagnóstico de fratura-epifisiólise tipo II de Salter-Harris do úmero proximal direito, com desvio significativo e sem aparente contacto ósseo entre epífise e metáfise, classificável como um grau IV de Neer-Horwitz.

Tratamento

Foi feita imobilização com um gesso pendente; a redução conseguida apresentava desvio sagital e coronal, recurvatum de 40° e varo de 60°; no entanto a avaliação ecográfica demonstrou continuidade periosteal. Após 4 semanas foi removido o gesso pendente. A consolidação clínica e radiológica foi atingida às 6 semanas e a criança retomou a sua atividade habitual, com atividades desportivas após 12 semanas, nessa altura sem défices de amplitude. Após 10 meses, persistia uma deformidade clínica e varo de 30°. Na reavaliação anual, verificou-se remodelação extensa e correção progressiva do recurvatum e varo. Após 3 anos, a criança encontrava-se assintomática e com deformidade residual.

Discussão

As fraturas do úmero proximal são na sua maioria tratadas por técnicas conservadoras. O tratamento cirúrgico é determinado pelo desvio e pelo potencial de remodelação. Embora as fraturas em crianças até aos 10 anos sejam geralmente tratadas conservadoramente independentemente do desvio, não existe consenso quer nos casos de crianças mais velhas e adolescentes, quer em fraturas com desvio marcado classificáveis como tipos III e IV de Neer-Horwitz. A literatura referencia o tratamento cirúrgico e o tratamento conservador como aceitáveis, relatando bons resultados para ambas as abordagens.

Conclusão

Apresentamos um caso de difícil decisão e gestão das expectativas dos pais, num doente pré-adolescente com uma fratura muito desviada e com deformidade marcada; a remodelação extensa permitiu uma redução anatómica e um excelente resultado funcional.

❖ P23

Consulta de Neuro-Ortopedia Infantil – experiência de um centro de referência

Maria Filomena Cardoso¹, Joana Ovidio²; João Lameiras Campagnolo²

¹Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta EPE, Almada; ²Serviço de Ortopedia, CHLC - Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Em 2006 foi criada a consulta de Neuro-Ortopedia infantil num hospital central, com o propósito de abordar crianças com patologia neurológica e ortopédica complexa, decorrendo na presença de um grupo de ortopedistas, neurologistas e fisiatras.

Realizou-se um estudo retrospectivo, observacional e descritivo, cujo principal objetivo era conhecer e analisar as particularidades da população seguida nesta consulta, no período de um ano. Foram consultados os processos clínicos relativos às consultas realizadas (n=75) entre Fevereiro 2017-Janeiro 2018. Excluíram-se as crianças que não compareceram à consulta agendada nesse período (n=14). Efetuaram-se 42 primeiras consultas (56%), a maioria por referenciação da consulta de Neurologia ou Ortopedia.

Verificou-se um predomínio do sexo masculino (65%), idade mediana de 11 anos e mais de metade (53%) proveniente de outros distritos. Dezanove crianças tinham nascido prematuras (26%).

As principais entidades nosológicas observadas foram a paralisia cerebral (37,5%), síndromes polimalformativas (17%) e espinha bífida (14%). Nos restantes casos (23%), destacaram-se as doenças neuromusculares familiares, neurodegenerativas e metabólicas.

As crianças com paralisia cerebral tinham um GMFCS médio de 3; 70% apresentava tetraparésia, que era de tipo espástico em 84% dos casos. Neste grupo, 75% já tinha sido submetido a toxina botulínica e 75% tinha pelo menos uma proposta cirúrgica.

Na globalidade da amostra, a sintomatologia ortopédica afetava sobretudo o pé (61%), anca (31%) e coluna (17%), e em mais de metade dos casos (56%) foi proposta a realização de cirurgia ortopédica.

Além das complicações osteoarticulares, 93% apresentava outras co-morbilidades, as mais frequentes: atraso do desenvolvimento psicomotor (53%), epilepsia (35%) e patologia oftalmológica (15%).

Admitimos que a intervenção multidisciplinar é essencial para melhorar a qualidade de vida das crianças com patologia neuro-ortopédica importante. Assim, através de uma abordagem global e integradora do ponto de vista médico e cirúrgico, evitamos a multiplicação de consultas, reduzindo custos e garantindo maior conforto às famílias.

❖ P24

Descolamento epifisário do fêmur distal

Renato Ramos, Henrique Sousa, Rita Grazina, Andreia Ferreira, Francisco Almeida, Mafalda Santos
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E., Vila Nova de Gaia

Introdução

A fratura-descolamento epifisário do fêmur distal é rara, mas potencialmente devastadora. Estas lesões obrigam a um exame neurovascular cuidadoso, sobretudo quando apresentam desvio.

O síndrome de Coffin-Lowry é uma causa genética de atraso de crescimento e desenvolvimento psicomotor, causado por mutação do gene RPS6KA3. Associa-se a diversas alterações esqueléticas, nomeadamente a cifoescoliose progressiva e o *pectus carinatum/excavatum*, e a dificuldades na marcha. A mutação deste gene provoca osteopenia em modelos animais.

Relato do caso

Os autores apresentam o caso de um rapaz de 8 anos, com Síndrome de Coffin-Lowry, seguido em consulta de Ortopedia Pediátrica por cifoscoliose e alterações da marcha, medicado com valproato de sódio e clonazepam. Foi trazido ao serviço de urgência por queda da própria altura com traumatismo do joelho direito na véspera. Ao exame objetivo apresentava flexo do joelho e derrame articular, sem défices neurovasculares. Realizou radiografia do joelho, identificando-se fratura Salter-Harris tipo I do fêmur distal com desvio.

Quatro horas após a chegada ao SU, foi realizada redução incruenta sob anestesia geral, após uma única tentativa, e fixação com fios de Kirschner. A extração dos fios foi realizada às 6 semanas de pós-operatório. Aos 9 meses, a criança apresentava capacidade para se sentar sem apoio e gatinhar e não apresentava dismetria ou desvios angulares do membro; contudo, apresentava uma barra fisária central.

Conclusão

Os descolamentos epifisários do fêmur distal são lesões graves, com potencial para originar alterações significativas do crescimento do membro. Estas lesões justificam um seguimento prolongado para vigiar eventuais alterações do crescimento longitudinal ou angular do osso. Neste caso, a osteopenia associada ao desuso, à medicação, e ao próprio síndrome podem ter contribuído para a ocorrência desta fratura. Crianças com síndrome de Coffin-Lowry colocam desafios adicionais no tratamento destas fraturas pelas dificuldades acrescidas na reabilitação e complicações cardiorrespiratórias decorrentes das alterações esqueléticas.

❖ P25

Fractura da Metáfise Distal da Tíbia associada a uma Epifisiólise Salter Harris tipo II do Perónio Distal – A propósito de um Caso Clínico

Catarina Neto Pereira, André Santos Barros, Francisco Gonçalves, Hugo Fernandes, Pedro Rosário, Joana Ovidio, Pedro Jordão
Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Objectivo

O objectivo deste trabalho é apresentar um caso raro de um adolescente com o diagnóstico de fractura da metáfise distal da tíbia associada a uma epifisiólise Salter Harris tipo II do perónio distal.

Métodos

Adolescente de 14 anos, género masculino, antecedentes irrelevantes, observado em contexto de urgência após traumatismo do membro inferior direito durante um jogo de futebol. O doente apresentava dor, deformidade e incapacidade funcional do tornozelo direito. O estudo imagiológico mostrou fractura da metáfise distal da tíbia com impactação anterior e desvio em *recurvatum* associada a uma epifisiólise Salter Harris tipo II do perónio distal. Foi submetido a redução incruenta e fixação percutânea com 2 fios de *Kirschner* cruzados na tíbia distal e imobilizado com aparelho gessado cruropodálico.

Resultados

O período pós-operatório decorreu sem intercorrências, às 3 semanas retirou o material de osteossíntese e substituiu a imobilização cruropodálica por suropodálica durante mais 3 semanas. Na reavaliação dos 3 meses não apresentava quaisquer queixas, tendo regressado a sua prática desportiva.

Conclusão

As fracturas da metáfise distal da tíbia são geralmente lesões em ramo verde resultantes de forças de compressão ao longo da cortical anterior da tíbia. Estas fracturas também podem ser secundárias a uma força de carga axial com o pé em dorsiflexão, sendo a cortical anterior impactada enquanto o posterior é desviado com rotura do perióstio. A fractura do doente deste caso sai fora dos padrões habituais da fracturas distais da tíbia, uma vez que tem associado uma epifisiólise do perónio distal, o que torna esta fractura mais instável, e motivou a decisão terapêutica cirúrgica.

Relevância

A importância do relato este caso clínico prende-se com o facto desta fractura combinada ser rara, não havendo registo na literatura da sua incidência. Chamando-se a atenção para o sucesso de um tratamento cirúrgico pouco invasivo.

❖ P26

Tacícula invertida após tentativa de redução fechada de fratura-epifisiólise do rádio proximal

Vitor Hugo Pinheiro, Pedro Cardoso, Oliana Tarquini, , João Cabral
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE, Coimbra

Objectivo

Apresentação de caso de tacícula invertida após tentativa da redução fechada de fratura-epifisiólise do rádio proximal.

Métodos

Menino, 9 anos de idade, admitido pela Urgência com dor e impotência funcional no cotovelo direito, após queda da própria altura sobre a mão em extensão, em jogo de futebol. Apresentava recusa à mobilização e derrame articular. Sem défices vasculares ou neurológicos. Observou-se fratura-epifisiólise da tacícula radial na radiografia, com descoaptação completa e angulação de 90°. Sob anestesia geral e com controlo fluroscópico, procedeu-se a redução fechada com manobra de Patterson. Obteve-se aparente alinhamento da tacícula radial e congruência radiocapitelar com aparente estabilidade da redução. Por suspeita de inversão da tacícula radial numa das imagens de fluoroscopia, decidiu-se realizar TC ao cotovelo. Foi realizada imobilização braquialpalmar provisória. A TAC confirmou redução invertida da tacícula radial. Decorridas 24 horas após redução fechada, foi realizada redução aberta por abordagem de Kocher e fixação interna com encavilhamento elástico retrógrado e dois fios de kirschner percutâneos. Imobilizou-se com gesso braquialpalmar. Teve alta após 24 horas orientado para a consulta externa onde retirou a imobilização e os fios de kirschner às 4 semanas, tendo iniciado mobilização ativa progressiva do cotovelo.

Resultados

Aos 3 meses de seguimento apresenta fratura consolidada sem sinais de necrose avascular, com défice de flexão do cotovelo de cerca de 5 graus, pronossupinação completa e indolor, QuickDASH = a 2.

Conclusão

O correto diagnóstico de redução invertida da tacícula radial depende de um elevado índice de suspeição, sendo essencial para o sucesso do tratamento.

Relevância

Na literatura existem poucos casos semelhantes descritos. Este caso mostra que em fraturas da tacícula radial com angulação de 90°, a redução fechada apresenta um elevado risco de inversão da tacícula radial.

❖ P27

Tratamento da luxação da anca na artrogripose – A propósito de um caso clínico

Rita Henriques, Francisco Alves, Diogo Ramalho, Raquel Carvalho, Graça Lopes
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria, Lisboa

Objectivo

A artrogripose multissistémica complexa (AMC) é um síndrome congénito raro associado a múltiplas contracturas articulares com francas repercussões funcionais na criança. A anca é frequentemente envolvida (68-80% dos casos), podendo estar presente subluxação ou luxação teratogénica da mesma, uni ou bilateral, cujo tratamento é controverso. Apresentamos o caso clínico de uma doente de 2 anos com AMC, com pé boto bilateral e luxação unilateral da anca, tratada cirurgicamente.

Métodos

Menina com AMC com pé boto bilateral e luxação congénita da anca direita. Iniciou tratamento de pé boto pelo Método de Ponseti com necessidade de abandono do mesmo por ocorrência de estridor durante a manipulação e gessos. Ocorrência de múltiplas PCR até aos 5 meses de idade no contexto de estenose da traqueia, com necessidade de correção cirúrgica aos 8 meses.

Resultados

Retomou posteriormente tratamento por Método de Ponseti. Aos 14 meses de idade foi operada, tendo sido submetida a tenotomia do Aquiles e correção de luxação congénita da anca direita (com displasia acetabular - índice acetabular:42°). Realizada redução cirúrgica com osteotomia de varização e encurtamento do fémur, sem complicações. Manteve seguimento regular com manutenção da redução coxofemoral. Aos 29 meses de idade apresenta boa evolução com abdução simétrica das ancas, sem dismetria clínica e radiograficamente com remodelação acetabular progressiva (índice acetabular-22°, *center-edge angle*-25°, sem sinais de osteonecrose), tendo iniciado apoio bipodálico e marcha assistida aos 20 meses de idade.

Conclusão

A luxação congénita da anca no contexto de AMC é frequente, estando o tratamento conservador associado a maus resultados funcionais, com aumento progressivo da obliquidade pélvica e escoliose secundária. Nos casos de luxação unilateral da anca é defendido o tratamento cirúrgico, com redução aberta, osteotomias varo-desrotativas e de encurtamento do fémur, por vezes com necessidade de osteotomias acetabulares.

Relevância

O tratamento da luxação congénita da anca associada a artrogripose deve ser iniciado precocemente de modo a melhorar o prognóstico funcional destas crianças.

❖ P28

Descompressão e instrumentação cervical no tratamento de doente com mucopolissacaridose

João Cabral, Pedro Cardoso, José Augusto Costa, Tah Pu Ling
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico, CHUC-EPE, Coimbra

Objectivo

Descrever o impacto na qualidade de vida e estado geral de cirurgia de descompressão e instrumentação occipito-cervical em doente com mucopolissacaridose.

Métodos

Doente de 16 anos, sexo masculino, com mucopolissacaridose tipo IV em tratamento enzimático e seguido em Ortopedia desde infância. Antecedentes de tenossinoviectomia/neurólise do mediano e correcção do valgo dos joelhos (hemiepifisiodese). Em Janeiro/2016 não apresentava queixas nas AVD, adaptadas à patologia de base, sem sintomatologia relacionável com instabilidade cervical. Posicionamento do pescoço sem alterações, sem dores nem contracturas. Rx cervical dinâmico inconclusivo para instabilidade radiográfica.

No decorrer dos 6 meses subsequentes iniciou clínica de cansaço, astenia, letargia e fadiga para distâncias curtas. Por suspeita inicial de deterioração da condição cardíaca, foi avaliado por Cardiologia.

Sendo as radiografias dinâmicas inconclusivas, foi realizada RMN-cervical, revelando estenose do buraco occipital e canalar sobretudo até C2-C3 com estrangulamento medular.

Realizada cirurgia conjunta em Novembro/2016 entre Neurocirurgia e Ortopedia: craniectomia suboccipital, laminectomia C1-C2 e instrumentação occipito-cervical com parafusos às massas laterais/pediculares e placa occipital.

Resultados

No pós-operatório apresentou drenagem resolvida com medidas conservadoras.

Aos 2 meses pós-operatório apresenta melhoria clínica. Destaca-se a maior destreza, resistência e disponibilidade física. Posicionamento do pescoço adequado, com rotações limitadas mas arco de flexão/extensão e rotações eficaz para as atividades do dia-a-dia. Controlo radiográfico sem alterações.

As melhorias foram mantidas e decorridos 14 meses da cirurgia continuava bem, com nível de atividade sobreponível ao descrito na consulta 2 anos antes.

Conclusão

Apesar de ser uma condição frequente na mucopolissacaridose e de estar bem documentada na literatura, as radiografias dinâmicas foram inconclusivas para diagnosticar o problema. Acabou por ser a deterioração do estado geral que despoletou o estudo com RMN e a indicação para cirurgia.

Relevância

Apresentação de um caso clínico em que sinais clínicos de fadiga e astenia foram fundamentais para o diagnóstico de condição ortopédica de estenose cervical.

❖ P29

Lesão de Kaplan em idade pediátrica: redução aberta por via dorsal

João Cabral, Cristina Alves, Inês Balacó, Gabriel Matos

Serviço de Ortopedia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, CHUC-EPE

Objectivo

Descrição de um caso de luxação metacarpo-falângica complexa do 2º raio da mão direita, tratamento e resultado obtido.

Trata-se de uma lesão rara, complexa e sem indicação para redução incruenta.

Métodos

Adolescente do sexo masculino de 17 anos, que deu entrada no Serviço de Urgência da nossa instituição com deformidade e limitação funcional do 2º raio da mão direita, na sequência de traumatismo na aula de educação física, na escola.

Realizado o diagnóstico clínico de luxação metacarpo-falângica complexa (lesão de Kaplan) confirmada imagiologicamente. Uma vez que a cabeça do metacarpo penetra a placa volar correspondente, apresenta-se bloqueada pela mesma, impedindo a redução fechada.

Realizada abordagem dorsal da lesão, seguido de incisão longitudinal da cápsula articular e da placa volar deslocada dorsalmente, permitindo a redução aberta da metacarpo-falângica. Efetuada imobilização dos dedos da mão durante 4 semanas.

Resultados

Com 13 meses de seguimento, o doente apresenta-se sem dor, com mobilidades completas dos dedos da mão, QuickDASH de 0 e excelente satisfação com o tratamento.

Não foram observadas complicações vasculares ou neurológicas.

Conclusão

Este tipo de luxação metacarpo-falângica da mão deve ser alvo de redução aberta. Apesar da abordagem palmar ser a mais frequentemente descrita na literatura, a abordagem dorsal não só permite evitar a possibilidade de lesão neurovascular, como possibilita uma visualização mais ampla, evita a libertação de outras estruturas ligamentares e permite a fixação de eventuais fraturas associadas.

Relevância

Descrição e avaliação do tratamento de uma lesão rara da mão, com uma abordagem pouco descrito na literatura.

❖ P30

“O lobo que veste a pele de cordeiro” (sintoma comum como apresentação de patologia complexa)

Jorge Ramos, João Almeida, Samir Karmali, André Barros, Bárbara Rosa, Diogo Gomes, Clara Júlio
Hospital Vila Franca de Xira, Lisboa

A lombalgia é um sintoma relativamente comum no adolescente saudável implicando idas aos serviços de urgência, absentismo escolar, diminuição dos padrões de atividade física e peso económico significativo na nossa sociedade. A sua incidência é maior entre os 13 e os 15 anos e no sexo feminino.

O diagnóstico correto e atempado é dificultado pela colheita de história clínica e realização de exame objetivo numa criança nervosa e pouco cooperante.

É necessário ter em conta que a etiologia difere em relação aos adultos. Na sua maioria são benignas, mas é fundamental identificar patologias mais raras e severas, como elucida o seguinte caso clínico.

Trata-se de um doente do sexo masculino, 15 anos, que recorre ao serviço de urgência por lombalgia de início súbito, sem irradiação da dor, com alívio sentado e agravamento noturno, em decúbito dorsal e com flexão da coluna. A radiografia não mostrava alterações de relevo tendo tido alta medicado sintomaticamente. Após 5 dias, mantém a sintomatologia com agravamento da dor e aparecimento de parestesias bilaterais. Neste contexto, foi observado pela Neurologia que confirma nível de hipoestesia táctil e álgica em D9-D10, compatível com lesão medular dorsal. A RMN da coluna dorsal revela lesão expansiva intracanalicular epidural posterior D5-D9.

Apesar da maioria das patologias geradoras de dor na coluna vertebral serem do foro ortopédico, é fundamental não descurar a possibilidade de existência de patologia mais grave, nomeadamente doenças neoplásicas e infecciosas.

Um sintoma recorrente e persistente, que motiva várias vindas ao serviço de urgência, deve alertar o médico para uma investigação clínica, imagiológica e analítica mais aprofundada destrinçando patologia que requer atuação célere e multidisciplinar daquela passível de tratar com medidas sintomáticas.

❖ P31

Fractura do astrágalo em idade pediátrica

Nuno Cruz Oliveira, Elisabete Ribeiro, Bruno Pereira, João Melo, Daniel Freitas
Hospital de Braga, Braga

Introdução

As fracturas do astrágalo são raras tanto em adultos como em crianças, com uma prevalência de 0,3% e 0.08% respectivamente. O local mais frequente de fractura é o colo, seguido pelo corpo.

As complicações mais comuns associadas às fracturas do astrágalo são a necrose avascular, devia à disrupção da sua frágil vascularização, e a artrose pós traumática decorrente da incongruência articular.

Desta forma, apesar de a maioria dos casos de fracturas do astrágalo em crianças pode ser tratada de forma conservadora, as fracturas com desvio ou atingimento da superfície articular deverão ser tratadas cirurgicamente com objectivo de atingir redução anatómica.

Métodos

Os autores apresentam um caso raro de fractura cominutiva posteromedial do corpo do astrágalo (grau 5 Sneppen/DeLee) numa criança de 12 anos, conseqüente de traumatismo axial devido a queda em altura. Foi realizada uma abordagem artroscópica complementada por redução aberta e fixação interna. Foi também realizada fixação externa para manter distração da articulação tibiotársica.

Resultados

Foi conseguida uma redução anatómica, confirmada com radiografia e tomografia.

O fixador externo foi removido 8 semanas após a primeira intervenção, tendo iniciado programa de reabilitação física. Iniciou carga às 12 semanas.

Aos 12 meses de seguimento marcha de forma autónoma, sem limitação funcional, pontuando 87 em 100 no sistema de pontuação American Orthopedic Foot and Ankle Society Score (AOFAS).

Discussão

Existem poucos estudos realizados em idade pediátrica, sendo que os estudos com seguimento prolongado em adultos mostram elevada incidência de complicações pós-traumáticas sendo as principais decorrentes do processo de necrose avascular e artrose tibiotársica. A incidência destas complicações é tanto maior quanto maior for a energia do traumatismo e desvio das fracturas associadas, salientado a importância de uma redução anatómica.

No caso apresentado foi conseguida uma redução anatómica culminando num bom resultado funcional após 1 ano de seguimento.

❖ P32

Abordagem posterior artroscópica do tornozelo no tratamento de uma patologia rara – doença de Trevor

João Cabral, Gorka Knorr, Ines Balacó, Cristina Alves, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico, CHUC-EPE, Coimbra

Objectivo

Descrever um caso de lesão exofítica do astrágalo em doente com displasia epifisária hemimélica (Doença de Trevor), submetida a tratamento cirúrgico por via artroscópica.

Métodos

Menino de 6 anos, sexo masculino, encaminhado para o nosso hospital por lesão articular da tibiotársica esquerda na sequência de entorse do tornozelo.

Apresentava tumefacção volumosa, dura, retromaleolar medial, dolorosa à palpação profunda. O estudo radiográfico, TC e RMN revelaram imagens sugestivas de exostose osteocondral na dependência da vertente interna do astrágalo, intra-articular, moldando a epífise tibial distal, por conflito de espaço.

Realizada abordagem posterior artroscópica do tornozelo, com apoio de intensificador de imagem. Efetuada ressecção artroscópica da lesão (*piece-meal*) com preservação da articulação.

Resultados

O resultado histopatológico da lesão removida foi osteocondroma.

Aos 10 meses de seguimento pós-operatório, o doente apresenta-se assintomático e a realizar atividades desportivas sem limitações.

Aos 4 meses pós-operatório apresentava uma pontuação funcional (Oxford Foot Ankle Questionnaire – *parents version*) de 89,3% e aos 10 meses pós-operatório uma pontuação de 100% (*parents e child version*).

Os estudos imagiológicos aos 10 meses de pós-operatório não revelam alterações do alinhamento do tornozelo ou sinais de recidiva.

Conclusão

Na presença de lesões exofíticas do astrágalo é essencial evocar o diagnóstico de doença de Trevor. Em doentes com deformidade ou sintomáticos deve ser realizada ressecção cirúrgica da lesão.

A abordagem artroscópica, apesar do risco de lesão neurovascular, permite um tratamento minimamente invasivo, com excelente visualização intra-operatória e uma rápida recuperação pós-operatória. Este tipo de tratamento para a doença de Trevor da tibiotársica aumenta o leque de indicações para a utilização da abordagem artroscópica posterior do tornozelo.

Relevância

Tanto quanto é do conhecimento dos autores, este é o segundo caso descrito do tratamento artroscópico de lesão exofítica do astrágalo, em contexto de doença de Trevor.

❖ P33

Fratura do colo do fêmur na criança – uma entidade rara.

Follow-up de 5 anos

Francisco Bernardes, Diogo Soares, José Miradouro, Tiago Costa, Joana Pereira, Miguel Quesado, Sofia Vieira, Jorge Mendes

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel

Introdução

As fraturas do colo do fêmur na criança são raras, resultando em cerca de 80% dos casos de traumatismo direto de elevada energia. Por esse motivo, frequentemente existem outras lesões associadas. O tratamento cirúrgico está indicado nas fraturas com desvio. A osteonecrose é a principal complicação ocorrendo em até 40% dos casos e está relacionada com a localização e desvio da fratura. O diagnóstico e tratamento atempado são fundamentais.

Caso Clínico

M, 12 anos, vítima de atropelamento com traumatismo do membro inferior esquerdo. Apresentava dor em todo o membro, limitação funcional e ligeiro encurtamento. Rx: fratura do colo do fêmur Delbert tipo 3 e fratura diafisária da tibia, *in situ*. Decidido tratamento conservador de fratura da tibia com gesso cruropodálico e osteossíntese de fratura do colo do fêmur com 3 parafusos canulados 5.0 mm. Foi retirada imobilização à 6ª semana e iniciou carga parcial. Cumpriu reabilitação durante 8 semanas.

Resultados

4 meses após a cirurgia já caminhava sem apoio, sem queixas álgicas e exame objetivo normal. A partir dos 12 meses e até ao momento encontra-se assintomático e sem qualquer limitação. O estudo radiológico mantém-se negativo para sinais de osteonecrose. Por constrangimentos familiares, a extração de material não pôde ser efetuada antes e está prevista para este ano.

Discussão

Apesar de pouco frequente, a fratura do colo do fêmur na criança pode surgir no contexto de trauma de elevada energia. O tratamento consiste em preservar a cabeça do fêmur através da redução e fixação urgentes no sentido de evitar dano articular.

Conclusão

No caso apresentado o diagnóstico e tratamento imediatos foram determinantes para o resultado final excelente.

❖ P34

Fratura cominutiva da glenoide na criança – um caso raro.

Follow-up de 5 anos

Francisco Bernardes, Diogo Soares, José Miradouro, Tiago Costa, Joana Pereira, Miguel Quesado, Sofia Esteves, Jorge Mendes

Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel

Introdução

As fraturas da glenoide são extremamente raras na criança. Quando presentes associam-se quase sempre a luxações do ombro ou fraturas do úmero proximal. O ortopedista deve estar alerta para uma situação de maus tratos.

Caso Clínico

F, 11 anos, avaliada no SU após trauma acidental direto do ombro esquerdo contra uma parede. Apresentava dor e limitação funcional importante do ombro. Rx e TC com fratura cominutiva da glenoide tipo VI de Ideberg e Goss. Foi decidido tratamento conservador com Gerdy uma vez que os vários fragmentos mostravam bom alinhamento com preservação da superfície articular.

Resultados

1 semana após a lesão já referia melhoria da dor e RX mostrava bom alinhamento dos fragmentos. Foi retirada imobilização à 5ª semana. Nessa altura a mobilidade do ombro ainda estava limitada a 70° de abdução, 90° de elevação anterior, rotação interna/externa quase nulas. Foi orientada para Fisioterapia e cumpriu programa de reabilitação durante 8 semanas. Repetiu TC à 10ª semana que mostrava fratura consolidada com superfície articular preservada. Após 1 ano de follow-up com ligeira limitação para atividades exigentes, score de Constant 98 (0-100). A partir dos 2 anos de follow-up e até ao momento, sem qualquer limitação, score de 100.

Discussão

Sendo uma entidade clínica rara, a fratura da glenoide na criança necessita de elevado grau de suspeição para o correto diagnóstico. O objetivo major do tratamento consiste na preservação da superfície articular e no retorno às AVDs sem limitação.

Conclusão

Apesar de cominuição extensa, a superfície articular encontrava-se congruente o que possibilitou o tratamento conservador com Gerdy. O *follow-up* aos 5 anos é excelente.

❖ P35

Artrografia para o controlo intra-operatório de fractura do rádio distal Salter-Harris 4

Marco Pato, Fábio Sousa, Patrícia Gamelas, Pedro Jordão, Joana Ovidio
Hospital Dona Estefânia, Lisboa

Introdução

As fracturas Salter-Harris 4 do punho são raras, tendo um componente articular. Requerem uma redução precisa da superfície articular para prevenir complicações no futuro. Nalguns casos pode ser necessário avaliar a qualidade da redução, a artroscopia sendo a escolha mais habitual. Se indisponível, a artrografia pode ser uma alternativa válida.

Caso Clínico

Apresentamos o caso de um adolescente de 13 anos, saudável, que sofreu uma fractura do rádio distal articular, tipo Salter-Harris 4, na sequência de queda de dois metros. Teve também associada uma fractura da cabeça do segundo metacárpico do mesmo membro. Realizou TAC, verificando-se que a metade medial da superfície articular radial se encontravam em desvio dorsal.

Foi realizada cirurgia – redução fechada e fixação percutânea com fios K, com técnica de Kapandji modificada. Intraoperatoriamente realizou-se artrografia do punho por abordagem lateral, o que permitiu confirmar uma boa redução articular.

Foi feita também a fixação da fractura metacárpica com fio K.

Resultados

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, foram removidos os fios K às 4 semanas. O doente iniciou actividade total às 12 semanas, encontrando-se assintomático, com mobilidade completa e excelente resultado radiográfico no seguimento.

Discussão

Apresentamos uma fractura rara do rádio distal adolescente, que por apresentar envolvimento articular e desvio na superfície articular, levou à preocupação de obter um bom resultado de redução para prevenir eventuais complicações por incongruência residual, que pudessem conduzir a alterações degenerativas ou deformidade causada pelo crescimento remanescente.

A avaliação da superfície articular é desejável sempre que haja dúvida da qualidade da redução nos controlos intra-operatórios de uma fractura intra-articular. Na indisponibilidade de controlo artroscópico, a artrografia poderá ser uma opção válida para a avaliação da articulação.

❖ P36

Desafio técnico de imobilização gessada pelvipodálica para tratamento de luxação congénita da anca em doente com colostomia

Eduardo Cruz Ferreira, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Cristina Alves, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico, CHUC-EPE, Coimbra

Objectivo

Apresentação de caso clínico de difícil resolução em doente sindrómica com luxação congénita da anca

Métodos

Revisão do processo clínico e apresentação das imagens da imobilização gessada e radiografias

Resultados

Doente à data da primeira observação por Ortopedia com 44 dias de vida e diagnóstico de síndrome VACTERL. Solicitada avaliação por encurtamento do membro inferior direito. A dismetria que apresentava decorria de Galeazzi positivo à direita, com Ortolani igualmente positivo. Realizada ecografia: Anca direita tipo 4, alfa não mensurável e anca luxada. À esquerda anca Graf 1. Associação de malformações esqueléticas (escoliose, ausência costelas, malformação do sacro e mãos).

Diagnósticos prévios: atresia esofágica e íleo-cólica, submetida a cirurgia com ressecção, ileostomia e colostomia, prematuridade e gravidez gemelar (irmã gémea saudável).

Iniciou-se tratamento com tala de Pavlik. A presença de colostomia não condicionou a aplicação da ortótese. Reavaliada D7 e D14 de tratamento, verificado impossibilidade de redução da anca, descontinuando-se a sua aplicação, ficando a doente inscrita para cirurgia.

Colocava-se o problema da realização de gesso após redução cirúrgica da anca numa bebé com colostomia.

Operada aos 6 meses de vida: Ortolani negativo acordada/Ortolani positivo sob anestesia. Procedeu-se a redução cirúrgica da anca com tenotomia do adutor e psoas e confecção de aparelho gessado pelvipodálico acomodando a colostomia. Controlo de imagem com imagens 3D demonstrando redução concêntrica.

A reduzida progressão ponderal permitiu manter o gesso durante 3 meses. Avaliação radiográfica com assimetria dos núcleos de ossificação mas ancas centradas.

Reavaliada aos 19 meses de idade, com aquisição recente da marcha, mantendo assimetria dos núcleos de ossificação, mas ancas centradas com progressão do índice acetabular.

Conclusão e Relevância

Doente com múltiplos desafios Ortopédicos tendo sido verificado que a imobilização gessada é uma opção viável na presença de colostomia, para o tratamento de luxação congénita da anca.

❖ P37

Osteólise púbica no adolescente, a propósito de um caso clínico

Rita Rodrigues Antão, Susana Silva Dias, Patrícia Wircker, João Figueiredo, Ana Mafalda Martins, Teresa Alves da Silva

Hospital de Cascais, Lisboa

A osteólise púbica ocorre sobretudo em atletas, apresentando-se com dor pélvica. O diagnóstico diferencial inclui processo infeccioso, neoplásico ou idiopático.

Apresenta-se um caso de um adolescente de 14 anos, natural da Guiné, em Portugal há 9 anos, praticante de futebol, sem outros antecedentes relevantes, com queixas álgicas na região púbica com 1 mês e meio de evolução, com irradiação para a região inguinal bilateralmente. Negava febre, episódios prévios de infeções ou traumatismo. Objetivada claudicação da marcha, dor na mobilização da anca direita e à palpação da região inguinal e adutores. Cumpriu repouso, descarga e terapêutica anti-inflamatória durante 1 mês, e por persistência das queixas foi internado para estudo etiológico. Analiticamente, sem leucocitose, PCR 9,5mg/dL em D2 e em D4 PCR 7,3mg/dL e VS 46mm/h, sem outras alterações. Radiografia da bacia sem alterações. TC pélvica e RM que evidenciaram processo inflamatório da sínfise púbica com edema medular e edema insercional dos adutores e retos abdominais, traduzindo osteíte púbica de etiologia indeterminada. Cintigrafia óssea sem aumento de perfusão ou alterações da captação, não suportando a hipótese de osteomielite. Repetiu radiografia da bacia com visualização de hipotransparência no púbis, bilateralmente. A evolução analítica foi favorável, com PCR 0,97mg/dL e VS 15mm/h. Por exclusão de outros diagnósticos, considerou-se a hipótese de osteólise idiopática. Atualmente mantém-se sem queixas e em vigilância.

A Síndrome de Gorham-Stout (“Doença do osso fantasma”) é uma entidade rara, de etiologia desconhecida, que se caracteriza por osteólise idiopática, podendo associar-se ao crescimento vascular anormal. O seu diagnóstico é de exclusão e o prognóstico incerto, podendo evoluir para remissão, estabilização ou complicações graves.

Com este caso pretendemos relembra-los esta entidade, cujo diagnóstico é feito com base na história clínica, exames laboratoriais e imagiológicos, implicando um elevado nível de suspeição clínica.

❖ P38

Fractura Exposta do Tornozelo com perda óssea e de tecidos moles

Duarte Nuno Cadavez, Inês Balacó, Oliana Tarquini, Cristina Alves, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico, CHUC-EPE, Coimbra

Objectivo

Apresentação de caso clínico de Fractura Exposta do Tornozelo com perda óssea e de tecidos moles e resultado

Métodos

Apresenta-se o caso de doente do sexo feminino, 15 anos, que deu entrada no S.U por atropelamento em Novembro de 2016 resultando fractura-luxação bimaléolar exposta grau IIIB de Gustillo-Anderson do Tornozelo Direito, sem lesão neurovascular.

Identificou-se fractura do Maléolo Medial com perda de substância da face medial e fractura incompleta do Maléolo Peroneal em Valgo; associadamente verificou-se lesão da cápsula articular ântero-medial e perda de cobertura sobre dorso do pé com exposição tendinosa.

Sob antibioprofilaxia foi submetida a cirurgia com lavagem, desbridamento, osteossíntese de fragmento articular remanescente do Maléolo Medial com dois parafusos canulados, reparação capsular e aplicação de penso de Pressão Negativa para cobertura dorsal do pé.

Em internamento teve boa progressão, com encerramento por segunda intenção das feridas dorsais e sem complicações neurovasculares ou sépticas. Foi seguida em consulta externa.

Resultados

Comprovou-se cicatrização das feridas e iniciou carga com ortótese a partir dos 4 meses pós-cirurgia, sem clínica de instabilidade ou sinais de infecção.

Radiograficamente manteve sempre a redução obtida inicialmente e pinça articular adequada. Posteriormente constatou-se, a consolidação da fractura e crescimento ósseo sobre defeito da face medial do Maléolo Medial com preenchimento da perda de substância inicial.

Aos 8 meses foi retirado o material de Osteossíntese por queixas de conflito com calçado.

Aos 12 meses pós-traumatismo já tolerava exercícios de impacto.

Aplicando o *score* FADI obteve-se 121/136.

Conclusão

As fracturas expostas podem abranger um espectro de lesões complexas requerendo intervenção dirigida. É possível diminuir a morbidade associada seguindo os princípios clássicos de abordagem, tendo cuidado na manipulação dos tecidos e preservando estruturas viáveis.

Relevância

Caso surpreendente pela evolução sem complicações, com crescimento do Maléolo Medial, restituindo a anatomia e função para próximo da normalidade.

❖ P39

Doentes tratados com luxação do cotovelo

Ruben Muhongo Francisco, Oliana Tarquini, João Cabral, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Cristina Alves, Tah Pu Ling, Gabriel Matos.

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico, CHUC-EPE, Coimbra

Objectivo

Encontrar lesões associadas e avaliar o resultado funcional dos doentes com luxação do cotovelo tratados no Serviço

Métodos

Recolha de dados nos processos dos doentes tratados no Serviço com luxação do cotovelo, no período compreendido entre 01-06-2011 e 31-12-2017, entrevista telefónica utilizando o Quick-DASH score. Os dados foram colhidos inicialmente no programa *Microsoft Excel*, posteriormente processados utilizando *SPSS*. Foram excluídos: -doentes com outras patologias no cotovelo sem associação de luxação; - do inquirido os doentes que não responderam.

Resultados

Obteve-se uma amostra (n) de 50 doentes, dos 7 aos 23 anos de idade numa média de 14 anos de idade, a sua maioria do sexo masculino (n=36 – 72%), o cotovelo esquerdo foi predominante (n=29 – 58%), os foram diagnosticados na sua maioria com luxações simples e postero externa (n=20 e 19 – 40 e 38% respectivamente), a redução fechada sob anestesia o tratamento mais frequente (n=33 – 66%), imobilizados com tala gessada braquialpalmar durante 3 semanas (n=34 – 68%), dos doentes submetidos ao inquirido (QuickDASH n=31) uma minoria refere sequelas no tratamento (n=5 – 16%).

Conclusão

Podemos concluir que apesar de consideradas raras as luxações do cotovelo (3 a 6% de todas as lesões do cotovelo), obteve-se uma amostra significativa(n=50), nas idades e género segundo referido nas literaturas. Existe uma excelente resultado na recuperação funcional dos doentes, subentendendo-se mérito ao tratamento submetido aos doentes.

Relevância

O cotovelo é uma articulação complexa e torna-se funcional a partir dos 30 a 130 graus de flexão e 50 graus de supinação e pronação alcançados, necessitando aproximadamente 3 a 6 meses para de recuperação máxima dos doentes, (normal 0 a 150 graus de flexão, 85 graus de supinação e 80 graus de pronação).

❖ P40

Fasceíte Nodular em dedo da mão : diagnóstico raro e desafiante.

Miguel Frias, Renato Ramos, Andreia Ferreira, Domingues Rodrigues, Mafalda Santos
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

A Fasceíte Nodular é uma lesão benigna de etiologia desconhecida. São lesões solitárias e acometem qualquer região do corpo; por ordem decrescente, membros superiores (48%), tronco (20%), cabeça e pescoço (17%) e membros inferiores (15%), é rara nas mãos e pés e extremamente rara nos dedos. É autolimitada, associada a uma história de um nódulo de crescimento rápido, associado ou não a disestesia. Assume uma importância relevante pelas alterações anatomopatológicas semelhantes a lesões sarcomatosas.

Criança do sexo masculino, 10 anos, referenciada à consulta de Ortopedia Infantil por nódulo de crescimento rápido ao nível da interfalângica proximal do 3º dedo da mão direita, indolor, desconforto local, sem história traumática. Tumefação palpável, sem sinais inflamatórios associados, infracentimétrica, mobilidades normais.

O estudo ecográfico descreve um nódulo hipoeecogénico, homogéneo, ovoides, sem evidência de vascularização central ou periférica, adjacente à articulação, compressão sobre o tendão flexor profundo, sem tendinite associada.

Foi submetido a exérese cirúrgica com pós-operatório sem intercorrências.

O estudo anatomo-patológico revelou uma proliferação de células fusiformes, com padrão reticular, fibroblasticidade marcada, sem necrose ou atividade mitótica elevada, que juntamente com o estudo imunohistoquímico, compatíveis com o diagnóstico de uma Fasceíte Nodular em fase fibrosa.

Baseado na sua localização anatómica, pode ser subcutânea, intramuscular, fascial ou intravascular. Histologicamente, divide-se numa lesão fibrosa, mixóide ou celular.

O estudo radiográfico pode apresentar um aumento de volume de partes moles; no TC apresenta-se como uma massa superficial de partes moles, bem definida, podendo haver invasão de cortical óssea adjacente. O estudo por RMN é pouco específico.

Tendo em conta os achados clínicos e radiológicos pouco específicos, vários diagnósticos diferenciais podem ser apresentados: sarcoma, neurofibroma, miosite fibroproliferativa, tumor miofibroblástico inflamatório. A biópsia excisional é fundamental para o diagnóstico definitivo.

A recorrência é rara (1-2%).

❖ P41

Fratura oculta do cubóide em idade pediátrica, um desafio diagnóstico!

Miguel Frias, Márcio Oliveira, Ricardo Pereira, Andreia Ferreira, Domingues Rodrigues, Mafalda Santos
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

As fraturas do cubóide em idade pediátrica são raras e o seu diagnóstico difícil. A suspeita clínica inicial de fratura do cubóide nesta faixa etária pode levar a um diagnóstico precoce, tratamento adequado e recuperação mais rápida, evitando assim o recurso a meios complementares de diagnóstico dispendiosos.

Apresentam-se 3 casos clínicos de crianças com 3 a 4 anos, que recorreram ao serviço de urgência por claudicação do membro inferior, todas elas com história de provável queda da própria altura 48 a 72 horas antes. Todas elas apresentam uma dor inespecífica no retro e mediopé. O estudo radiográfico na primeira avaliação foi inespecífico e inconclusivo. Uma das crianças recorreu novamente ao Serviço de Urgência 4 dias após a primeira observação, e, por apresentar febre, foi realizado estudo por Ressonância Magnética, tendo sido colocado como diagnóstico diferencial Osteomielite do cubóide. As outras duas crianças foram avaliadas em contexto de consulta externa às 3 semanas pós-traumatismo, tendo sido feito diagnóstico complementar com RX, que apresentava banda esclerótica no cuboide compatível com antecedentes de fratura.

As fraturas do cubóide são um exemplo de *toddler's fractures*, incluindo-se num grupo de fraturas ocultas em idade pediátrica. A literatura é escassa em relação a este tema, fundamentando-se apenas em pequenas séries e alguns casos clínicos reportados isolados. Necessitam de um elevado índice de suspeição, pelo que, numa criança com história de claudicação pós-traumática, este tipo de fratura deve ser tido em conta como diagnóstico diferencial. Apesar do seu bom prognóstico, a avaliação inicial e o reconhecimento como diagnóstico diferencial é fundamental, evitando assim o recurso a meios complementares de diagnóstico desnecessários.

❖ P42

Osteomielite Multifocal Crónica Recorrente mimetizando Sarcoma de Ewing – a importância do percurso diagnóstico

Margarida Borrero Vicente, Nuno Mendonça, Catarina Valente, Ricardo Pinto Rocha, Pedro Beckett
Hospital Prof Doutor Fernando da Fonseca, EPE, Amadora

Introdução

A Osteomielite Multifocal Crónica Recorrente (OMCR) é uma doença autoinflamatória caracterizada por lesões ósseas não piogénicas, sendo típica da infância.

A apresentação clínica é variável e inespecífica, atingindo particularmente a metáfise dos ossos longos. Os achados imagiológicos e patológicos são inespecíficos.

Caso Clínico

Apresenta-se o caso de lesão unifocal com características imagiológicas sugestivas de Sarcoma de Ewing(SE).Doente do sexo masculino de 7 anos, com antecedentes de artralgias de carácter migratório, iniciou quadro de dor de agravamento nocturno e tumefacção da perna esquerda, sem febre e sem sintomatologia sistémica, com parâmetros inflamatórios moderadamente elevados.A radiografia revelou lesão óssea da tibia com reação periosteal multilamelar e a RMN lesão sugestiva de SE. A biópsia mostrou alterações enquadráveis em osteomielite subaguda e crónica, sem evidência de lesão neoplásica. Exames microbiológicos negativos. O doente iniciou terapêutica com AINEs com resolução do quadro clínico e analítico.

Conclusão

A OMCR é entidade rara e os exames diagnósticos não são específicos, sendo um diagnóstico de exclusão que obriga a uma abordagem sistemática, constitui assim um desafio diagnóstico, devido às suas manifestações inespecíficas, sobreponíveis a outras entidades clínicas mais frequentes. Nenhuma imagem é patognomónica, sendo essencial uma abordagem sistemática e um elevado nível de suspeição.

❖ P43

Fractura tipo Sleeve da tuberosidade anterior da tibia em adolescente.

Oliana Madeira, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, João Cabral, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico, CHUC-EPE, Coimbra

Objetivo

Apresentamos caso clínico de adolescente com Fractura tipo Sleeve localizada a nível da tuberosidade anterior da tibia.

Métodos

Adolescente do sexo masculino,recorre ao serviço de urgência por quadro de gonalgia e impotência funcional apos subida de escadas,sem historia de queda.

Resultados

Adolescente 13 anos com antecedentes de Osgood-Schlatter,admitido no serviço de urgência, por dor e impotência funcional do joelho esquerdo apos subida de escadas,edema articular em tensão e dificuldade na mobilidade ativa e passiva do joelho.Estudo radiológico,observado sinais ósseos sugestivos de avulsão do tendão rotuliano a nível da tuberosidade anterior da tibia(TAT) e Índice Insall-Savati 1.4.Estudo complementar com tomografia,que revelou fratura da tuberosidade tibial ,sugerindo arrancamento do ligamento rotuliano,algumas espículas ósseas separadas em cerca de 7,5mm da metáfise tibial e arrancamento ósseo da rótula postero-lateralmente ao bordo da mesma.Realizada ressonância magnética,que confirma lesões já descritas.

Submetido a tratamento cirúrgico,48horas,apos admissão no serviço de urgência. Intraoperatoriamente foi evidenciado rotura quase total do tendão rotuliano a nível da sua inserção na TAT (com desinserção do periosteo),associada a 2 fragmentos da tuberosidade anterior da tibia.Realizada inserção do tendão rotuliano a nivel da TAT com 2 parafusos canulados e fixação do tendão ao periosteo a nível distal com ancora 5.0.Colocação de imobilização gessada durante 6 semanas.Iniciou programa de fisioterapia,com uma mobilidade completa e funcional total aos 5 meses pós-operatório.Follow-up de 12 meses.

Conclusão

A fratura tipo Sleeve da TAT é definida como uma avulsão de um fragmento ósseo junto á zona de inserção periostal do tendão rotuliano.É uma entidade pouco frequente,podendo ser subvalorizada na avaliação clinica e radiológica inicial.Neste caso o facto de existir uma osteocondrose da TAT poderá ter influenciado uma fragilidade local,não sendo necessário uma força elevada,para provocar a lesão.

Relevância

A Fractura tipo sleeve da TAT é uma patologia pouco frequente,cujo diagnóstico precoce influencia um excelente prognóstico funcional

❖ P44

Caso clínico Tumor maligno da bainha nervosa periférica

João Francisco Oliveira, Inês Balacó, Cristina Alves, Carla Diogo, Alexandra Paúl, Gabriel Matos
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico, CHUC-EPE, Coimbra

Objetivo

O tumor maligno das bainhas nervosas periféricas (TMBNP) é um tumor raro, representando 5-10% dos sarcomas. São tumores agressivos e frequentemente resistentes à quimioterapia. O objetivo deste estudo foi a exposição de um caso de TMBNP enfatizando a importância de um diagnóstico e orientação terapêutica rápidos para o sucesso do seu tratamento, devido ao facto de serem tumores agressivos.

Os autores apresentam um caso clínico de um doente com o diagnóstico de TMBNP do bordo interno do pé direito com atingimento do rolo vasculonervoso tibial posterior.

Métodos

Realizou-se um estudo retrospectivo de caso.

Doente, sexo masculino, 11 anos à data do diagnóstico.

Foram necessárias 3 tentativas de biópsia para fazer o diagnóstico.

Cumpriu terapia neo-adjuvante.

Submetido a ressecção marginal do tumor e reconstrução com retalho pediculado anterolateral da coxa esquerda.

Anatomia-patológica da peça: TMBNP, mostrando 10% de necrose tumoral e dimensão maior de 8,5cm. A neoplasia está totalmente contida na peça de excisão cirúrgica com margem livre mínima correspondendo à margem profunda, de 1,2mm.

Resultados

3 anos após ter sido submetido a ressecção marginal do tumor mantém-se sem sinais clínicos e imagiológicos de recidiva. Marcha sem alterações. Usa calçado sem limitações.

Conclusão

Os TMBNP são raros cujo diagnóstico pode ser difícil, mas é fundamental para um planeamento cirúrgico adequado. Dada a natureza agressiva local, a alta taxa de recidiva e metastática, é importante conseguir uma margem cirúrgica livre, envolvendo o trabalho de equipa multidisciplinar.

Relevância: Dificuldade diagnóstica, necessidade de tratamento em equipa, importância ressecção cirúrgica com margens adequadas.

❖ P45

Fratura de Chance – lesão associada ao cinto de segurança

Filipe Medeiros, Bruno Correia, Paulo Silva, Álvaro Botelho
Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Portimão

Objetivo

Evidenciar a importância da estabilização primária do doente politraumatizado, através da descrição de caso clínico de fratura lombar.

Métodos

Doente de 6 anos, sexo feminino, foi vítima de acidente de viação. Referia dor abdominal e lombalgia e ao exame objetivo salientava-se prostração e equimose abdominal extensa (marca do cinto de segurança). Realizou tomografia computadorizada que revelou líquido livre intraperitoneal em quantidade moderada e fractura horizontal do arco posterior de L2, envolvendo pedículos, lâminas, apófises transversa e espinhosa. Foi submetida a laparotomia exploradora por abdómen agudo hemorrágico com instabilidade hemodinâmica.

Resultados

Intraoperatoriamente verificou-se laceração do mesocolon transversal com desvitalização do colon. Foi realizada colectomia segmentar e anastomose cólica. Após estabilização, a doente foi transferida para a UVM, onde foi proposto tratamento conservador. O uso de ortótese toracolombar e reabilitação foram determinantes para a recuperação da doente e atualmente deambula sem limitações.

Conclusão

A fratura de Chance é uma fratura transversal resultante da hiperflexão da coluna, que se estende posteriormente. Na existência deste tipo de fratura deve-se suspeitar de lesões intrabdominais (ocorrem em mais de 50% dos casos). Maioria das fraturas do tipo distração são instáveis e requerem tratamento cirúrgico, no entanto, a lesão tipo Chance (AO-B2.1) destaca-se pelo bom resultado clínico com o tratamento conservador. Assim, este está preconizado se houver alinhamento da coluna e cifose menor que 15°. No tratamento conservador é necessária imobilização com gesso em hiperextensão ou ortótese toracolombar. A instabilidade é frequentemente associada a cifose maior que 20°, e maior que 30° requer estabilização interna com fixação cirúrgica e descompressão do canal medular. As principais complicações são alterações neurológicas, dor crónica e cifose, com consequente diminuição da função.

Relevância

É primordial a estabilização de um doente politraumatizado. A marca do cinto de segurança levanta suspeita de lesões intrabdominais graves e de fratura de Chance.

❖ P46

Fratura-luxação transescapocapitato – a propósito de um caso clínico

Patrícia Wircker, Teresa Alves da Silva, Miguel Duarte Silva, João Caetano, Rafael Dias, João Figueiredo, João Sousa, Nuno Côrte-Real

Hospital Dr. José de Almeida, Cascais

Introdução

A fratura-luxação transescapocapitato caracteriza-se por um traço fraturário transversal ao nível do escafóide associado a fratura do grande osso, com uma rotação de 90° ou 180° do seu fragmento proximal. Na maioria dos casos descritos, esta lesão ocorre em homens jovens com idade entre 20 e 30 anos, sendo excecional em crianças. O mecanismo de lesão é habitualmente um traumatismo de alta energia com compressão axial associada a hiperextensão forçada do punho.

O diagnóstico é determinado pela avaliação clínica e imagiológica, nomeadamente radiografias convencionais e tomografia computadorizada (TC). O objetivo do tratamento é a redução e fixação de ambas as fraturas, bem como a manutenção da congruência cárpica.

Caso Clínico

Apresenta-se um caso de fratura-luxação transescapocapitato de um adolescente, após acidente de motociclo.

As radiografias e TC demonstraram fratura cominutiva do escafóide associada a fratura do grande osso com rotação de 180° do fragmento proximal.

Procedeu-se a redução aberta e osteossíntese com parafuso interfragmentário e fios de Kirschner, por abordagem dorsal. No pós-operatório manteve-se imobilização gessada antebraquial até evidência imagiológica de consolidação da fratura.

Resultados

Seis meses após a cirurgia, o doente apresentava uma boa mobilidade do punho, com 60° de flexão, 80° de extensão, 15° de desvio cubital e 10° de desvio radial.

As radiografias evidenciam consolidação de ambos os ossos do carpo, sem necrose avascular ou outras complicações.

Discussão

A fratura-luxação transescapocapitato é uma lesão rara, muitas vezes diagnosticada tardiamente, com complicações funcionais importantes.

Este caso revela o complexo mecanismo de lesão e a migração incomum do fragmento proximal do grande osso.

Neste caso, a fixação de ambas as fraturas com redução anatómica obteve bons resultados funcionais e imagiológicos.

❖ P47

Artrite séptica do ombro em idade pediátrica – Revisão retrospectiva

Raquel Carvalho, Joana Teixeira, Marta Ribeiro, Graça Lopes
Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Santa Maria, Lisboa

Introdução

A artrite séptica do ombro em idade pediátrica é uma patologia não muito frequente, e raramente descrita na literatura. Com uma prevalência de 3-5% de todas as artrites sépticas, é muitas vezes subdiagnosticada. Com uma clinica frustrante e pouco específica, pode também ser mascarada num contexto pós trauma.

Apesar de rara, o risco de osteomielite é frequente, dada a anatomia da articulação glenoumeral, que favorece a disseminação hematogénea entre o osso e o espaço intra-articular.

Métodos

Os autores fazem uma revisão dos casos de artrites sépticas do ombro, entre 2006-2016, tratados com lavagem e desbridamento cirúrgico. Dessa revisão identificaram 3 casos.

Resultados

Dos três casos identificados, a idade variou entre os 22 dias e os 18 meses. O tempo médio decorrido entre início da sintomatologia e o diagnóstico foi de 10 dias, e de 6 dias entre o diagnóstico e tratamento. Todos os 3 casos se apresentaram com uma limitação funcional do ombro, sem trauma prévio, com ou sem febre e, elevação de alguns parâmetros analíticos de infeção. A hemocultura ou a cultura do líquido articular permitiu o isolamento do agente em dois dos casos, um dos casos foi identificado infiltrado linfoplasmocitário no exame anatomopatológico.

Cumpriram antibioterapia ev isolada ou combinada de acordo com antibiograma por uma média de 3 semanas, seguido em dois casos de AB oral. No follow-up verificou-se a presença de AVN da cabeça umeral complicada de encurtamento do úmero em contexto de OM multifocal num dos casos, sem outras complicações relatados nos restantes casos.

Conclusão

A artrite séptica do ombro em idade pediátrica apesar de rara, é importante um elevado índice de suspeição, especialmente na presença de dor e/ou uma limitação funcional do membro superior, assim como alterações nos parâmetros analíticos de infeção. A identificação é crucial para o início precoce da antibioterapia de forma minimizar as sequelas.

❖ P48

Fratura supracondiliana na criança: mão bem perfundida mas fria, sinal de alarme?

Miguel Frias, Henrique Sousa, Ricardo Pereira, Andreia Ferreira, Domingues Rodrigues, Mafalda Santos
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

As fraturas supracondilianas do úmero corresponde a cerca de 70% das fraturas pediátricas no cotovelo. A classificação de Gartland é a mais utilizada. As fraturas Gartland tipo III são resultado de um traumatismo de elevada cinética. Vários tipos de lesões vasculares podem ser observadas, sendo elas aprisionamento, laceração, espasmo, formação de trombos ou lesão da íntima da artéria braquial. A incidência de complicações vasculares, que se apresentam com pulso radial diminuído ou ausente, varia de 3 a 14%.

Criança, sexo masculino, 6 anos de idade, observada no Serviço de Urgência de um Hospital Central após queda de altura. Diagnosticada fratura supracondiliana do úmero esquerdo Gartland III, submetido a fixação percutânea com fios de *Kirschner* cruzados, sem menção de défices neurovasculares.

Ao 5º dia pós-operatório, reavaliado no Hospital da área de residência, apresentava mão fria e alterações compatíveis com neuropaxia dos nervos mediano, radial e cubital. Observado por Cirurgia Vascular, sem alterações vasculares ao exame físico.

Foi submetido a reintervenção cirúrgica urgente, com extração de fio de *Kirschner* cubital, e recuo dos dois fios de *Kirschner* radiais.

Realizou EcoDoppler 6 semanas após o traumatismo, onde se evidenciou trombose da artéria umeral no seu segmento distal, com bifurcação permeável e colateralização a partir da artéria umeral profunda.

Manteve evolução radiográfica e neurovascular favorável. Aos 8 anos de *follow-up*, evidencia mobilidades completas do cotovelo operado, sem défices sensitivos ou motores, eletromiografia em conformidade com neuropatia do mediano, cubital e radial direitos, crónica, mas com evolução francamente positiva, em fase sequelar, com alterações ligeiras.

A contratatura de *Volkman* aparece descrita na literatura como a complicação vascular mais séria e potencialmente grave nas fraturas supracondilianas do úmero em idade pediátrica. Apesar da sua relativa frequência, não são ainda consensuais na literatura as indicações para a exploração da artéria braquial numa mão clinicamente bem perfundida.

❖ P49

Síndrome de compartimento Neonatal: a propósito de um caso clínico.

Miguel Frias, Moisés Ventura, Catarina Aleixo, Andreia Ferreira, João Miranda, Domingues Rodrigues, Mafalda Santos

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho

O síndrome de compartimento neonatal, apesar de raro, tem sido reportado na literatura como sendo uma entidade pouco reconhecida. Consiste no aparecimento de lesões isquémicas neuromusculares e dermatológicas no recém-nascido, de etiologia específica ainda desconhecida, sendo consensual que as lesões isquémicas são consequência de um aumento de pressão dentro de um compartimento fasciocutâneo.

É apresentado o caso de um recém-nascido de termo, gestação complicada de pre-eclâmpsia sem critérios de gravidade. Parto eutócito, parâmetros antropométricos normais. Admitido na Unidade de Neonatologia com cerca de 23 horas de vida, transferido de outro hospital, por apresentar, ao nascimento, palidez do antebraço e mão, lesões cutâneas bolhosas do cotovelo e terço distal do antebraço, edema e ausência de movimento ativo do membro superior. Nas primeiras horas pós-parto, verificou-se evolução favorável da coloração da mão, com temperatura mantida e pulso radial palpável. Às 24 horas de vida, foi observado por Cirurgia Vascular, realizou estudo radiográfico sem alterações, estudo ecográfico revelando edema dos planos de partes moles no antebraço esquerdo, sem coleções fluidas organizadas, normal permeabilidade das estruturas arteriais e venosas. Durante o internamento na Unidade de Neonatologia, manteve cuidados de penso das lesões e iniciou reabilitação, com melhoria progressiva do edema. À data de alta, apresentava ausência de mobilidade do punho e mão e atrofia em relação ao membro contralateral.

O síndrome de compartimento neonatal é uma condição extremamente rara neste grupo etário, sendo que existem apenas cerca de 50 casos documentados na literatura, a grande maioria deles com atingimento dos membros superiores. O seu diagnóstico é quase exclusivamente clínico e o seu reconhecimento é fundamental, caracterizado pela palidez cutânea, ausência de mobilidade ativa e diminuição da perfusão. O seguimento a longo prazo é imposto pelo risco elevado de sequelas neuromusculares e alterações do desenvolvimento ósseo.

Comissão Organizadora Local

Gabriel Matos
Cristina Alves
Inês Balacó
João Cabral
Olíana Tarquini
Pedro Sá Cardoso
Tah Pu Ling

Direção SPOP

Cristina Alves (Presidente)
Delfin Tavares (Secretário)
Nuno Alegrete (Tesoureiro)
Carolina Escalda (Vogal)
Inês Balacó (Vogal)

Júri das Comunicações / Best oral Paper Award Selection Committee

Jorge Seabra
Carolina Escalda
Joana Cardoso

Júri dos Posters / Best Poster Award Selection Committee

Manuel Cassiano Neves
Tah Pu Ling
Teresa Alves da Silva

Apoio Científico



Sociedade Portuguesa de Ortopedia Pediátrica
Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

