

LIVRO DE RESUMOS
COMUNICAÇÕES LIVRES E POSTERS



8º Congresso Nacional de Ortopedia Infantil

13, 14 e 15 de Fevereiro de 2020

Vila Nova de Gaia • Novotel

CL1 - Fraturas triplanares do tornozelo

Eduardo Moreira Pinto, João Teixeira, Filipa Oliveira, Pedro Atilano, Pedro Vaz, Ana Duarte, Tânia Veigas, António Miranda

Centro Hospitalar entre Douro e Vouga

Introdução

As fraturas triplanares na criança são lesões traumáticas do tornozelo diagnosticadas normalmente entre os 12 e os 15 anos de idade e caracterizadas por uma fratura de Salter Harris tipo IV em múltiplos planos. Representam 5 a 10% das fraturas intra-articulares do tornozelo em idade pediátrica, sendo mais comuns na população masculina. Esta fratura ocorre devido ao padrão assimétrico de encerramento da cartilagem de crescimento da tibia distal, que permite a ocorrência de uma fratura Salter Harris tipo III (Tillaux) e Salter Harris tipo IV (triplanar).

Relato de caso

Apresentam-se dois casos clínicos de pacientes do sexo feminino, 11 anos, que recorrem ao serviço de urgência com história de entorse do tornozelo em supinação rotação externa. Ao exame físico apresentam impotência funcional, edema 2+/4+ com extensão bimaleolar, dor à palpação principalmente da face lateral do tornozelo, sem sinais de sofrimento cutâneo ou alterações neurovasculares associadas. Foi solicitado um estudo imagiológico com radiografia e tomografia computadorizada que evidenciaram uma fratura da tibia distal intra-articular, Salter Harris tipo IV em duas incidências com um desvio superior a 2 mm e indicação para tratamento cirúrgico. Optou-se pela redução aberta e osteossíntese com parafusos canulados. Após 8 meses de seguimento, os pacientes apresentam uma recuperação completa, com um score FADI de 100.

Discussão

As fraturas triplanares do tornozelo são únicas da população pediátrica, resultantes de um encerramento assimétrico da cartilagem de crescimento da tibia distal que se prolonga por um período de cerca de 18 meses. O tratamento pode ser conservador nas fraturas sem desvio ou com desvio menor que 2mm e cirúrgico nas fraturas desviadas, sendo importante a escolha do tratamento mais adequado devido ao risco de complicações graves como deformidade angular, artrose precoce, discrepância dos membros inferiores e rigidez articular

CL2 - Tetraplegia espástica após acidente de viação – 1 caso clínico

Francisco Alves, David Ferreira, João Pedro, Ana Sofia, Graça Lopes

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Objectivo

Avalia a evolução motora de um jovem vítima de acidente de viação aos 2 meses de idade com TCE grave com tetraplegia espástica e epilepsia secundária

Método

A evolução motora de um jovem seguido em consulta de O. Infantil desde 2009. Operado em 2011 para redução da anca esquerda. Em 2014 e 2015 por deformidade em equino e plano valgo ao pé direito e ao pé esquerdo. Em 2019 foi operado por deformidade do punho em flexão desvio cubital e adução do 1º dedo. Em 2020 cirurgia ao cotovelo

Resultados

No seguimento durante 10 anos não houve alteração do score funcional mantém o estar sentado na cadeira de rodas sem dor na mobilização dos membros para a higiene e colocação de fralda, usa sapatos e sem sinais de compressão cutânea dos pés. A cirurgia do punho-mão apresenta uma mão em posição funcional mas com menor capacidade de mobilização dos dedos para o uso do rato do computador e secundária/ posição reflexa do flexão do cotovelo com dor e recusa a fazer extensão

Conclusão

não houve alteração do GMFM 5, a cirurgia realizada aos membros inferiores tornou-se mais benéfica na vida de relação diária. A cirurgia do membro superior apesar de ter uma mão sem posição viciosa foi limitante e não benéfica na melhoria da função motora e para a não aceitação pela família da diminuição da mobilidade que impediu manter o uso do computador que para o jovem era essencial

Relevância

A cirurgia efetuada nos jovens com tetraplegia espástica tem como finalidade a marcha; a posição de equilíbrio na cadeira; mobilização articular; permitir a higiene e não ter dor. A cirurgia do membro superior não mostra essa necessidade apesar das limitações existentes a sua função permite o manter o seu relacionamento social e a sua capacidade funcional.

CL3 - Caso Clínico: Uma Complicação Rara numa Situação Frequente

Nuno César Barbosa¹, Daniel Bernardino¹, Pedro Bizarro¹, Clara Júlio¹, Delfin Tavares²

Hospital Vila Franca de Xira, CHLC - Hospital Dona Estefânia.

Apresenta-se o caso de uma menina de 11 anos, sem antecedentes médicos relevantes, que na sequência de mecanismo torsional lhe foi diagnosticada epifisiólise distal da tibia esquerda com uma redução não aceitável, classificada como Salter-Harris II. Foi efectuada redução incruenta e fixação com dois parafusos canulados, tendo mantido imobilização gessada 5 semanas, após o que iniciou apoio. O pós-operatório decorreu sem complicações tendo sido efectuada remoção do material de osteossíntese por consolidação da lesão, após um ano.

Dois anos após a lesão (13 anos), durante um surto de crescimento, refere na consulta dores na articulação tibiotársica esquerda.

Os exames efectuados revelaram epifisiodese distal da tibia com varismo progressivo do joelho, com hipermetria relativa do perónio e disrupção da pinça maleolar com deformidade tridimensional da tibia. Foram discutidas as opções terapêuticas e optou-se por protelar cirurgia correctiva até encerramento definitivo das fises.

Aos 15 anos (4 anos após a lesão inicial) a doente foi reintervencionada, tendo sido realizada osteotomia do terço proximal da tibia esquerda, e fixação com Fixador Externo (*Taylor Spatial Frame*).

Cerca de 4 meses após a colocação do fixador, foi feita extracção do mesmo.

Com um seguimento de 7 anos após a lesão inicial, a doente apresenta-se assintomática, praticando actualmente actividade desportiva regular (natação).

O encerramento precoce da fise distal da tibia após epifisiólise distal da tibia é uma complicação bem documentada na literatura, geralmente associada a epifisiólises Salter-Harris III/IV, podendo também ocorrer com outros padrões de lesão. Esta complicação foi inicialmente relacionada com o mecanismo da lesão, mas alguns autores têm defendido o papel da redução anatómica na prevenção da formação de barras fisárias, sendo este um tema controverso.

Este caso ilustra por um lado, uma complicação rara de uma lesão geralmente associada a um bom prognóstico, e por outro, uma deformação torsional progressiva com morfologia incomum.

CL4 - Um caso de condromatose sinovial na criança

Alina Frolova, José Cunha Fernandes, Francisca Pinho Costa, Sara Almeida Santos, Joana Freitas, Rui Martins, António Sousa

Centro Hospitalar Universitário do São João, Porto

Objetivo

Condromatose sinovial é uma entidade rara, benigna, que afeta predominantemente adultos, envolvendo grandes articulações e por vezes, bainhas tendinosas. É extremamente rara em crianças, com uma possibilidade extensa de diagnósticos diferenciais e com bom prognóstico. Este trabalho é descrição de um caso de condromatose sinovial numa criança de 3 anos.

Métodos

Criança de 3 anos, sem antecedentes de relevo, foi observada em consulta de Ortopedia por dor, edema e derrame do joelho, com flexo e claudicação após trauma, sem febre ou outros sintomas. Estudo analítico e artrocentese excluíram artrite séptica. Foi avaliado por Reumatologia, com exclusão de artrite idiopática juvenil. Foi realizada Ressonância Magnética (RMN) que revelou derrame articular, espessamento sinovial e corpo livre intra-articular, sugerindo condromatose sinovial como diagnóstico. Realizada injeção intra-articular de corticóide com marcada melhoria do derrame, edema e mobilidade. 3 meses após, nova RMN revelou diminuição do corpo livre e menor espessamento sinovial. Persistiu derrame com distensão da bursa do semi-membranoso.

Resultados

Após injeção intra-articular de corticóide o doente mostrou melhoria clínica e imagiológica franca. Após 5 anos de seguimento ainda persiste discreto edema e derrame, sem dor ou limitação da mobilidade.

Conclusão

Condromatose sinovial no doente pediátrico é um diagnóstico raro, com sintomas semelhantes a artrite séptica ou outra patologia inflamatória. É importante excluir estes diagnósticos antes do diagnóstico final. Os sintomas respondem bem a corticoterapia intra-articular, com necessidade ocasional de remoção cirúrgica de corpos livres.

Relevância

Descrição de caso clínico raro de forma a alertar para uma patologia menos conhecida e um diagnóstico diferencial menos comum

CL5 - Nota sobre estudo e aplicação pioneira, em Portugal, de prótese total da anca especialmente desenhada para Paralisia Cerebral.

*Jorge F. Seabra**, *João Salgado***; *Mário Vaz****; *Gilberto Costa[^]*; *Jorge Coutinho[^]*; *Joana Freitas[^]*; *Pedro Pereira[^]*.

* Ortopedista Infantil, ex- Director Ortopedia do Hospital Pediátrico de Coimbra; ** Ortopedista; *** Faculdade de Engenharia Mecânica da Universidade do Porto e Director do Instituto de Engenharia Mecânica e Gestão Industrial (INEGI); [^]ex Director do Serviço de Ortopedia Infantil do Hospital S. João do Porto; ^{^^} Director do Serv. de Ortopedia Infantil do Hospital S.João do Porto; ^{^^^} Ortopedistas no Serv. de Ortopedia Infantil do Hospital de S. João do Porto.

Os autores apresentam uma nota prévia e sumária sobre um projecto, iniciado em 2008, que julgam pioneiro, nomeadamente em Portugal, de desenho, fabrico e aplicação de uma prótese total da anca (PTA) especialmente estudada para doentes com formas graves de Paralisia Cerebral (GMFCS IV e V) com luxação ou subluxação dolorosa e destruição da cartilagem articular, como alternativa às cirurgias de recurso habitualmente utilizadas, como a osteotomia de valgização ou de ressecção da extremidade proximal do fémur.

Os objetivos do projecto - numa época em que, apesar de já existirem alguns artigos sobre aplicação de próteses “standard” ou do ombro em ancas dolorosas de adultos com PC, a utilização de PTA em jovens com paralisia espástica era ainda considerada heterodoxa -, foram o de estudar uma prótese especificamente adaptada à situação patológica destes doentes, de forma a tratar a dor, tornando o pós-operatório mais leve e rápido e com um menor número de complicações e recidivas.

Um primeiro esboço de desenho da prótese foi realizado em colaboração com uma Faculdade de Engenharia Mecânica, em 2008, no seguimento de uma ideia do primeiro autor, embora essa primeira e incipiente abordagem não tenha tido qualquer continuidade.

Um modelo mais elaborado foi posteriormente estudado e concretizado, em 2010, fruto da colaboração do primeiro com o segundo autor e fabricada por uma conhecida empresa de material ortopédico com experiência em próteses.

O dois primeiros autores aplicaram a prótese em dois doentes tratados em 2010 e 2012.

Posteriormente, o mesmo modelo de prótese foi aplicado em quatro doentes por dois dos outros autores numa outra instituição hospitalar.

Esta curta comunicação pretende constituir um registo histórico e dar conta dessa experiência pioneira, expondo alguns aspectos, ensinamentos e complicações que se observaram nessa curta série.

CL6 - Resultados do método de Ponseti no pé boto idiopático

Nádia de Oliveira, Carlos Ferreira, Joana Freitas, Rui Martins, Jorge Coutinho

Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, Centro Hospitalar Médio Tejo, Centro Hospitalar São João

O pé boto congénito idiopático é a deformidade musculoesquelética mais comum, afetando 1 em cada 1000 nascimentos. O pé apresenta-se com uma deformidade em cavo, aducto, varo e equino, O método de Ponseti consiste na manipulação do pé e utilização de imobilizações gessadas seriadas, na tenotomia percutânea do tendão de Aquiles e na utilização de uma ortótese em abdução do pé para a correção da deformidade, sendo atualmente o gold-standard no tratamento do pé boto.

Com este trabalho pretende-se analisar os resultados clínicos do método de Ponseti no tratamento do pé boto idiopático num serviço de Ortopedia Infantil Português.

Realizou-se para isso uma análise retrospectiva dos doentes com pé boto idiopático tratados com o método de Ponseti, com pelo menos 5 anos de follow-up à data do início do estudo. Foram excluídas as crianças com pé boto neurológico, as que foram submetidas a outros tratamentos e as que perderam o seguimento,

O estudo incluiu 55 crianças e 87 pés (32 crianças com pé boto bilateral (58%)), 38 crianças eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino. Das crianças com envolvimento unilateral, 14 tinham envolvimento do pé esquerdo e 9 do pé direito. A média de idade de início do tratamento foi de 24,69 dias (2-340 dias) O número médio de gessos necessários para obter uma correção foi de 4,3 gessos. Um total de 53 pés necessitaram de uma tenotomia percutânea do Aquiles (61%) e 12 pés foram submetidos a uma transferência do tibial anterior (13.7%). Houve 8 casos de recidiva registados (14.5%).

Os resultados deste estudo são em grande parte semelhantes aos reportados na literatura, confirmando o método de Ponseti como sendo eficaz, reprodutível e que diminui a necessidade de procedimentos cirúrgicos mais extensos.

CL7- Utilização de placas em 8 no tratamento do genu valgo idiopático

Luis Barbosa, Joana Ovídio, Patrícia Rodrigues, João Lameiras Campagnollo, Delfin Tavares

Hospital Dona Estefânia (CHLC)

Objetivo

O objetivo do trabalho é analisar os casos de genu valgo submetidos a hemiepifisiodese com placas em 8, relativamente à sua eficácia e ritmo de correção da deformidade.

Material e Métodos

Entre 2008 e 2016, 26 doentes foram submetidos a hemiepifisiodese temporária por genu valgo, 14 deles com deformidade bilateral e 12 unilateral, perfazendo um total de 40 joelhos operados. Catorze doentes eram do género masculino e 12 do feminino.

Dependendo da localização da deformidade, as placas em 8 foram colocadas no fémur distal e/ou na tibia proximal.

Foram utilizadas as radiografias dos membros inferiores em filme extralongo para avaliar o alinhamento, antes da hemiepifisiodese e após a remoção do material. O eixo mecânico femoro-tibial foi analisado em ambos os raios-x e comparado de modo a obter o ritmo de correção e o alinhamento final.

Resultados

O *follow up* médio foi de 50 meses (33-84 meses). As placas em 8 foram colocadas, em média, aos 11+/-1.8 anos (8-14) e removidas 13,6+/-6,5 meses depois.

A deformidade inicial era de 6,4+/-2,6º de valgo e o alinhamento final alcançado foi de 0,9+/- 3,2º de varo. Independentemente do local da hemiepifisiodesse, o eixo mecânico foi corrigido, em média, 7,2+/-4,8º. Três doentes ficaram hipercorrigidos e 2 hipocorrigidos.

Conclusão

Os resultados sugerem que esta é uma técnica eficaz, segura e reproduzível para corrigir deformidades angulares em adolescentes com fises abertas. Nestes casos consideramos fundamental manter um seguimento apertado durante todo o período de correção, a fim de remover os implantes na altura certa e assim obter a correção pretendida.

Relevância

A hemiepifisiodesse temporária é o *gold standard* no tratamento cirúrgico do genu valgo idiopático mas atualmente existem várias técnicas descritas, nomeadamente grampos, bandas de tensão ou placas em 8. No entanto, ainda não está demonstrado a superioridade de uma técnica em relação às outras.

CL8 - Fixação Posterior de Hemivértebra Lombar – Caso clínico

Paula Vieira, André Pinho, Luís Pedro Vieira, Filipe Duarte, Joana Freitas, Vitorino Veludo

Centro Hospitalar e Universitário São João, Porto

Introdução

O tratamento das deformidades congénitas permanece um tremendo desafio. Hemivértebra é uma das causas mais frequentes de escoliose congénita. A maioria dos casos requer tratamento cirúrgico pelo potencial de progressão da curva, que depende principalmente do tipo de anomalia e da idade. A hemivertebrectomia por via posterior com instrumentação transpedicular é um procedimento que aporta vantagens significativas no tratamento das deformidades congénitas. Existem poucos relatos destas intervenções em crianças em idade inferior aos 4 anos. Neste trabalho apresenta-se um caso de hemivértebra lombar intervencionada aos 2 anos e 11 meses de idade.

Material e Métodos

Sexo feminino, observada aos 15 meses de idade com identificação hemivertebra L4 esquerda, com uma escoliose de convexidade direita com ângulo de Cobb de 27º (L3-L5) e uma lordose lombar (L1-L5) 19º. Submetida a hemivertebrectomia L4 por via posterior isolada com fixação pedicular posterior L3-L5 e sistema em compressão laminar L3-L5.

Resultados

Internamento sem intercorrências, tendo tido alta a tolerar deambulação. Nas consultas subsequentes, ótima evolução tanto clínica como imagiológica, com ângulo de Cobb de 20º e um lordose lombar 28º aos 2 anos de seguimento.

Discussão

Os autores seguiram o trajeto de outros centros, passando da dupla abordagem para, no seguimento dos trabalhos de Harms, tratar as escolioses congénitas com hemivértebras isoladas através de hemivertebrectomia por via posterior isolada com instrumentação transpedicular. Os princípios básicos do tratamento das deformidades congénitas – correção da deformidade nos planos sagital e coronal; segmentos de fusão curtos; estabilidade; segurança – estão inerentes à hemivertebrectomia por via posterior. O uso de uma terceira barra em compressão laminar permite otimizar a manutenção de um excelente equilíbrio.

Conclusão

A hemivertebrectomia por via posterior isolada é um procedimento a ter em consideração no tratamento de crianças com este tipo de deformidades congénitas, sendo a única que permite a correção do fenómeno causal.

CL9 - Impacto do Tratamento Cirúrgico da Escoliose Idiopática do Adolescente na Altura Toraco-Lombar

Ricardo Marques, Pedro Sá Cardoso, Oliana Tarquini, Cristina Alves, Tah Pu Ling
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE

Introdução

A cirurgia da escoliose idiopática do adolescente (EIA) corrige a deformidade angular e rotacional e modifica a altura total da coluna e, conseqüentemente, do doente. As medições T1-T12 e T1-S1 são parâmetros utilizados na avaliação das escolioses *early onset* e relacionados com a função respiratória. Foi objetivo deste estudo avaliar a variação de altura dos doentes submetidos a tratamento cirúrgico de EIA.

Material e Métodos

Incluimos 102 doentes com EIA, tratados com fusão posterior. Avaliámos dados demográficos, tipo de curva e comprimentos T1-T12 e T1-S1 (pré-operatório, pós-operatório e última radiografia).

Resultados

A idade foi $14,5 \pm 1,8$ anos, 85 indivíduos sexo feminino, peso 52 ± 12 kg, altura 156 ± 17 cm. Pré-operatoriamente, o ângulo Cobb da curva principal era $70 \pm 17^\circ$, no pós-operatório $23 \pm 11^\circ$ e último controlo $26 \pm 12^\circ$. O controlo radiológico pós-operatório mostrou aumento de 27 ± 17 mm em T1-T12 (T1-T12 pós-operatório 259 ± 21 mm) e 34 ± 26 mm em T1-S1 (T1-S1 pós-operatório 424 ± 28 mm), existindo diferenças significativas entre alturas pré e pós-operatórias ($p < 0,05$). Verificámos diminuição de 1 ± 7 mm em T1-T12 ($p = 0,25$) entre pós-operatório e consulta. Na medição T1-S1 existiu diminuição de 5 ± 10 mm no controlo final ($p < 0,001$). Agrupando doentes Lenke 1-4 e 5-6, verificaram-se ganhos no comprimento em todas as curvas, sem diferenças significativas entre os dois subgrupos. Isolado o segmento L1-S1, os doentes Lenke 5-6 tiveram um ganho mais significativo ($p = 0,019$). O ganho de comprimento T1-S1 tem uma correlação moderada com a correção do ângulo Cobb ($r = 0,4$, $p < 0,001$).

Discussão

O tratamento cirúrgico da EIA condiciona um aumento na altura da coluna e, portanto, da altura do doente. O ganho de altura é independente do tipo de curva e a correção do ângulo de Cobb correlaciona-se com o aumento de altura.

Relevância

Os doentes com EIA devem ser informados do impacto do tratamento cirúrgico na sua altura corporal.

CL10 - Regressão completa de lesão óssea cervical – Caso clínico

Paula Vieira, André Pinho, Francisca Pinho Costa, Filipe Duarte, Joana Freitas, Francisco Serdoura, Vitorino Veludo

Centro Hospitalar e Universitário São João, Porto

Introdução

Tumores ósseos vertebrais em idade pediátrica são entidades raras e apresentam-se geralmente como lesões únicas. Quando localizados na região cervical podem ter como primeira manifestação o torcicolo.

Material e métodos

Sexo masculino, 11 anos. Observada por cervicalgia com contratura muscular. Por manter queixas após 3 semanas, realizou TC e RM que revelaram lesão lítica expansiva e hipercaptante na metade esquerda de C4, com componente de tecidos moles. Complementou estudo com cintilograma ósseo, que revelou foco hipercaptante da pars interarticularis esquerda de C4. Durante todo o período de seguimento manteve-se sem evidência clínica e imagiológica de compressão medular ou radicular.

Resultados

Realizada biópsia aspirativa que revelou quadro citológico compatível com histiocitose. A biópsia aberta demonstrou lesão histologicamente sugestiva de xantogranuloma juvenil (XJ). Após revisão anatomopatológica, foi alterado diagnóstico histológico para granuloma reparador de células gigantes

(GRCG) / quisto ósseo aneurismático sólido (QOAS). Em discussão multidisciplinar, foi assumida atitude expectante. Em estudo imagiológico e histológico 6 meses após a apresentação, observada regressão da lesão e alteração de características para aspeto fibrótico. Mantém vigilância há mais de 2 anos sem evidência de recidiva.

Discussão

Os três diagnósticos sugeridos, XJ, GRCG e QOAS, são histologicamente semelhantes e correspondem a patologias benignas, mais comum em jovens. A apresentação óssea vertebral é possível mas extremamente rara, existindo apenas séries pequenas ou relatos de casos. São lesões com risco de evolução local e sem evidência descrita de regressão espontânea nesta localização. As opções terapêuticas defendidas na literatura passam por cirurgia, quimio e/ou radioterapia. Este caso clínico vem dar uma nova e animadora perspectiva destas lesões vertebrais ao demonstrar a regressão completa da lesão óssea cervical, sem lesões sequelares, após atitude expectante.

Conclusão

Este caso clínico vem questionar as atitudes terapêuticas agressivas descritas previamente na literatura em doentes sem evidência de compressão

CL11 - Artrite séptica do joelho com cultura do líquido sinovial negativa - estudo de uma instituição

Alina Frolova, Flávia Moreira, Luísa Vital, Sara Almeida Santos, Joana Freitas, Rui Martins, António Sousa
Centro Hospitalar Universitário do São João, Porto

Objetivo

Artrite séptica (AS) em crianças sem isolamento de agente no líquido sinovial (LS) tem sido cada vez mais comum. O objetivo deste trabalho é avaliar se existem diferenças na apresentação clínica (a nível de febre e proteína C reativa - PCR - na admissão) entre casos de AS do joelho com culturas sinoviais positivas e negativas e se doentes com AS com culturas positivas apresentam maior risco de nova intervenção cirúrgica

Métodos

Estudo retrospectivo de todos os casos de AS do joelho em crianças admitidas entre 2008 e 2018, registo de dados demográficos, história de febre e valores de PCR na admissão, resultados de cultura do LS e necessidade de novo desbridamento cirúrgico. Foram comparados doentes com cultura do LS positiva e negativa.

Resultados

40 doentes no total, 55% do sexo masculino, idade média 3,48. Tempo médio de evolução de sintomas antes de admissão hospitalar 2,36 dias. 32,5% com febre. PCR média à data de admissão 63,79. Duração média de internamento 12,77 dias (sem diferença estatística entre grupos $p=0,933$). 17,5% com isolamento de agente nas culturas do LS. Todos submetidos a artrotomia com limpeza cirúrgica e antibioterapia endovenosa. Duração média de antibioterapia endovenosa 9,92 dias, sem diferença estatisticamente significativa entre grupos. 5% dos doentes com necessidade de nova intervenção cirúrgica, todos com culturas positivas. Presença de febre sem correlação estatisticamente significativa com cultura do LS positiva ($p=0,96$) ou PCR média ($p=0,854$).

Conclusão

Isolamento de agente na cultura do LS permite dirigir antibioterapia. Positividade da cultura sem correlação com a apresentação clínica inicial, embora estes doentes devam ser monitorizados por provável aumento de risco de nova intervenção cirúrgica **Relevância** Este série de casos contribui para a compressão da apresentação e a evolução clínica de forma a definir estratégias de abordagem e controlo de potenciais fatores de risco

CL12- Complicações cirúrgicas da correção de escolioses neuromusculares

Afonso Cardoso, Pedro Sá Cardoso, Oliana Tarquini, Cristina Alves, Tah Pu Ling
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE

Objetivo

A escoliose associada a patologia neuromuscular é frequentemente grave e rapidamente progressiva. Simultaneamente, estes doentes apresentam comorbilidades importantes, pelo que a decisão de tratamento cirúrgico deve equacionar cuidadosamente riscos e benefícios e envolver uma equipa multidisciplinar. É objetivo deste trabalho apresentar as complicações da cirurgia de correção de escolioses neuromusculares, em idade pediátrica.

Métodos

Estudo retrospectivo com revisão do processo clínico e radiografias dos doentes identificados com escoliose neuromuscular operados numa instituição, período 2012-2017.

Resultados

Incluímos 40 doentes, idade média $13,75 \pm 2,34$ anos. Destes, 21(52,5%) eram do sexo feminino. Etiologicamente: 18 doentes com paralisia cerebral, 3 com distrofia muscular de Duchenne, 3 com atrofia muscular espinhal, 2 com microcefalia, 2 com síndrome de Rett, 1 com ataxia de Friedreich, 1 com Miastenia, 8 com outros síndromes e 2 com doença neuromuscular sem diagnóstico específico.

Pré-operatoriamente, os doentes apresentaram um ângulo Cobb de $103 \pm 27^\circ$ e cifose de $44 \pm 30^\circ$. Na radiografia com inclinação: Cobb $73 \pm 28^\circ$. No pós-operatório esses valores foram corrigidos para $38 \pm 21^\circ$ e $31 \pm 11^\circ$, respetivamente, traduzindo correção de $65,9 \pm 12,7\%$. O tempo de seguimento radiográfico foi de $27,4 \pm 14,9$ meses.

Identificámos complicações em 23(57,5%) doentes. Dez (25%) foram submetidos a cirurgias não planeadas; 6(15%) apresentaram falência de material; 5(12,5%) tiveram perda de correção; 8(20%) tiveram complicações pulmonares; 6(15%) tiveram infeção cirúrgica; em 2(5%) verificou-se lesão neurológica e em 4(10%) lesão da dura.

O género, idade, instrumentação ao ilíaco ou as variáveis anteriormente referidas não se associaram/relacionaram a um maior índice de complicações ($p > 0.05$).

Conclusão

A correção da escoliose de etiologia neuromuscular está associada a uma grande percentagem de complicações. Não identificámos características populacionais ou clínicas/radiográficas preditivas das complicações.

Relevância

Este estudo evidencia a complexidade da correção da escoliose neuromuscular. São cirurgias extensas e associadas a elevadas taxas de complicações. É fulcral a gestão das expectativas das famílias e doentes.

CL13 - Fratura instável da diáfise do fémur na criança: série de casos de fixação intramedular elástica e revisão da literatura

Francisco Bernardes, Diogo Soares, David Gouveia, Pedro Ribeiro, Sofia Esteves, Jorge Mendes
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel

Objetivo

Reportar o tratamento bem-sucedido de fraturas instáveis da diáfise do fémur na criança recorrendo ao encavilhamento intramedular elástico com fios de titânio.

Métodos

Série de dois casos e revisão da literatura. Caso 1: sexo masculino, 8 anos, fratura da diáfise do fémur oblíqua longa, com extensão da metáfise distal à região subtrocantérica. Caso 2: sexo masculino, 5 anos, fratura da diáfise do fémur oblíqua com extensão à região subtrocantérica. Submetidos a fixação

intramedular elástica com fios de titânio por via retrógrada e imobilização temporária com tala gessada pélvico-podálica.

Resultados

Às 6 semanas de pós-operatório foi obtida consolidação e as crianças iniciaram carga parcial. Às 8 semanas toleravam carga total sem restrições. A extracção dos fios decorreu sem intercorrências às 12 semanas. Não houve complicações de relevo durante o período de follow-up excepto ligeiro desconforto no local de inserção dos fios ao nível do joelho. Aos 6 meses de follow-up, sem sinais de dismetria, deformidade rotacional ou consolidação em varo ou valgo. Sem limitações funcionais.

Conclusão

Nesta série, o encavilhamento intramedular elástico com fios de titânio permitiu o tratamento minimamente invasivo de 2 casos complexos de fratura instável da diáfise do fémur. A mobilidade no foco de fratura e a preservação do hematoma fraturário permitiram a sua rápida consolidação. Precocidade na mobilização e carga constituíram benefícios adicionais.

Relevância

A fratura instável da diáfise do fémur na criança é pouco frequente e um desafio na traumatologia infantil. Entre os 6 e os 16 anos não existe consenso quanto à melhor opção de tratamento (placa, fixador externo, cavilha rígida ou fios flexíveis intramedulares). Nesta série, o encavilhamento intramedular elástico com fios de titânio permitiu o tratamento bem sucedido deste tipo de fratura com os benefícios supracitados.

CL14 - Diferente etiologia para a Luxação da anca e pé equino varo congénito

Ana Rodrigues, David Ferreira, João Pedro, Graça Lopes

Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Objectivo

A incidência isolada de DDA é de 1,4 /1000 e do pé equino varo congénito é de 1-2/1000. A existência de ambas deve excluir outras etiologias e coloca um desafio no tratamento e capacidade funcional.

Método

Dois casos clínicos com LCA e pé boto de etiologia diferente

CC1: R.N. feminino, internada na unidade Neonatologia por dificuldade respiratória, com deformidade equino, varo, aduto rígidos e joelhos em extensão e apresenta luxação da anca direita, estudo genético com artrogripose múltipla congénita. Devido a múltiplas paragens respiratórias foi submetida a cirurgia de transplante da traqueia não sendo possível iniciar o tratamento. Iniciou tratamento aos 16 meses a ambos os pés segundo o método de Ponseti e redução cirúrgica da LCA. Foi operada aos 3 anos por recidiva da deformidade do pé direito e com zonas de pressão.

CC2: R.N. feminino, com mielomeningocelo, operada em Luanda aos 6 meses a pé boto após gessos seriados e tenotomia do tendão de Aquiles. Em Portugal aos 2 anos por recidiva da deformidade de ambos os pés foi tratada segundo o método de Ponseti e tratamento cirúrgico da LCA anca esquerda.

Resultados

Ambas as crianças foram submetidas ao mesmo tipo de tratamento. Em ambas houve recidiva da deformidade dos pés. Mas na criança com MMG ambas as ancas evoluíram com luxação.

Conclusão

O método de tratamento semelhante tem prognóstico diferente consoante a etiologia. Na criança com artrogripose tem marcha autónoma com talas AFO; a criança com mielomeningocelo com as talas AFO consegue fazer transferências.

Relevância

A artrogripose com incidência de 1/10.000 apresenta deformidades rígidas e com limitação da mobilidade mas permite autonomia funcional. No Mielomeningocelo com incidência de 3/10.000 o nível

funcional depende do nível de lesão do defeito neural havendo potencial de marcha para os mielomengocelos baixos de L4 – L5 e sacro.

CL15 - Rotura do ligamento cruzado anterior no adolescente esqueliticamente imaturo: resultado funcional da reconstrução tipo physeal sparing

Francisco Bernardes, Diogo Soares, José Miradouro, Tiago Costa, Sofia Esteves, Jorge Mendes

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel

Objetivo

Reportar o tratamento bem-sucedido da reconstrução do ligamento cruzado anterior (LCA) tipo *physeal-sparing* num futebolista federado de 14 anos esqueliticamente imaturo.

Métodos

Relato de caso e revisão da literatura. Sexo masculino, 14 anos, recorreu ao SU após entorse do joelho esquerdo em rotação externa e com translação anterior da tibia. Clinicamente com derrame, dor à palpação da interlinha externa, varo forçado e instabilidade no teste de *Lachman*. Rx com aparente avulsão da espinha interna da tibia, excluída por TC. Por derrame a condicionar bloqueio foi efetuada artrocentese com drenagem de hemartrose, sem lipoemartrose. Foi imobilizado com *Robert-Jones*. RMN às 8 semanas com constatação de rotura quase completa do LCA e lesão do menisco externo em asa de cesto. Submetido passado 1 mês a sutura meniscal e ligamentoplastia do LCA *physeal-sparing* com enxerto de semitendinoso.

Resultados

Cumpriu 4 semanas de descarga parcial. Boa evolução clínica ao longo dos meses seguintes com recuperação da amplitude articular total e força. *Return to play* aos 6 meses. Sofreu nova lesão recentemente com distensão do neoligamento, sem rotura. RMN controlo confirmando adequado posicionamento dos túneis. Radiologicamente sem encerramento das fises. Sem registo de dismetria até ao momento.

Conclusão

A reconstrução do ligamento cruzado anterior por técnica *physeal-sparing* afigurou-se como uma boa opção de tratamento, evitando o encerramento fisário precoce num adolescente com potencial de crescimento remanescente.

Relevância

Com o aumento da prática desportiva, um número crescente de crianças/adolescentes esqueliticamente imaturos sofre rotura do LCA. A sua reconstrução permite restaurar a estabilidade articular prevenindo lesões condrais e meniscais. Existe controvérsia quanto ao *timing* e técnica cirúrgica. A construção de túneis através das fises por técnicas transepifisárias pode levar ao seu encerramento precoce, recomendando os autores a técnica *physeal-sparing* supracitada.

CL16- Revisitar a Coxa Vara

Emanuel Homem Costa, João Cruz, Cláudio Garcia, João Gonçalves, Luís Soares, Virgílio Paz Ferreira, Fernando Carneiro, Jorge Seabra, António Rebelo

Hospital do Divino Espírito Santo

A coxa vara é uma entidade rara, com incidência estimada de 1:25000 nascimentos, que se caracteriza por um ângulo cervico-diafisário (aCD) do fémur inferior ao normal (<120º) associado a um defeito de ossificação inferior do colo femoral. Clinicamente, manifesta-se maioritariamente após o início da marcha por claudicação, encurtamento do membro e/ou marcha de Trendelenburg, raramente com coxalgia associada. O ângulo Hilgenreiner-epifisário (aHE) (normal <25º) é um dos principais fatores para a decisão terapêutica. O objetivo desta avaliação retrospectiva foi descrever os casos clínicos abordados numa instituição num período de 20 anos e respetivo follow-up.

Análise retrospectiva dos processos clínicos e convocatória para consulta de avaliação de doentes submetidos a tratamento cirúrgico por coxa vara entre 2000 e 2020. As variáveis demográficas, clínicas, radiológicas e de outcomes funcionais foram avaliadas em períodos distintos: pré-operatório, pós-operatório e na última consulta de Ortopedia.

Num total de 4 doentes: 4 do sexo masculino, 4 com afeção bilateral e com idades à data de cirurgia compreendidas entre 7-14 anos. Etiologicamente: 3 casos de displasias ósseas. Radiologicamente: aHE e aCD pré-operatórios de 49,03-88,84º e 75,47-117,63º; e pós-operatórios de 28,04-40,07º e 123,23-143,72º (respetivamente). Dismetria entre 0,4 e 2,3cm e HH score entre 81-100 para follow-up de 3 a 18 anos.

Os autores descrevem uma patologia rara com tratamento cirúrgico tecnicamente exigente e repercussão importante na progressão futura para coxartrose e impacto na qualidade de vida dos doentes.

CL17 - Resultados do tratamento cirúrgico de fraturas do côndilo lateral do úmero em crianças

Renato Vale Ramos 1, Catarina Aleixo 1, Rita Rebelo Santos 2, Andreia Ferreira 1, Domingues Rodrigues 1, Mafalda Santos 1

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia; 2 Hospital Distrital de Santarém, Santarém

Objetivo

A fratura do côndilo lateral do úmero é a segunda fratura mais comum do cotovelo em crianças. O objetivo deste trabalho é descrever uma população de crianças com fratura do côndilo lateral do úmero tratadas cirurgicamente e reportar os respetivos resultados.

Métodos

Estudo retrospectivo de crianças submetidas a tratamento cirúrgico de fraturas do côndilo lateral do úmero entre janeiro de 2014 e setembro de 2019. Foram recolhidos dados demográficos, sobre a fratura, tratamento, e resultado clínico e radiológico a partir do processo e das radiografias.

Resultados

Foram identificadas 13 crianças (10 rapazes, 3 raparigas), com idade mediana de 4 anos (3-9). O tempo médio de seguimento foi 37 meses. Três apresentavam luxação do cotovelo associada. Houve necessidade de redução aberta em 10 casos. A fixação foi realizada com fios de Kirschner em 9 casos e com parafuso nos restantes. A diferença mediana do ângulo de Baumann em relação ao membro contralateral foi de 8º, ângulo de carga 1º e ângulo diáfise-côndilo de 3º. O tempo mediano até à consolidação foi 39 dias. Verificaram-se três casos de deformidade em varo, um de deformidade em valgo, e uma perda de redução com atraso de consolidação. Um doente apresentava um défice de supinação de 10º, um com défice de flexão de 40º e um 50º.

Conclusão

O tratamento cirúrgico de fraturas do côndilo lateral do úmero resulta geralmente em boas mobilidades, embora tenham ocorrido três casos de cubito varo, tendo-se verificado 8 resultados excelentes, 2 bons e 3 maus pelos critérios de Flynn. Verificou-se uma baixa taxa de complicações, nomeadamente sem casos de osteonecrose ou pseudartrose.

Relevância

Este trabalho demonstra os bons resultados funcionais após fixação de fraturas do côndilo lateral do úmero em crianças. O pequeno tamanho da amostra não permitiu obter conclusões quanto a fatores associados à presença de complicações.

CL18 - Fraturas de Monteggia: São Possíveis Excelentes Resultados!

Rita Lopes, João Cabral, Oliana Tarquini, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Cristina Alves, Tah Pu Ling, Gabriel Matos

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE

Objetivo

As fraturas de Monteggia representam 1% das fraturas do cotovelo e antebraço na população pediátrica e 5% das fraturas do membro superior. Na presença de fratura isolada do cúbito é necessário suspeitar de luxação da tacícula radial, de forma a não negligenciar o diagnóstico de fratura de Monteggia, evitando repercussões funcionais e médico-legais. Pretendemos realizar uma análise descritiva e avaliação funcional das crianças tratadas no nosso Hospital por fratura de Monteggia aguda.

Métodos

Estudo retrospectivo dos doentes com fratura de Monteggia aguda, período 2011-2019. Colhidos dados referentes a idade, género, lateralidade, classificação de Bado, tratamento e complicações. Avaliação funcional pelo questionário *Quick-Dash*.

Resultados

Incluimos 11 doentes, 8 rapazes, com idade 8(4-17)anos e seguimento de 32(5-100)meses. Todas as lesões eram fechadas e 7 afetavam o lado esquerdo. Acidente causal: queda da própria altura(6) ou cadeira(1), bicicleta(2), skate(1), insuflável(1). Classificação: 5 fraturas Bado I, 2 Bado II, 2 Bado III e 2 Bado IV. 3 doentes foram inicialmente observados noutras instituições e 1 destes não foi diagnosticado. Tratamento realizado: 6 redução fechada(RF) e imobilização gessada(IG), 1 RF+encavilhamento elástico do cúbito+IG, 1 RF+encavilhamento elástico do rádio e cúbito+IG, 1 RF+fixação do cúbito com fios Kirschner+IG, 1 RF+fixação do rádio e cúbito com fios Kirschner+IG, 1 RF da tacícula radial+redução aberta e osteossíntese do cúbito com placa DCP+IG. Tempo de imobilização 6 (5-6)semanas. Questionário *Quick-Dash* aplicado a 10 doentes, com resultado mediano 0 (0-0), traduzindo ausência de qualquer limitação funcional. Não foi possível contactar um doente estrangeiro. Não ocorreram complicações.

Conclusão

54.5% dos nossos doentes foram tratados com redução fechada e imobilização gessada, necessitando os restantes de estabilização cirúrgica do cúbito. Não observámos perdas de redução e os resultados funcionais obtidos são excelentes.

Relevância

O diagnóstico precoce das fraturas de Monteggia exige elevada suspeição e é essencial para um tratamento adequado, evitando complicações debilitantes.

CL19 - Reconstrução do ligamento cruzado anterior pela técnica “over-the-top” em doentes pediátricos

Raquel Rocha Afonso, Cecília Sá-Barros, Mário Baptista, Cláudia Vale, Paulo Cunha, Pedro Varanda, Ricardo Maia

Hospital de Braga

A reconstrução “over-the-top” (OTT) é uma técnica de reconstrução do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) poupadora da fise, mediante utilização de enxerto de tendão de isquiotibiais posicionado acima do côndilo femoral lateral. Como desvantagens apontam-se o posicionamento não anatómico e a possibilidade de perturbações do crescimento.

O objetivo deste estudo é apresentar os resultados clínicos de doentes pediátricos submetidos na nossa instituição a reconstrução do LCA pela técnica OTT.

Incluíram-se três pacientes, entre os 11 e os 15 anos. Recolheram-se variáveis demográficas, variações na técnica cirúrgica, lesões associadas, distúrbios de crescimento, re-rotura e outras complicações. Foram avaliadas amplitude movimento, dor (escala visual analógica, EVA), testes de instabilidade e

scores funcionais (Questionário Cincinnati modificado; Tegner-Lysholm Knee Score; Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score, KOOS; Knee Society Score, KSS, e IKDC Knee Evaluation).

O tempo médio de seguimento foi 14 meses. A idade média foi 12,7 anos, sendo dois doentes do sexo feminino. Dois doentes apresentavam lesão em asa-de-cesto do menisco medial, submetidas a sutura; o terceiro doente apresentava avulsões ósseas, cujos fragmentos foram removidos. A inserção tibial foi realizada com botão num doente e com âncora nos restantes.

No final do seguimento, todos recuperaram a mobilidade por completo, sem clínica de instabilidade do joelho. A EVA média em esforço e em repouso foi 3 e 0, respetivamente; KSS médio foi 95%, Cincinnati score foi 96%, Tegner-Lysholm 98% e KOOS 97%.

Não se observaram quaisquer complicações durante o seguimento, nomeadamente deformidades angulares ou re-roturas. Um doente apresentou sobre-crescimento ligeiro (12mm). Todos retomaram atividade desportiva prévia.

A técnica OTT é uma opção viável e segura em doentes pediátricos, com resultados clínicos excelentes, embora a hiperestimulação fisária com conseqüente sobre-crescimento seja uma preocupação. Estes resultados sugerem que a reconstrução do LCA deve ser realizada em pacientes que pretendam manter um estilo de vida ativo.

CL20 - Resultados funcionais do tratamento cirúrgico de lesões osteocondrais do joelho, com fragmento livre intra-articular

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

Objectivo

As lesões osteocondrais do joelho na população pediátrica, com fragmento livre intra-articular, podem ser traumáticas ou secundárias a osteocondrite dissecante. O tratamento é geralmente cirúrgico, com remoção ou fixação do fragmento, consoante a localização e tamanho da lesão, características do fragmento e maturidade esquelética doente. Pretendemos avaliar o resultado funcional do tratamento cirúrgico de fraturas osteocondrais do joelho, com fragmento livre intra-articular.

Métodos

Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a tratamento cirúrgico por tratamento cirúrgico de fraturas osteocondrais do joelho, com fragmento livre intra-articular, período 2016-2019. Foi realizada avaliação funcional com os scores Tegner-Lysholm e Oxford Knee.

Resultados

Incluimos 4 doentes neste estudo. Em 2 doentes foi feita redução e fixação do fragmento e nos outros 2 foi efetuada remoção do fragmento e microfuragens. Foi necessário converter uma artroscopia em artrotomia.

Todos os doentes eram do sexo feminino, com uma idade média de 14 anos e 8 meses (14-16). O tempo médio de follow-up foi de 15,75 meses (4-36).

Os doentes submetidos a redução e fixação do fragmento apresentaram um resultado funcional médio de 91 (85-97) (Tegner-Lysholm) e 46,67 (45-46) (Oxford Knee). Os doentes nos quais foi efetuada a excisão do fragmento apresentaram score de 95 (91-99) (Tegner-Lysholm) e 46,5 (46-47) (Oxford Knee).

O tempo de internamento foi de 2 dias em todos, não tendo ocorrido complicações cirúrgicas.

Conclusão

Em idade pediátrica, sempre que possível, deve ser feita redução e fixação do fragmento. Quando não é possível esta opção, está indicada a excisão do fragmento, regularização dos bordos da lesão e realização de microfuragens na loca lesional.

Relevância

As lesões osteocondrais do joelho com fragmento livre intra-articular podem colocar dificuldades diagnósticas e terapêuticas.

CL21 - Epifisiólise Femoral Proximal: estarão os resultados a longo prazo relacionados com o grau de deslizamento?

Raquel Rocha Afonso¹, Cecília Sá-Barros¹, Rosana Pinheiro², Elisabete Ribeiro¹, Melanie Ribau¹, Pedro Varanda¹, Ricardo Maia¹, Eurico Bandeira Rodrigues¹

1 – Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital de Braga; 2 – Serviço de Ortopedia e Traumatologia da Unidade Local de Saúde do Nordeste.

A fixação *in situ* (FIS) é um tratamento cirúrgico com resultados consistentes na epifisiólise femoral proximal (EFP). Contudo, as consequências a longo prazo da sua fixação têm sido debatidas, devido à eventual deformidade remanescente e subsequente deterioração articular. O objetivo do presente estudo retrospectivo foi avaliar os resultados funcionais e radiológicos a longo prazo de doentes submetidos a FIS de EFP entre 1989 e 2009.

Foram incluídos os doentes submetidos a FIS para tratamento de EFP na nossa instituição nesse período, tendo sido divididos em dois grupos, segundo a classificação de Wilson. A avaliação funcional e de qualidade de vida foi aferida através dos questionários HOOS e SF-36v2, respetivamente, com um seguimento mínimo de 10 anos. A avaliação radiológica teve por base radiografias de face e perfil de Dunn com o mínimo de 5 anos de seguimento. Os grupos foram comparados utilizando os testes Qui-quadrado, teste exato de Fisher e ANOVA.

Dos 88 doentes, foi possível realizar avaliação clínica em 29 (34ancas) e a avaliação radiológica em 25 (32ancas). A idade média de diagnóstico foi 13anos, e de seguimento 34,7anos. O grupo II apresentou resultados funcionais e de qualidade de vida significativamente mais baixos que o grupo I. No que diz respeito à avaliação radiológica, os indivíduos do grupo II apresentaram maior prevalência de deformidades tipo CAM (59% vs 36%), *pistol-grip* (59% vs 43%) e encurtamento do colo femoral (56% vs 36%), bem como de alterações degenerativas (41% vs 38%), comparativamente ao grupo I, embora não se tenham identificado diferenças estatisticamente significativas.

O presente estudo indica que os resultados funcionais a longo prazo nestes doentes estão relacionados com o grau de deslizamento, sugerindo ainda a existência de diferenças radiológicas entre indivíduos com desvios ligeiros e moderados. Assim, o grau de deslizamento epifisio-metafisário pode contribuir como fator prognóstico nos indivíduos com EFP.

CL22- Tratamento Cirúrgico de Cubitus Varus Pós-Traumático: Resultados Funcionais de uma série

Daniela Pereira, João Cabral, Oliana Madeira, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Cristina Alves, Tah Pu Ling, Gabriel Matos

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE

Objectivo

O cubitus varus é a complicação mais frequente após o tratamento de fraturas supracondilianas do úmero com desvio. Existem diversas técnicas cirúrgicas para a sua correção. Descrevemos uma série de doentes tratados na mesma instituição com cubitus varus pós-traumáticos.

Métodos

Análise retrospectiva dos doentes submetidos a osteotomia de subtração lateral do úmero para correção da deformidade residual entre 2011-2019. Avaliação radiográfica (ângulo de carga ou ulnohumeral), funcional (QuickDash) e grau satisfação (via telefónica).

Resultados

7 doentes (3raparigas+4rapazes) com seguimento>12 meses: idade média fratura 5anos+5meses, idade média osteotomia 11anos+9meses. O tratamento inicial: redução fechada+fixação fios Kirschner (5doentes), tratamento conservador (1doente), consolidação viciosa após fratura negligenciada (1doente). Todos foram submetidos a osteotomia de subtração de cunha lateral+fixação com: fios Kirschner (5doentes) ou parafusos canulados (2doentes).

O ângulo ulnohumeral ou de carga pré-operatório médio era 16,07º de varo, e pós-operatório de 9,45º de valgo, conseguindo-se uma correcção média de 25,52º.

Aplicou-se a escala funcional QuickDash telefonicamente em 5doentes e obteve-se um valor mediano de 2,3.

4doentes ou pais responderam que ficaram satisfeitos com a cirurgia e que recomendariam. Apenas 1doente não ficou satisfeito, nem recomendaria cirurgia, tratando-se do caso com uma fratura supracondiliana do úmero em idade precoce (2anos) associada a esfacelo do antebraço, tendo sido o único com registo de complicações – intolerância ao material de osteossíntese que motivou extração do mesmo.

Conclusão

A correção do cubitus varus após fratura supracondiliana pode ser realizada através de osteotomia de subtração lateral do úmero, obtendo-se boa correção do ângulo ulnohumeral com excelente resultado funcional e um elevado grau de satisfação.

Relevância

Osteotomia de subtração lateral de cunha é um bom método para correção da deformidade sequelar pós-traumática do úmero.

CL23 - Instabilidade patelo-femoral crónica em idade pediátrica – um estudo retrospectivo

Moisés Ventura, Henrique Sousa, Ricardo Santos Pereira, Domingues Rodrigues, Andreia Ferreira, André Costa, Paulo Carvalho, Mafalda Santos

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Objectivo

Existem diversos procedimentos de estabilização rotuliana, contudo na população pediátrica existem particularidades. Com a descrição do ligamento patelo-femoral medial (LPFM) e respectivos estudos biomecânicos sobre o seu papel, a sua reconstrução ganhou importância. O objectivo deste estudo foi avaliar o resultado funcional do tratamento cirúrgico da instabilidade patelo-femoral em utentes em idade pediátrica.

Métodos

Estudo observacional retrospectivo. Incluídos utentes com idade <18 anos, ≥2 episódios de luxação da rotula e submetidos a cirurgia entre 01/2014 e 04/2019. Amostra de 19 joelhos (em 17 utentes), divididos em 2 grupos: Grupo 1 - reconstrução isolada do LPFM (n=7); Grupo 2 - realinhamento da tuberosidade anterior da tíbia associado à reconstrução do LPFM (n=12). Idade média de 16 anos (grupo 1: 14,7 vs grupo 2: 16,75) e predomínio do sexo feminino (63%). TA-GT média de 13,08mm no grupo1 vs 18,7mm no grupo 2. Follow-up médio de 24 meses (mínimo de 9 meses e máximo de 48 meses). Foram avaliados o número de recidivas, número de complicações e resultados funcionais pelo score de Kujala pré e pós cirurgia.

Resultados

Não se obtiveram recidivas durante o período estudado. Verificou-se uma complicação por infecção superficial na ferida cirúrgica no grupo 2. Não se observaram casos de disrupção do crescimento ósseo por atingimento das fises. Observamos um aumento do score de Kujala médio total de 54,7 (pré-cirúrgico) para 91,1 (pós-cirúrgico). No grupo 1 o score de Kujala aumentou de 51,3 para 92,4 com a cirurgia, e no grupo 2 aumentou de 56,7 para 90,4.

Conclusão

A reconstrução isolada do LPFM ou associada a um procedimento ósseo de realinhamento do aparelho extensor (se atingida maturidade óssea) têm excelentes resultados funcionais e apresentam taxas de recidiva muito baixas.

Relevância

Informações sobre tratamento da instabilidade patelo-femoral em idade pediátrica, reforçando a importância da reconstrução anatómica do LPFM.

CL24 - Minimally Displaced Pediatric Lateral Condyle Fractures: Should they be fixed routinely?

Joana Teixeira 1, Katherine A. Rosenwasser1, Alpesh Kothari1, Ryan O'Shea1, Om Sharma1, Arjun Sithamparapillai2, Mark Camp1, Unni Narayanan1

Pediatric Orthopaedic Surgeon, Hospital for Sick Children, Toronto, Canada

Objetivo

Controversy persists about optimal management of minimally displaced lateral condyle fractures (MDLCF). The aim of this study was to determine the rates of late displacement (LD) and non-union associated with the nonoperative management and to report the number needed to treat (NNT) with closed reduction and percutaneous pinning (CRPP) to avoid one case of non-union or LD.

Métodos

This was a retrospective review of 272 consecutive patients presenting with MDLCFs (<2mm displacement on any view) over a period of 16 years. Demographic information, radiographic parameters and clinical outcomes were recorded and reviewed by two pediatric orthopaedic surgeons. The outcomes of interest were LD (increase in displacement on any view > 2mm) and non-unions (lack of any visible callus at 8 weeks in the presence of stiffness and tenderness). Descriptive statistics were calculated as well as NNT with CRPP to avoid one LD or non-union.

Resultados

185 fractures were included. 166 patients were treated initially with an above elbow cast (for 4 weeks) and 19 with CRPP. Average follow-up was 56 days. Radiographic union rate was 94.6 % with only 2 LD (1.1%) and no non-unions. Two patients in the casting group experienced fracture displacement - one was converted to CRPP and one lost to follow up. The NNT to avoid one LD was 83.

Conclusão

MDLCF treated in an above elbow cast are at low risk for LD. The rare LD can be managed effectively with a CRPP. Cast immobilization is a safe initial management. CRPP can be avoided in the vast majority of these fractures.

Relevância

This study provides sufficient evidence to standardize management of MDLCF with an above elbow cast for 4 weeks. Since late displacement is rare, additional visits and radiographs between initial treatment and removal of the cast is unnecessary.

P1 - Sutura artroscópica de fratura-avulsão da espinha da tíbia em adolescente

Diogo Rocha Carvalho, Tiago Pato, Daniela Roque, Pollyanna Frazão, Sérgio Pita, André Santos, Filipe Malheiro, Carlos Pinho, André Bahute

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro

As fraturas da espinha da tíbia são fraturas incomuns que representam fraturas por avulsão da inserção do ligamento cruzado anterior (LCA). A presença de um esqueleto imaturo constitui um fator de risco para a ocorrência deste tipo de fraturas, sendo, por isso, mais comuns em idade pediátrica (pico de incidência 8 - 14 anos de idade).

Pensa-se que a avulsão óssea que ocorre na população pediátrica resulte da fraqueza relativa da espinha não completamente ossificada a nível da interface osso esponjoso/placa subcondral, sendo biomecanicamente mais fraca que as fibras nativas do LCA.

As fraturas da espinha da tíbia são etiológica e clinicamente equivalentes às roturas intra-substância do LCA.

A classificação mais utilizada é a de *Meyer e McKeever modificada*, sendo as do tipo I fraturas não desviadas (< 3mm), as do tipo II parcialmente desviadas com contacto posterior, as do tipo III fratura-avulsão completa e as do tipo IV fraturas cominutivas.

Na maioria das fraturas tipo I está indicado tratamento conservador. Não existe consenso entre o tratamento conservador ou cirúrgico de fraturas do tipo II e tipo III, apesar de uma tendência verificada na literatura para o tratamento cirúrgico deste tipo de fraturas nos últimos 15 anos. Vários estudos demonstram melhores resultados clínicos e menor incidência de complicações com o tratamento cirúrgico das fraturas de tipo III. Relativamente ao tratamento cirúrgico, não existe consenso quanto a tratamento aberto vs artroscópico, quanto ao melhor tipo de fixação interna e gestão pós-operatória.

Os autores apresentam o caso de um adolescente de 15 anos, atleta federado de futebol, com uma fratura-avulsão da espinha da tíbia, tipo III, após queda de bicicleta com hiperextensão e rotação forçada do joelho, tratada com sutura artroscópica. São descritos o mecanismo de lesão, abordagem diagnóstica, tratamento e resultados clínicos ao fim de 5 meses.

P2 - Não-união sintomática de fratura diafisária da clavícula em adolescente

Diogo Rocha Carvalho, Daniela Roque, Pollyanna Frazão, Sérgio Pita, André Santos, Filipe Malheiro, Carlos Pinho, Paula Helena Silva

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro

As fraturas da clavícula estão entre as fraturas mais comuns em idade pediátrica, correspondendo a 7-15% de todas as fraturas em idade pediátrica. Aproximadamente 95% das fraturas da clavícula em crianças e adolescentes ocorrem no 1/3 médio, e 50% são desviadas. A maioria destas fraturas é tratada conservadoramente com suspensão braquial durante 2 semanas ou até ausência de desconforto, associado à evicção de atividades de alto risco, como desportos de contacto, durante várias semanas. Este tipo de tratamento está associado a resultados clínicos e funcionais geralmente excelentes. A osteossíntese primária de fraturas da clavícula em crianças é incomum, estando maioritariamente reservada a casos de adolescentes atletas com fraturas expostas ou com risco de exposição iminente, politrauma, ombro flutuante ou se fratura com desvio completo ou encurtamento significativo. Contrariamente à população adulta, em que a não união é uma complicação reconhecida e relativamente frequente (incidência estimada entre 6-12%), a ocorrência de não união de fraturas da clavícula em idade pediátrica é descrita na literatura como extremamente rara, havendo poucos casos reportados. A presença de fraturas com desvio completo ou de re-fraturas são fatores de risco descrito para não-união, sobretudo se idade > 10 anos.

Os autores relatam um caso raro de um adolescente atleta de 15 anos de idade com o diagnóstico de pseudartrose de fratura diafisária da clavícula direita. São descritos o seu diagnóstico, tratamento e seguimento clínico, bem como resultados clínicos funcionais.

P3 – Fratura luxação de cotovelo pediátrico – caso clínico

Rómulo Silva, *Elsa Moreira; Ricardo Branco; Filomena Ferreira; Margarida Areias; Francisco Lima Rodrigues*
ULSAM , Viana do Castelo

Introdução

As fraturas do condilo lateral do úmero são o segundo tipo de fraturas mais comum no cotovelo pediátrico. A sua associação a luxação posteromedial do cotovelo é, no entanto, rara.

Apresentação

AASP; 10 anos; Antecedentes familiares e pessoais irrelevantes.

História: Entrada no SU após queda sobre membro superior esquerdo. Deformidade visível ao nível do cotovelo; Sem défices neuro vasculares aparentes.

Resultados

Rx SU

TC: Fratura luxação posterior do cotovelo. Fractura umero distal, na vertente posteromedial da meta-epífise úmeral, com elemento na vertente posterior do capitulo e vertente condiliana lateral.

Foi levado ao bloco operatório, onde foi submetido a redução fechada e fixação interna com 2 fios de Kirschner radiais.

Rx intra-operatórios e pós-operatórios.

Fios foram retirados ao fim de um mês e meio. Doente manteve seguimento de 2 anos, tendo mantido bom alinhamento do membro e recuperado o arco de movimento.

Discussão

A associação de fractura do condilo externo do úmero com a luxação posteromedial do cotovelo é rara e resulta normalmente de uma queda sobre a mão com ligeira flexão do cotovelo e uma força de adução.

Os resultados deste tipo de fraturas são historicamente piores do que os das fraturas supracondilianas do úmero pediátrico devido à sua natureza intra-articular e maior risco de atraso de consolidação e pseudoartrose.

A existência desta associação agrava o tempo de recuperação, estando, no entanto, descrito um resultado final em termos de arco de movimento semelhante aos casos da fractura isolada.

Conclusão

As fraturas do cotovelo pediátricas são grande fonte de stress para o cirurgião tanto ao nível intra como no pós operatório, com exigência técnica e de vigilância.

Apresentamos um caso de sucesso de uma associação de patologias traumáticas graves da idade pediátrica.

P4 – Polisindactilia bilateral - Não há dois pés iguais

Rita Rebelo Santos, Andreia Ferreira, Márcio Oliveira, Rita Grazina, Pedro Canela, Mafalda Santos
Hospital de Santarém i Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Objetivo

A polidactilia é a malformação mais frequente dos dedos dos pés. Pode ocorrer em associação com sindactilia, tornando o tratamento cirúrgico mais complexo.

O objetivo é a descrição do tratamento de uma doente com polisindactilia bilateral dos pés.

Métodos

Foi revisto o processo clínico quanto a dados biográficos e clínicos, bem como exames de diagnóstico, sendo a doente avaliada presencialmente em consulta externa.

Resultados

Os autores apresentam o caso de uma menina de 16 anos, sem antecedentes familiares ou pessoais de relevo, nomeadamente malformações dos membros superiores. Iniciou seguimento em 2016, com 12 anos, por dor e desconforto no uso de calçado no pé esquerdo, com paroníquia recorrente do hallux. Em Dezembro/2016 foi submetida a ressecção de D1 supranumerário e osteotomia de M1 tipo Mau com efeito valgizante, osteotomia de Akin de F1D1 e osteossíntese da base de ambas as falanges proximais.

À direita, apresentava duplicação da falange distal do hallux, com varo acentuado e sindactilia com D2, bem como D6 supranumerário com cabeça de M5 alargada. Por queixas neste pé, em Julho/2019 foi intervencionada – ressecção de D6 supranumerário e osteotomia marginal de M5, ressecção de F2D1 supranumerária, plastia local para correção de sindactilia, osteotomia de M1 tipo Scarf com efeito valgizante e osteotomia de Akin de F1D1.

À data da última avaliação, 7 meses de pós-operatório, com boa evolução, incisões cicatrizadas, osteotomias consolidadas e satisfeita com resultado obtido.

Conclusão

O tratamento cirúrgico deste tipo de deformidade é considerado em caso de dor ou dificuldade no uso de calçado, tendo como prioridade a boa função do pé a longo prazo. O tratamento cirúrgico deve ser individualizado, dada a grande variabilidade clínica, indo também de encontro às expectativas do doente.

P5 - Doença de Kohler – A propósito de um caso clínico

Margarida Areias, Elsa Moreira, Ricardo Branco, Rómulo Silva, Filomena Ferreira, Rolando Freitas, Rita Proença

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo

Introdução

Dor no pé e claudicação da marcha são queixas frequentes em crianças no serviço de urgência. Existem várias causas como trauma, artrite inflamatória/infecciosa e osteocondrose.

A doença de Kohler é uma osteocondrose rara do navicular em idade pediátrica. Embora a etiologia da doença de Kohler permaneça desconhecida, a hipótese mais aceite sugere que a posição do navicular no arco do pé, sendo o último osso do tarso a ossificar, o torna suscetível à compressão mecânica pelo astrágalo e cuneiformes já ossificados, provocando interrupção da vascularização.

A idade de apresentação é geralmente entre 2 e 10 anos, sendo mais frequente no sexo masculino.

As radiografias mostram aumento da esclerose e, por vezes, achatamento e fragmentação do navicular.

A tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RMN) na avaliação inicial da raramente fornecem informações que alterem o plano de tratamento, podendo ser úteis para excluir outras patologias como artrite inflamatória, infeção ou barras társicas.

O prognóstico é bom, independentemente do tipo de tratamento, embora um curto período de imobilização possa reduzir a duração dos sintomas.

Caso Clínico

Criança do sexo masculino, 5 anos, sem antecedentes médicos de relevo, foi trazida ao serviço de urgência. Ao exame objetivo apresentava um pé plantígrado, ligeiro edema e dor à palpação dorsomedial do pé, sem dor à palpação dos maléolos, base do 5º metatarsiano ou região proximal do perónio e sem lesões neurovasculares.

A radiografia mostrou achatamento e esclerose do navicular társico, sugestivo de doença de Kohler. Foi aconselhado medidas antálgicas com repouso, anti-inflamatório e evicção de carga do membro inferior direito.

Quatro semanas após o traumatismo, a criança apresentava-se assintomática, sem alteração da marcha, sem edema ou dor à palpação dorsomedial do pé.

Conclusão

A doença de Kohler é uma causa benigna e geralmente autolimitada de claudicação e dor dorsomedial do pé em crianças. A apresentação desta patologia é habitualmente de início súbito, após atividade excessiva, com ou sem história de traumatismo recente.

Os autores pretendem com este caso alertar para o reconhecimento deste diagnóstico, evitar exames e tratamentos desnecessários e fomentar a explicação e tranquilização dos pais.

P6 - Esfacelo associado a epifisiólise da falange distal de dedo da mão

Pollyanna Frazão, Daniela Roque, Diogo Rocha De Carvalho, André Santos, Sérgio Pita, Filipe Malheiro, Tiago Pato, Carlos Almeida, José Brenha

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro

Os esfacelos da mão e dedos referem-se a lesões traumáticas expostas, habitualmente com perda de substância (incluindo amputações) e muitas vezes associadas a fraturas, o que torna o tratamento destas lesões mais complexo. As fraturas epifisárias correspondem a cerca de 1/5 de todas as fraturas pediátricas e, em aproximadamente 10% delas podem ocorrer alterações de crescimento sequelares. Localizam-se mais frequentemente no rádio distal, seguidas da extremidade distal da tibia e falanges das mãos.

Relatamos o caso de uma criança de 7 anos de idade, sexo masculino, trazido ao Serviço de Urgência após acidente escolar do qual resultou esfacelo da falange distal do quarto dedo da mão direita com exposição óssea, lesão do leito ungueal e deformidade tipo “mallet finger”, sem aparente compromisso neurovascular. A radiografia evidenciou fratura-epifisiólise Salter-Harris tipo I com grande deslizamento. Procedeu-se a analgesia e antibioterapia, enviado ao bloco operatório onde foram realizadas lavagem exaustiva da ferida, redução anatómica da fratura sob controlo fluoroscópico, tenorrafia do extensor do dedo e encerramento direto da ferida com reinserção da unha. Aplicada imobilização com tala de Zimmer. Recebeu alta hospitalar após 2 dias, sem intercorrências durante o internamento.

Foi reavaliado após 1 semana e 4 semanas com boa evolução clínica, retirou a tala 1 mês após a cirurgia. À 6ª semana apresentava fratura consolidada sem desvios e feridas cicatrizadas, tendo iniciado fisioterapia. Na consulta de seguimento após 10 meses, sem limitação funcional e não há aparentes lesões/pontes ósseas na região fisária ou encurtamento do dedo.

As fraturas Salter-Harris tipo I são incomuns, correspondendo a cerca de 5-7% das fraturas epifisárias. Devido ao deslizamento da cartilagem de crescimento, podem acarretar deformidades angulares ou dimetrias. A presença de pequenas esquirolas ósseas ou avulsão de fragmentos tornou difícil a classificação desta fratura.

O caso relatado reveste-se de importância pela sua raridade e pelo risco aumentado de infeções e compromisso neurovascular devido ao mecanismo do trauma. Foi obtido um excelente resultado com uso de uma abordagem não invasiva na zona da cartilagem de crescimento. Recomenda-se o seguimento clínico de doentes com lesões fisárias durante cerca de 1 ano, dado que as alterações de crescimento ou outras complicações podem não estar presentes antes de seis meses da fratura.

P7 - Tratamento de pseudartrose congênita da tíbia com autoenxerto de perónio

Vicente Campos, Margarida Vicente, Rafael Dias, Raquel Teixeira, Susana Norte, Pedro Jordão
Hospital Dona Estefânia

Introdução

Pseudoartrose congênita da tíbia (PCT) é uma doença rara com diferentes apresentações clínicas desde a simples angulação tibial anterolateral até à verdadeira pseudoartrose com defeitos ósseos extensos e deformidades dos membros. O objectivo deste trabalho é partilhar o tratamento realizado num caso de PCT com vários fatores de mau prognóstico.

Material e Métodos

Apresentamos o caso de um rapaz de 9 anos, natural da Guiné-Bissau, com queixas álgicas, incapacidade de marcha e deformidade no terço distal da perna direito após queda aos 3 anos. Apresentava deformidade antero-externa da perna, hipometria do membro inferior direito (10cm) e cicatriz medial de cirurgia anterior. Imagiologicamente apresentava uma pseudoartrose atrófica da metáfise distal dos ossos da perna associada a uma hipometria e deformidade severa com afilamento e esclerose dos topos – Crawford IV. Foi realizada exposição circunferencial do foco de pseudoartrose, excisão do perióstio espessado e zona de pseudoartrose fibrosada. Colhidos 7cm de auto-enxerto de perónio contra-lateral seguido de encavilhamento pelos topos ósseos do defeito. A reconstrução foi estabilizada com placa anterior e fixação endomedular com cavilha elástica do perónio.

Resultados: Aos 6 meses verificou-se integração do autoenxerto, melhoria do alinhamento do membro, da dismetria e alívio significativo das queixas álgicas. Verificou-se desvio residual em valgo e recurvatum do tornozelo, mas sem limitação da mobilidade.

Discussão

O tratamento da PCT ainda representa um desafio na ortopedia pediátrica devido às dificuldades na consolidação óssea, angulação persistente, rigidez articular e à dismetria importante dos membros. Existem várias técnicas descritas na literatura, desde correção pela técnica de Ilizarov, encavilhamento endomedular ou aplicação de enxerto ósseo de perónio vascularizado, sempre respeitando os princípios do tratamento: excisão de pseudoartrose; correcção da deformidade; alongamento do membro e estabilização mecânica com suporte biológico.

Conclusão

Esta é uma técnica original, permite que o enxerto livre de diáfise peronial sirva de suporte mecânico endomedular e ao mesmo tempo de “by-pass” ósseo numa área de baixa vascularização.

P8 - Lesão da fise do fémur proximal – Atenção na Urgência

Rómulo Silva, Elsa Moreira; Ricardo Branco; Filomena Ferreira; Margarida Areias; Elisa Rodrigues
ULSAM; Viana do Castelo

Introdução

As fraturas do fémur proximal pediátricas são raras, com uma incidência menor que 1% dentro das fracturas pediátricas.

Normalmente resultam de trauma de alta energia e têm como complicações principais a necrose avascular e o encerramento precoce das fises.

Descrição

GRB, 4 anos

Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes

Queda de 1 metro sobre a anca esquerda a 7/10/19 – SU: Claudicação da marcha e incapacidade de carga do MIEsq. Realizou Rx e teve alta com indicação para analgesia e repouso relativo.

Regressa ao SU a 24/10/19 por alterações da marcha: Apresentava marcha alargada irregular. Permitia mobilização total da anca, com queixas especialmente na RI. Sem dismetria aparente.

Resultados

Rx

TC: Calcificação linear com 4mm lateral à fise femoral superior - lamela óssea destacada? Admite-se discreto ressalto posterior e lateral do núcleo femoral superior.

RMN: Discreto alargamento da linha epifisária da cabeça femoral com ligeira rotação posterior da cabeça femoral em relação ao colo e ligeira inclinação lateral no plano coronal, achados que indicam lesão da fise femoral proximal, eventualmente pós traumática.

Discutido em Reunião de Serviço e optou-se por realizar tratamento conservador com vigilância.

Discussão

As lesões do fémur proximal nem sempre são evidentes nos estudos imagiológicos de rotina num serviço de urgência. Este tipo de lesões tem complicações sérias a longo prazo, como a necrose avascular, coxa vara/valga, encerramento precoce da fise e alterações do comprimento dos membros. As decisões de tratamento relacionam-se com o timing de diagnóstico, tipo de lesão e desvio.

Conclusão

Os autores tentam com este poster alertar para a importância do alto grau de suspeição e vigilância nas lesões do fémur proximal pediátricas.

P9 - Reconstrução do tendão do tibial anterior com retalho do tendão gracil: um caso clínico

Bárbara Choupina, Márcio Oliveira, Inês Casais, Ricardo Oliveira, João Dinis, Andreia Ferreira Domingues Rodrigues, Mafalda Santos

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

A rotura do tendão do tibial anterior é uma condição rara e o diagnóstico é frequentemente tardio, manifestando-se por alterações subtis na função do pé e tornozelo. No entanto, défices crónicos podem tornar-se visíveis ao longo do tempo, nomeadamente, uma disfunção progressiva da marcha, com dorsiflexão limitada associada a pé pendente.

Os autores descrevem o caso clínico de uma rotura crónica isolada do tendão do tibial anterior, num doente de 16 anos, após ferida traumática aberta, tratada cirurgicamente com retalho livre do tendão do gracil. Aos seis meses de seguimento, o doente apresentava um padrão de marcha normal e corrida sem queixas, com retorno ao nível de atividade pré-lesão.

A literatura não é conclusiva sobre a superioridade de um procedimento específico na abordagem das roturas crónicas do tendão do tibial anterior, devido ao número reduzido de casos. No entanto, gaps largos podem ser tratados de forma eficaz com retalho de tendão do gracil, com excelentes resultados clínicos, tendo a vantagem de poupar os outros tendões locais, resultando em menor morbilidade no local.

P10 - Fratura avulsão da espinha ilíaca antero-inferior: esperar ou operar?

Inês Casais, Márcio Oliveira; João Dinis; Bárbara Choupina; Andreia Ferreira; Mafalda Santos; Domingues Rodrigues

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho

Neste trabalho, expõe-se e discute-se o caso de uma fratura avulsão da espinha ilíaca antero-inferior (EIAI) numa criança tratada cirurgicamente.

A fratura avulsão da espinha ilíaca antero-inferior ocorre mais frequentemente em adolescentes do sexo masculino. Geralmente deve-se a uma contração forçada do reto femoral, sendo por vezes negligenciada

ao assumir-se uma distensão simples deste músculo. Maioritariamente, é realizado tratamento conservador. A cirurgia é rara - na literatura propõe-se em caso de desvio >20mm do fragmento ou demanda funcional elevada em atletas.

O caso apresentado é o de um adolescente de 13 anos, futebolista, que iniciou dor anterior na anca direita após chutar uma bola. Foi observado no serviço de urgência, tendo sido assumida distensão muscular. Após duas semanas, por manutenção das queixas realizou radiografia da bacia com diagnóstico de fratura avulsão da EIAI. Por se tratar de atleta e de fratura com >20mm de desvio, foi proposto e aceite tratamento cirúrgico, tendo sido realizada fixação do fragmento com parafuso esponjoso de rosca parcial através de abordagem anterior minimamente invasiva. Progrediu favoravelmente na reabilitação pós-operatória e retomou os treinos de futebol aos 3 meses. Atualmente, encontra-se assintomático e sem alteração da força ou mobilidade do membro.

À luz do conhecimento atual, o tratamento conservador resulta favoravelmente na maioria dos casos. Contudo, implica restrição de carga até 6 semanas e pode complicar com dor crônica, pseudartrose ou consolidação viciosa (podendo causar conflito femoroacetabular extra-articular tipo *subspine*). Se o desvio do fragmento for >20mm ou houver necessidade de retorno mais célere à atividade desportiva, a cirurgia pode estar indicada. Apesar de escassos, os estudos têm revelado bons resultados. Persiste, porém, a dúvida se existirá benefício significativo em realizar a cirurgia primariamente por oposição a tratar as eventuais complicações.

P11 - Luxação do cotovelo em idade pediátrica – a propósito de um caso clínico

Eduardo Moreira Pinto, Filipa Oliveira, Pedro Atilano, Pedro Vaz, Ana Duarte, Tânia Veigas, António Miranda

Centro Hospitalar entre Douro e Vouga

Introdução

A luxação traumática do cotovelo em idade pediátrica é uma lesão incomum. Estima-se que corresponda a 3% de todas as lesões pediátricas do cotovelo. A luxação isolada ou com lesões associadas é mais frequentemente vista entre 10 e 15 anos de idade em paciente do sexo masculino. A maior incidência na segunda década de vida é explicada pelo encerramento parcial das cartilagens de crescimento do cotovelo. A luxação posterior é a mais comum na literatura, sendo que a do tipo póstero-lateral corresponde a 70% de todas as luxações pediátricas, associada a um traumatismo indireto com o punho em hiperextensão.

Relato de caso

Relata-se o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, de 8 anos, que recorre ao serviço de urgência por queda da própria altura e traumatismo direto do punho em hiperextensão. Ao exame objetivo apresentava edema do cotovelo associado a incapacidade funcional e deformidade aparente, sem défices neurológicos ou vasculares. No estudo imagiológico com radiografia verifica-se a presença de luxação póstero-lateral do cotovelo sem aparentes lesões ósseas associadas. Após a redução incruenta da luxação e estudo posterior com TAC, optou-se pela imobilização gessada por um período de 2 semanas e mobilização ativa posterior. Com 6 meses de follow-up a paciente encontra-se assintomática, com um score de Mayo de 100.

Discussão

As luxações pediátricas do cotovelo são menos frequentes quando comparadas com fraturas ou lesões epifisárias do cotovelo. Carlíoz e Abols publicaram a maior série de luxações do cotovelo em crianças nas quais 64% encontravam-se associadas a outras lesões. Fraturas envolvendo o epicôndilo medial, cabeça,

colo radial e coronóide são os tipos mais relatados de lesões associadas. Quando sem lesões associadas ou instabilidade após redução, o tratamento das luxações do cotovelo inclui um período de imobilização durante uma a duas semanas seguido de mobilização ativa precoce de forma a diminuir o risco de rigidez posterior. A luxação do cotovelo em crianças é caracterizada pela ocorrência de algumas complicações imediatas como rupturas vasculares e neurológicas, que necessitam de exploração precoce e por complicações tardias como rigidez articular, miosite ossificante, instabilidade articular, luxação recorrente, sinostose radiocubital, cubitus valgus ou recurvatum.

P13 - Luxação do cotovelo – a propósito de um caso clínico

Emanuel Homem Costa, Cláudio Garcia, João Gonçalves, Luís Soares, António Rebelo

Hospital do Divino Espírito Santo

As luxações da articulação do cotovelo são pouco frequentes em crianças, com uma incidência estimada de 3% de todas as lesões do cotovelo pediátrico, com pico máximo entre os 10 e 15 anos. A maioria dos casos são posteriores (posteriores, posterolaterais e posteromediais), no sexo masculino (3:1) e no cotovelo esquerdo (64%). Até 50% dos casos têm fracturas associadas, sendo a fractura avulsão do epicondilo medial a mais frequente. A luxação do cotovelo com fractura do processo coronóide tem uma incidência aproximada de 9 : 10 000 lesões do cotovelo em idade pediátrica. O tratamento é maioritariamente conservador através de redução fechada e imobilização a 90º de flexão durante 3 semanas, seguido de mobilização precoce.

O objectivo deste trabalho foi descrever um caso clínico raro de luxação do cotovelo com fractura do processo coronóide, num doente “típico”.

Caso clínico de um adolescente de 14 anos do sexo masculino que se apresenta com uma luxação posterolateral do cotovelo esquerdo em contexto de queda. Clinicamente à admissão sem alterações neurovasculares e radiograficamente com luxação posterolateral do cotovelo e suspeita de fractura associada do processo coronóide – caracterizada por tomografia computadorizada. Submetido a redução fechada e imobilização gessada durante 3 semanas e mobilização precoce. Actualmente com 5 semanas de evolução com mobilidade completa e simétrica do cotovelo, com arco de movimento indolor, sem sintomas ou sinais clínicos de instabilidade e fractura consolidada.

Os autores descrevem uma patologia rara tratada conservadoramente com bons resultados clínicos, radiográficos e funcionais.

P14 - Osteossarcoma do Fémur Proximal: Caso clínico

Afonso Cardoso, Inês Balacó, Cristina Alves, Alice Carvalho, Gabriel Matos

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico - CHUC, EPE

Objetivo

Os tumores ósseos representam 3-5% dos cancros pediátricos. O osteossarcoma é o tumor maligno primário mais frequente, afetando sobretudo crianças na segunda década de vida. Doentes sem metástases têm sobrevida de 80% aos 5 anos. Doença e tratamento têm repercussões funcionais e na qualidade-de-vida. Descrevemos um caso de osteossarcoma do fémur proximal, diagnosticado aos 7 anos, e impacto da doença na qualidade-de-vida.

Métodos

Rapaz, 7 anos, com claudicação e coxalgia esquerda, com 2 meses de evolução. Radiografia mostrou lesão osteolítica, permeativa, do fémur proximal, hipercaptante na cintigrafia. Na RM: lesão na região

diafisária proximal do fémur esquerdo, estendendo-se até à fise. A biópsia óssea mostrou osteossarcoma intramedular de alto grau de malignidade, Enneking IIB.

Realizou quimioterapia (protocolo CCG7921) e foi operado dois meses após o diagnóstico: ressecção tumoral monobloco (15cm) e reconstrução da anca com prótese femoral expansível (HMRS-Stryker®). Obteve-se 100% de necrose tumoral e margens livres.

Aos 4 meses pós-operatórios teve infecção da ferida operatória, tratada com antibioterapia. Aos 6 meses, sofreu fratura supracondiliana do fémur, tratada conservadoramente. Após quatro anos, verificou-se descolamento asséptico do acetábulo e realizou-se revisão acetabular. Após 1 mês, por luxação protésica (1º episódio aos 12 dias pós-operatórios), realizou-se alongamento(1cm) do componente femoral e plicatura do médio glúteo. Decorridos 2 anos, por 3 novos episódios de luxação, foi novamente submetido a revisão do componente acetabular.

Resultados

Treze anos após o diagnóstico, 7 anos após última revisão acetabular, o doente encontra-se bem. Não apresenta recidiva tumoral. Tem score MSTS 87% e SF-36 84,6%.

Conclusão

Os avanços da terapêutica médica e cirúrgica permitem a preservação do membro e aumento da sobrevida em crianças com tumores ósseos. Este doente, aos 13 anos de seguimento, tem um bom resultado, apesar das complicações ocorridas.

Relevância

O diagnóstico e tratamento adequados dos osteossarcomas proporcionam uma boa sobrevida e qualidade-de-vida aos doentes.

P15 - Síndrome de Grisel - uma complicação a lembrar

Marta Barros, Vilma Lopes, Diana Moreira, Andreia Ferreira, Domingues Rodrigues, Mafalda Santos

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

A síndrome de Grisel é uma entidade rara e consiste na subluxação não traumática da articulação atlanto-axial, secundária a um processo inflamatório na região cervical que pode derivar de um quadro infeccioso ou de uma intervenção cirúrgica do foro da otorrinolaringologia. O aumento da laxidez dos ligamentos da articulação atlanto-axial tem sido implicada como a principal causa subjacente. O risco de síndrome de Grisel é superior em idade pediátrica. O tratamento consiste na terapêutica médica dirigida à causa subjacente e na imobilização cervical. Os casos de falência da terapêutica conservadora têm indicação cirúrgica.

Descreve-se o caso de uma criança do sexo masculino de 6 anos, previamente saudável. Trazido ao serviço de urgência com quadro de febre, odinofagia e torcicolo com 4 dias de evolução e de agravamento progressivo, já medicado com amoxicilina e ácido clavulânico há 2 dias. Ao exame objetivo destacava-se a rotação cervical para a direita, voz abafada e adenopatias cervicais bilaterais de consistência dura e dolorosas à palpação. Analiticamente apresentava elevação da PCR (7,33mg/dL). Realizou tomografia axial computadorizada cervical que demonstrou um abscesso parafaríngeo direito (11x5x9 mm) junto à articulação atlanto-axial direita associada a subluxação atlanto-axial ipsilateral. O tratamento consistiu na instituição de antibioterapia endovenosa com amoxicilina-ácido clavulânico e clindamicina e na imobilização cervical com colar cervical, com recuperação completa da mobilidade.

Dada a elevada frequência dos quadros infecciosos das vias aéreas superiores em idade pediátrica, o conhecimento desta síndrome é fundamental. O diagnóstico precoce está associado a bom prognóstico já que evita o subdiagnóstico e consequentes complicações, tais como sequelas neurológicas e deformidade cervical persistente e dolorosa.

P16 - Sarcoma de Ewing do esqueleto axial: um tratamento individualizado

Ricardo Marques, Pedro Sá Cardoso, Oliana Tarquini, Tah Pu Ling

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE

Introdução

Sarcoma de Ewing (SE) localizado no esqueleto axial é extremamente raro. A ressecção dos tumores da coluna vertebral deve ser realizada mantendo a estabilidade osteoarticular e evicção do défice neurológico. O equilíbrio entre estes elementos torna o tratamento dos sarcomas da coluna num desafio, determinando uma abordagem terapêutica individualizada para cada doente.

Material e Métodos

Reportamos o caso de um doente de 15 anos, sexo masculino, com SE axial lombar com extensão paravertebral, não metastático, paraplegia, bexiga e intestino neurogénicos, diagnosticado em 2015. Foi submetido a laminectomia urgente bilateral D11-L1, com remoção de massa tumoral paravertebral esquerda e descompressão do saco dural pela Neurocirurgia.

Resultados

Passados 11 meses havia agravamento da cifose toraco-lombar, apesar da utilização de colete. Apresentava melhoria na força muscular dos membros inferiores (capaz de subir escadas), sem sensibilidade nos pés e também bexiga neurogénica, com necessidade de autoalgiação. Controlos sucessivos mostraram aumento progressivo da deformidade que justificou novo tratamento cirúrgico. Foi efetuada estabilização por fixação póstero-lateral T9-10 e L2-3 com parafusos e barras de carbono, inseridas subfascialmente.

Atualmente o doente encontra-se sem dor, a realizar trabalho de reabilitação, sem evidência de doença em atividade, loco-regional ou à distância.

Discussão

O tratamento do SE tem dois objetivos principais: excisão do tumor primário e a erradicação sistémica da doença.

Não sendo possível a excisão do tumor com margens de segurança, optou-se só pela correção da cifose progressiva (surge em cerca 40% casos).

O uso de implantes em carbono permite a realização de radioterapia localmente e os necessários controlos por RMN, sem que os implantes interfiram com o tratamento, nomeadamente redução ou amplificação das radiações ou com a imagem (presença de artefactos), habituais nos implantes com outros metais.

Relevância

Conhecer opções de material de fixação mais adequados que permitam o acompanhamento padronizado do doente.

P17 - Fratura-avulsão da tuberosidade anterior da tíbia com atingimento da fise na criança: resultado funcional da osteossíntese com parafusos

Francisco Bernardes, Diogo Soares, Ana Sofia Esteves, Nuno Vieira, Sofia Esteves, Jorge Mendes

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel

Objetivo

Reportar o tratamento bem-sucedido de um caso de fratura-avulsão da tuberosidade anterior da tíbia (TAT) com atingimento da fise recorrendo à osteossíntese com parafusos.

Métodos

Relato de caso e revisão da literatura. 12 anos, sexo masculino, futebol federado, recorreu ao serviço de urgência por dor e limitação funcional do joelho esquerdo após aterragem de salto. Radiografia: fratura-avulsão da TAT esquerda, com atingimento intra-articular e da fise – tipo 3 de *Watson-Jones*. Submetido a redução aberta e fixação interna com 2 parafusos 4.0 parcialmente roscados de osso esponjoso.

Resultados

Cumpriu 4 semanas de imobilização com Tala DePuy com boa evolução clínica e radiológica. Clinicamente recuperou amplitude articular total. A extração de material de osteossíntese decorreu sem intercorrências às 8 semanas. *Return to play* aos 6 meses sem limitação funcional. Sem registo de dismetria ou *genu recurvatum* até ao momento.

Conclusão

À semelhança da literatura a redução anatómica e fixação interna com parafusos afigurou-se como uma boa opção de tratamento, sem complicações associadas até ao momento.

Relevância

Num contexto de aumento do número de lesões desportivas, apresentamos o tratamento cirúrgico bem-sucedido de um tipo de fratura-avulsão da TAT raro, cujo tratamento adequado é essencial de forma a permitir o regresso à prática desportiva e prevenir sequelas para a vida adulta.

P18 - Fratura do colo do rádio – redução e fixação pela técnica de Metaizeau, a propósito de um caso clínico

Sérgio Pita, Daniela Roque, Diogo Rocha Carvalho, Pollyanna Frazão, André Ferreira dos Santos, Filipe Malheiro, Suzana Valente, José Brenha

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro

As fraturas do colo do rádio que se apresentam com um desvio significativo são lesões relativamente raras e exigem uma correta reconstituição da anatomia para evitar complicações potencialmente graves para a função do cotovelo.

Com uma média de idades à apresentação de 9-10 anos de idade, as fraturas do colo e tacícula radial representam cerca de 1% das fraturas em idade pediátrica.

Estas fraturas são classificadas segundo o sistema de *O'Brien* em 3 graus.

Ainda que seja considerado unânime que a melhor abordagem é a redução fechada, não existe consenso quanto ao procedimento a eleger nos casos em que este método, por si só, não é suficiente.

A técnica de *Metaizeau* permite não apenas a redução da fratura, mas também a estabilização da mesma.

Apresenta-se o caso de uma menina de 11 anos com história de traumatismo direto do cotovelo direito (dominante), resultando numa fratura do colo do rádio grau III de *O'Brien*. No bloco operatório, sob anestesia geral, procedeu-se a uma tentativa de redução incruenta da fratura através da manobra de *Patterson*, que não se revelou eficaz. O passo seguinte foi então a redução e fixação da fratura pela técnica de *Metaizeau*. No entanto esta técnica, por si só, não foi suficiente, dado o grau elevado de deslocamento da tacícula, pelo que a abordagem direta do foco fraturário para auxílio na redução foi também necessária.

Descreve-se o caso de modo sucinto, acompanhado por imagens intra e pós-operatórias e exploração da técnica de *Metaizeau*, com as vantagens e *pitfalls* associadas, seguido de uma exposição breve dos resultados funcionais atingidos até ao presente.

Realizou-se uma revisão não sistemática de literatura acerca dos tratamentos cirúrgicos das fraturas do colo do rádio não passíveis de serem tratadas unicamente por redução fechada, com foco especial na técnica de *Metaizeau*.

P19 - Tratamento Cirúrgico da Braquimetacarpia através da técnica de osteogénese por distração com sistema de osteotaxia – Caso Clínico

Rita Lopes, Marcos Carvalho, Cristina Alves, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE

Objetivos

A braquimetacarpia congénita caracteriza-se por um encurtamento idiopático do metacárpico, crendo-se relacionada com o encerramento prematuro da placa epifisária. Descreve-se o caso de um doente com braquimetacarpia submetida a alongamento ósseo pela técnica de *De Bastiani*.

Métodos

Doente do sexo feminino, 14 anos, observada em consulta por encurtamento do quarto dedo da mão direita, com impacto estético valorizável e sem limitação funcional. Sem antecedentes de trauma ou outros a relevar. Nas radiografias (AP e perfil da mão) observa-se um encurtamento de 16mm do quarto metacárpico direito em relação ao contra-lateral. A doente foi submetida a um alongamento metacárpico por técnica de osteogénese por distração com sistema de osteotaxia (*mini-rail-orthofix*[®]).

Resultados

O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências, iniciando o alongamento por distração mecânica em ambulatório ao 7^º dia de pós-operatório, a um ritmo de 0,5mm/dia (0,25mm de 12/12h). O tempo de distração foi de 35 dias para um alongamento de 16mm, controlando-se periodicamente em consulta a evolução radiográfica da formação tubular de osso por calodiastase. Após 105 dias de suspensão do alongamento e evidência radiográfica de consolidação óssea sem desvios secundários, foi removido o fixador externo na consulta. Regista-se como única intercorrência durante o seguimento, a infeção superficial de um dos pinos de fixação óssea, com resolução após antibioterapia oral (8 dias). Aos 10 meses de pós-operatório a doente refere um elevado grau de satisfação com o procedimento e um excelente resultado funcional (*Quick-Dash* = 0).

Conclusão

O tratamento cirúrgico da braquimetacarpia através da técnica de *De Bastiani* permite obter um excelente resultado estético e funcional, considerando-se esta opção após uma avaliação favorável da capacidade de *compliance*/adesão terapêutica da família e do doente.

Relevância

A técnica de *De Bastiani* é uma alternativa cirúrgica que permite bons resultados estéticos e funcionais no tratamento da braquimetacarpia.

P20 - Caso clínico: Luxação congénita do joelho

Liliana Domingues, Francisco Gonçalves, Filipe Machado, Sofia Carvalho, Gonçalo Lavareda, Eduardo Silva, José Lupi

Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão – Setúbal

A luxação congénita do joelho é uma patologia rara, diagnosticada ao nascimento, quando se verifica hiperextensão do joelho. Por vezes, esta patologia pode estar associada a outras, nomeadamente

displasia da anca (50% desenvolve displasia da anca unilateral ou bilateral), pé boto ou metatarso aduto. A luxação congénita do joelho é classificada em três graus: Grau I – recurvatum simples, grau II – subluxação/luxação e grau III – luxação, sendo uma fonte de orientação para o tratamento. De acordo com a situação clínica e com a classificação, o tratamento da luxação congénita do joelho pode ser conservador ou cirúrgico, sendo que a escolha depende da gravidade da luxação e da presença de outras deformidades associadas.

Os autores apresentam um caso de um recém-nascido do género feminino, resultante de uma gravidez vigiada, sem intercorrências. Após parto eutócico, objectivou-se luxação do joelho esquerdo. Nas primeiras horas após o nascimento foi realizada redução manual e colocação de uma imobilização gessada cruro-podálica em flexão de 90°. Neste caso, dado que foi possível mobilização passiva superior a 90° (Grau I), foi realizado tratamento conservador com imobilização gessada cruro-podálica durante 6 semanas. Quando se retirou a imobilização verificou-se flexão completa, sem instabilidade. Durante o tratamento, realizou ecografia da anca bilateral para exclusão de displasia da anca associada, que não identificou alterações. Actualmente a doente apresenta-se clinicamente bem, com um desenvolvimento psicomotor adequado para a idade.

P21 - Luxação congénita do joelho associada a pé boto bilateral

Liliana Domingues, Francisco Gonçalves, Filipe Machado, Sofia Carvalho, Gonçalo Lavareda, Eduardo Silva, José Lupi

Hospital Ortopédico Sant'iago do Outão – Setúbal

A luxação congénita do joelho é uma patologia rara, diagnosticada ao nascimento, quando se verifica hiperextensão do joelho. Esta patologia pode estar associada a outras, nomeadamente displasia da anca, pé boto ou metatarso aduto. O pé boto é um dos defeitos músculo-esqueléticos mais comuns ao nascimento, sendo o mais frequente no género masculino. Caracteriza-se por um retropé em equino e varus, mediopé cavo e antepé em adução. O tratamento *gold standard* é o método Ponseti com imobilizações gessadas seriadas. Nos doentes com falência ou má resposta ao método Ponseti, pode-se realizar tratamento cirúrgico.

Os autores apresentam um caso de um recém nascido do género masculino, com diagnóstico de pé boto bilateral na ecografia do 2º trimestre. Após parto distócico com ventosas, verificou-se a existência de manobras de Ortolani e Barlow sugestivas de displasia da anca bilateral, luxação congénita do joelho bilateral e pé boto bilateral. Após o nascimento realizou-se redução manual dos joelhos e colocação de imobilização gessada. Ao longo dos meses, realizaram-se imobilizações seriadas para redução da luxação do joelho e seguiu-se o método de Ponseti para tratamento do pé boto. Após 5 meses de imobilizações seriadas, procedeu-se à remoção dessas e colocação de botas bebax. Aos 6 meses de idade, realizou-se tenotomia do adutor bilateral. Posteriormente, realizou-se redução cruenta dos joelhos e plastia do quadrícipite, com resolução total da luxação dos joelhos. Relativamente ao pé boto, realizaram-se várias tenotomias do tendão de Aquiles por via percutânea. Em seguimento do tratamento, aos 12 meses de idade, realizou-se libertação de pé boto postero interna bilateral. Posteriormente, por manutenção de deformidade valorizável no pé direito, optou-se por alongamento do tendão de Aquiles e capsulotomia posterior à direita. Na reavaliação do doente aos 4 anos de idade, verificou-se recidiva de pé boto à direita, e assim, realizou-se nova intervenção cirúrgica com libertação postero interna e encurtamento da coluna externa. Aos 5 anos de idade, o doente apresenta-se clinicamente bem com um desenvolvimento psicomotor adequado para a idade, deambula com carga total sem ortóteses e sem limitação das suas actividades.

P22 - Fractura da cabeça do rádio associada a lesão do nervo interósseo posterior

Ana Félix, Leonor Fernandes, Mariana Almeida, Rita Lopes, Margarida Carvalho

Centro Hospitalar do Oeste

Fracturas isoladas da tacícula radial são incomuns na idade pediátrica. A literatura recente relata uma incidência estimada de 1%. Há poucos relatos de caso de fracturas da tacícula radial associada a lesão do nervo interósseo posterior. Os autores relatam um caso de fractura da tacícula radial associada a paresia do nervo interósseo posterior.

Métodos

Avaliação do processo clínico e radiográfico em base de dados.

Resultados

Sexo masculino, 9 anos, trazido à urgência após queda com punho e cotovelo em hiperextensão.

O paciente apresentava limitação da mobilidade no cotovelo, ligeira perda de extensão dos dedos e do polegar que foi atribuída à dor.

O raio x revelou uma fractura Judeth tipo III da tacícula radial.

Em 2 horas, foi realizada redução fechada e fixação com fio k da fractura bem como imobilização gessada. Prévio à cirurgia o doente exibia agravamento dos défices e dificuldade na extensão do punho com desvio radial que correspondiam a uma lesão tipo I do nervo interósseo posterior. Às 3 semanas o fio k foi removido e o gesso removido às 4 semanas. O doente apresentava 15º de défice de extensão, e -10º flexão e ligeiro desvio radial à extensão do punho. Com melhoria da extensão dos dedos.

O doente iniciou protocolo de fisioterapia e manteve o uso de ortótese. Aos 3 meses apresentava mobilidade mantida com resolução total dos défices.

Conclusão

Este caso apresenta uma complicação rara de paresia do nervo interósseo posterior. A proximidade do nervo ao local da fractura, durante o seu trajecto na arcada de Frohse torna-o suscetível a lesão, desde o evento traumático inicial, ao edema concomitante.

Relevância

Apesar de ser uma complicação descrita em apenas alguns casos, é necessário realizar o exame neurológico dirigido, devido às complicações possíveis, especialmente em crianças.

P23 - Fractura proximal e distal da tibia – relato de caso

Ana Félix, Teresa Araújo, Mariana Almeida, Rita Lopes, João Sousa, Margarida Carvalho

Centro Hospitalar do Oeste

As fracturas da tibia são as terceiras mais comuns na idade pediátrica. Estas são geralmente causadas por acidentes de alta energia, e mais comuns nos adolescentes e no sexo masculino.

Os autores descrevem um caso de uma fractura atípica num adolescente: Fractura do pilão tibial e avulsão da Tuberosidade anterior da tibia (TAT) ipsilaterais

Métodos

Avaliação do processo clínico e radiográfico em base de dados.

Resultados

Sexo masculino, 15 anos, trazido ao Serviço de urgência após queda de bicicleta. Apresentava limitação da mobilidade ao nível do joelho e tornozelo esquerdos com edema e equimose

Realizou raio x onde se verificou uma fractura avulsão da TAT Odgen tipo IV, Salter Harris tipo V do pilão tibial e fractura do maléolo externo.

Realizou-se redução aberta e fixação da TAT com 2 parafusos canulados, redução aberta e fixação interna do planalto tibial com 1 parafuso canulado e 2 fios kirschner. A fractura do perónio reduziu após fixação da tibia, pelo que não foi abordada.

Às 5 semanas pós operatório removeram-se os fios k. Uma semana depois removeu-se a imobilização gessada. Às 8 semanas iniciou carga parcial com 2 apoios e o protocolo de fisioterapia.

Aos 3 meses estava a andar com uma canadiana com 120º flexão e extensão completa. O tornozelo apresentava 10º de dorsiflexão e 25º de flexão plantar.

Aos 5 meses apresentava mobilidades completas e retorno à actividade física.

Conclusão

No serviço de urgência, especialmente na idade pediátrica, fracturas ipsilaterais em articulações adjacentes podem passar despercebidas tanto pela dificuldade de interpretação das queixas como da realização de exame físico.

Este caso relata uma fractura ipsilateral rara da tibia resultante de um acidente de alta energia associada a uma fractura rara do tornozelo.

Relevância

Este caso é importante porque fracturas articulares ipsilaterais são relativamente incomuns e deve ser feito um plano operatório cuidadoso para abordar ambas as fracturas.

P24 - Luxação complexa do cotovelo com neuropraxia concomitante

Ana Félix, Leonor Fernandes, Mariana Almeida, Rita Lopes, Margarida Carvalho

Centro Hospitalar do Oeste

Nas crianças, a luxação do cotovelo tem incidência de 5,21/100000. São mais comuns no sexo masculino e inversamente proporcionais à idade. Podem estar associadas a lesões neurológicas em 5% dos casos.

Os autores apresentam um caso clínico de fractura avulsão biepicondilar resultante de luxação complexa do cotovelo com lesão dos nervos cubital e mediano.

Métodos

Avaliação do processo clínico e radiográfico em base de dados.

Resultados

Sexo masculino, 13 anos, sofreu queda em altura com mecanismo de hiperextensão do membro superior esquerdo. Clinicamente apresentava parestesias de D4 e D5 e deformidade do cotovelo.

Radiografia mostrava luxação lateral do cotovelo.

Realizada redução incruenta e imobilização gessada.

Constatou-se fractura do epicôndilo coaptada e da epitroclea, descoaptada e intra-articular.

Realizou-se redução aberta e fixação da epitroclea com parafuso canulado; exploração e libertação do nervo cubital que se encontrava íntegro.

Às 3 semanas, apresentava rigidez do cotovelo, com extensão -30° e Flexão 105° , hipostesia em D5 e postura em garra cubital pelo que iniciou protocolo de fisioterapia.

Às 7 semanas mantinha postura em garra, atrofia marcada da eminência tenar e da primeira comissura, deficit de extensão do punho e de D1 a D3.

Foi pedido EMG e RMN. O EMG revelava lesão grave subaguda do nervo mediano e do nervo cubital. RMN evidenciava integridade do nervo mediano.

Actualmente apresenta -8° de extensão e 120° de flexão, já com extensão e flexão do punho e dedos, com melhoria da atrofia.

Conclusão

Apresentamos um caso de lesão neurológica dos nervos cubital e mediano com aparecimento tardio. A maioria destas são neuropraxias e resolvem espontaneamente com tempo.

Apesar de não ser consensual a fixação das fracturas-avulsão da epitroclea, se intra-articular deve ser fixado por poder condicionar a mobilidade.

Relevância

Neuropraxia do nervo cubital e mediano após luxação complexa do cotovelo que, pela sua potencial gravidade devem avaliadas pré e pós operatoriamente

P25 - Tratamento de Fracturas e Deformidades do Fémur Proximal em Doenças Ósseas Fragilizantes:

Nota Técnica

Tiago Roseiro, Cristina Alves, João Cabral, Inês Balacó, Gabriel Matos

Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Pediátrico – CHUC, EPE

Objetivo

A síndrome de McCune-Albright é uma doença rara, caracterizada por alterações endócrinas com puberdade precoce, manchas café-com-leite e displasia fibrosa poliostótica. Estes doentes têm risco elevado de fraturas patológicas, apresentando frequentemente deformidades ósseas difíceis de tratar. Apresentamos o caso clínico de um rapaz de 11 anos com síndrome McCune-Albright, tratado por fractura patológica e deformidades dos fémures proximais.

Métodos

Descrevemos o caso de um rapaz de 11 anos de idade, enviado para o nosso Hospital por fratura patológica subtrocantérica do fémur esquerdo. Observou-se ainda deformidade bilateral do fémur proximal, em cajado-de-pastor, sendo que ambos os fémures continham cavilhas intramedulares flexíveis previamente colocadas, noutra instituição. Optou-se por tratar cirurgicamente ambos os fémures, com 2 semanas de intervalo. Retirou-se as cavilhas do fémur esquerdo e procedeu-se a redução fechada da fratura e estabilização com cavilha de entrada trocantérica e placa submuscular lateral longa na região lateral do fémur, colocando o parafuso da cavilha num dos orifícios da placa, de forma a minimizar o risco de penetração através da cortical femoral. Após 2 semanas, realizou-se osteotomia fémur proximal direito e correção da deformidade, segundo técnica de Fassier, utilizando-se o mesmo tipo de osteossíntese (cavilha e placa submuscular). O doente iniciou marcha com andarilho no 11º dia pós-operatório e teve alta após 29 dias de internamento.

Descrevemos técnica útil para tratamento de fraturas e deformidades em doenças ósseas fragilizantes.

Resultados

Com seguimento de 3 meses, apresenta alinhamento simétrico dos membros inferiores, sem dismetria significativa. Faz marcha autónoma em casa e com andarilho ou canadianas fora de casa, estando a cumprir programa de reabilitação.

Conclusão

O tratamento de fraturas e deformidades do fémur em crianças com doenças ósseas fragilizantes coloca desafios vários. A utilização de osteossíntese intramedular com cavilha rígida, combinada com placa submuscular, na qual podem ser apoiados parafusos da cavilha, é uma solução a considerar.

Relevância

Descrevemos técnica útil para tratamento de fraturas e deformidades em doenças ósseas fragilizantes.

P27 - Osteogénese Imperfeita: 15 Fraturas em uma jovem de 15 anos

Pollyanna Frazão, Daniela Roque, Diogo Rocha De Carvalho, André Santos, Sérgio Pita, Carlos Almeida, José Brenha

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Aveiro

A osteogénese imperfeita (OI) é uma desordem genética rara associada à fragilidade óssea e

deformidade esquelética, mas que também afeta a estrutura de outros tecidos além do osso. Classicamente foram descritos 4 subtipos por Silience; hoje são conhecidas 16 variantes, envolvendo diferentes mutações nos genes do colagénio ou mineralização óssea. A apresentação clínica é amplamente variável e o diagnóstico nas formas leves pode ser tardio, principalmente para o tipo 1, que é o mais frequente.

Adolescente de 15 anos foi avaliada no Serviço de Urgência após queda da própria altura, com dor em membro inferior esquerdo e incapacidade de marcha. Radiogramas revelaram uma fratura metafisária distal dos ossos da perna esquerda. Verificou-se no processo clínico que a mesma era portadora de Osteogénese imperfeita. O exame físico evidenciou esclera levemente azulada e flacidez da pele. Optou-se por tratamento conservador da fratura com gesso fechado genopodálico e recebeu alta com indicação de analgesia, elevação do membro e marcha em descarga. Foi reavaliada após 4 e 6 semanas, RX de controlo mostrou presença de calo ósseo sendo o gesso foi removido. Reiniciou marcha com auxílio de canadianas com abandono progressivo e gradualmente retomou suas atividades habituais.

Os registos mostraram 15 fraturas, com média de uma fratura por ano, sendo quatro delas (~25%) tratadas cirurgicamente. Apesar da sua condição, a utente tem uma vida quase normal e adequados desenvolvimento cognitivo e crescimento.

Encontramos quatro famílias com OI Imperfeita não relacionadas geneticamente na área de referência do nosso Hospital, o que é inesperado pois trata-se de uma doença incomum (0.008% da população mundial). Esses pacientes frequentemente recorrem aos serviços de urgência. O manejo de pacientes com OI é uma situação desafiadora e requer a tomada de decisões difíceis entre tratamento conservador ou cirúrgico.

Este caso mostra a importância desta rara patologia que predispõe seus portadores a múltiplas fraturas, mesmo após trauma menor, especialmente nos períodos de maior crescimento ósseo na infância; e a necessidade de uma abordagem multidisciplinar desses pacientes. É essencial lembrar o diagnóstico

diferencial de trauma repetitivo ou múltiplo em pacientes jovens, com atenção especial ao abuso infantil.

P28 - Síndrome Compartimental Agudo do Membro Superior

Daniela Roque, Diogo Rocha de Carvalho, Pollyanna Frazão, André Santos, Sérgio Pita, Filipe Malheiro, Celeste Coimbra, José Brenha

Centro Hospitalar Baixo Vouga – Aveiro

O Síndrome Compartimental Agudo, igualmente conhecido por Síndrome de Locas, é um acontecimento clínico infrequente e de severa gravidade. Corresponde à falha da circulação intersticial por presença de conflito de espaço, ocorrendo mais frequentemente nos membros inferiores.

Uma das suas etiologias mais comum advém do aumento da permeabilidade capilar, num contexto traumático, nomeadamente fratura resultante de um traumatismo de alta energia cinética. Tal resulta em extravasamento de fluidos para o interstício, elevando ainda mais a hiperpressão previamente existente, num processo contínuo, que culmina em necrose dos tecidos circundantes.

Com consequências nefastas aquando diagnosticado e tratado tardiamente, a chave do sucesso alicerça-se num diagnóstico apoiado na clínica. Dor intensa à mobilização passiva, edema e tensão dos corpos musculares são sinais precoces enquanto que parestesias, ausência de pulsos periféricos distais e impotência funcional são sinais tardios. Fasciotomias descompressivas devem ser realizadas prontamente, com abertura da pele, tecido celular subcutâneo e fáscia em toda a sua extensão, com o objetivo de evitar isquémia irreversível dos tecidos mioneurais por libertação dos mesmos. Podem mesmo ser realizadas profilaticamente perante suspeita clínica marcada.

Esta entidade clínica é uma emergência ortopédica grave, obrigatória para rápida identificação por parte de qualquer médico.

As consequências poderão ser dos foros cutâneo, vascular e neurológico.

Este caso clínico reporta-se a um doente do sexo masculino, com 16 anos de idade, que num contexto de queda sofreu fratura dos ossos do antebraço esquerdo. Foi internado no Serviço de Ortopedia para tratamento adequado, tendo sido submetido a osteossíntese dos ossos do antebraço com placas. No período pós-operatório imediato, desenvolve quadro compatível com Síndrome Compartimental Agudo do Membro Superior Esquerdo, o qual foi atempadamente tratado cirurgicamente.

O cerne deste trabalho consiste em sensibilizar a comunidade médica para os sinais, sintomas, diagnóstico, tratamento urgente e, infelizmente, terríveis consequências desta condição clínica.

P29 - Quando um achado acidental pode revelar um diagnóstico temido - a propósito de um caso clínico de Sarcoma de Ewing

Joana Novais Costa, Luis Maia, Ricardo Marta, Joao Daviod Costa, Fernando Macedo, Rui Cerqueira

Hospital Senhora da Oliveira, Guimaraes

O Sarcoma de Ewing é o 2º tumor ósseo maligno mais comum em idade pediátrica. O seu pico de incidência ocorre na 2ª década de vida e frequentemente envolve a diáfise ou a região metafisodifisária de ossos longos. O diagnóstico definitivo é realizado através de biópsia da lesão. Apresentamos o caso de uma menina de 11 anos em que foi realizado o diagnóstico de Sarcoma de Ewing após recorrer à urgência por gonalgia sem trauma.

Adolescente sexo feminino, 11 anos. Sem antecedentes relevantes. Recorreu ao serviço de urgência por dor na região medial joelho direito com 15 dias de evolução. Negava febre. Prática ginástica artística mas sem trauma relevante conhecido. Ao exame objetivo era possível identificar pequena tumefação na região medial da tíbia sem outros sinais inflamatórios e sem limitação da mobilidade articular. Realizou radiografia simples, face e perfil que evidenciou lesão com invasão da cortical da tíbia direita. Realizou RMN em regime de internamento que confirmou o diagnóstico de lesão tumoral agressiva. Encaminhada para Oncologia do IPO Porto que realizou diagnóstico definitivo tendo iniciado protocolo de QT e RT preconizado.

O Sarcoma de Ewing representa entre 10 a 15% dos tumores ósseos malignos e cerca de 40 a 45% dos tumores ósseos malignos pediátricos. À data do diagnóstico cerca de 30% dos pacientes possuem já metastases á distância. A taxa de sobrevivência a 5 anos de tumores ósseos localizados é cerca de 70% em comparação com apenas 30% em tumores já metastizados. Os sintomas locais incluem tumefação, dor, edema ou hiperemia. Este caso ilustra a importância de uma história clínica cuidada a par de um exame físico minucioso. Mesmo na ausência de história traumática clara, estando perante características clínicas suspeitas deve ser sempre considerada a hipótese tumoral e o seu despiste não deve ser negligenciado

P30 - Anca displásica espástica e displasia de desenvolvimento da anca – há diferenças?

Joana Novais Costa, Luis Maia, Ricardo Marta, Joao David Costa, Fernando Macedo, Rui Cerqueira
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução

A luxação da anca em crianças com paralisia cerebral é uma patologia relativamente frequente, sendo a displasia da anca de tipo espástico o tipo mais comum e a com maior probabilidade de, caso precocemente reconhecida, ter melhores resultados funcionais quando tratada adequadamente. A luxação progressiva pode resultar em dor severa, limitação da função motora e diminuição da qualidade de vida. Um diagnóstico correto e precoce é necessário. O objetivo deste trabalho é a sumarizar as características clínicas que nos podem ajudar a identificar e diferenciar mais precocemente uma anca displásica espástica de uma displasia de desenvolvimento da anca.

Discussão

A luxação da anca em crianças com paralisia cerebral é comum. Numa fase inicial a subluxação é assintomática não surgindo dor ou desconforto. A progressão para luxação completa ocorre devido a contraturas e aumento do tonus muscular dos adutores, dos flexores da anca e isquiotibiais. Esta alteração muscular leva secundariamente a deformidades osseas com aumento da anteversão femoral e displasia acetabular que levam conseqüentemente a instabilidade da articulação. Numa fase mais avançada é notado um aumento da rigidez e limitação dos movimentos da articulação da anca que podem levar a limitações nas atividades da vida diária e limitar a independência da criança. Torna-se, deste modo, imprescindível que estejamos atentos ás diferenças clínicas entre as crianças com displasia de desenvolvimento da anca e as crianças com anca displásica espástica de modo a que esta última, por ser inicialmente “silenciosa” possa ser identificada e tratada o mais rapidamente possível e, portanto, evitar conseqüências desastrosas para a criança.

P31 - Deformidade do pé em doente com hemiparésia

Francisco Alves, David Ferreira;João Pedro; Graça Lopes
Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Objectivo

Revisão de 2 casos clínicos com deformidade em equino e supinação do médio pé com limitação funcional de marcha

Métodos

Discussão de tratamento da deformidade do pé

CC1

Jovem, feminino, com hemiparesia esquerda seguida na fisioterapia avaliada em 2009 encurtamento rígido do tendão de Aquiles, com apoio externo do pé com calosidade e deformidade em varo do calcâneo. Operada aos 9 anos em 2016 com osteotomia do calcâneo; alongamento de M5 e alongamento do tibial posterior.

CC2

jovem, feminino, com hemiparesia esquerda seguida na fisioterapia, varo do calcâneo e supinação do mediopé. Operado com 7 anos em 2015 com alongamento da fascia gemelar, osteotomia do calcâneo, fasciotomia plantar, OTm do 1º dedo

Resultados

Ambas as crianças foram submetidas a cirurgia ao pé com consolidação óssea, sem sinais de pressão cutânea e marcha com pé plantigrado

Conclusão

A cirurgia de correção das deformidades com alongamento das partes moles e correção das deformidades ósseas permite a existência de pé plantigrado sem sinais de compressão

Relevância

A fisioterapia sendo essencial na mobilização articular e o uso da toxina botulínica para permitir a diminuição das contraturas musculares mas o papel da ortopedia e o timing da cirurgia é essencial para a integração das jovens na integração social como foi possível nestes dois casos

P32 - Imagiologia anca da criança com paralisia cerebral - o que estar atento para evitar progressão

Joana Novais Costa, Luis Maia, Ricardo Marta, Joao David Costa, Fernando Macedo, Rui Cerqueira
Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães

Introdução

A incidência de alterações da anca em crianças com paralisia cerebral é comum assim como a progressão das mesmas. Torna-se por isso imprescindível o seguimento apertado destes doentes de modo a que sejam identificadas e tratadas atempadamente estas alterações.

O objetivo deste trabalho é sumarizar as alterações radiográficas que ocorrem nestes casos e às quais devemos dedicar a nossa atenção de modo a prevenir sequelas que podem ser devastadoras.

Discussão

A história natural da displasia espástica da anca envolve a progressão da subluxação da anca é até à luxação completa com limitação secundária da mobilidade da articulação causada pelo aumento de tonus dos músculos adutores, flexores da anca e isquiotibiais. Esta alteração muscular leva secundariamente a deformidades ósseas com aumento da anteversão femoral e displasia acetabular que levam conseqüentemente a instabilidade da articulação. O exame físico, por si só, tem-se demonstrado insuficiente para a avaliação da luxação da anca em crianças com paralisia cerebral. O Gold standard para a identificação desta progressão em crianças com paralisia cerebral é a radiografia antero-posterior da

pelvis onde é possível a medição do índice de Reimers. Estas alterações que podem ter influencia devastadora no prognóstico e independência da criança sendo necessário, deste modo, a monitorização adequada de forma a permitirem o seu tratamento em tempo adequado e permitir que a independência da criança seja uma prioridade.

P33 - Dor na População Pediátrica com Paralisia Cerebral: Uma Revisão da Literatura

Eduardo Freitas Ferreira, Bárbara Dantas, Diogo Portugal, Nuno Silva, Catarina Pereira, Ana Cadete, Leonor Prates

Serviço de MFR, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora

A Paralisia Cerebral (PC) representa um grupo de situações clínicas permanentes mas não inalteráveis que originam uma perturbação do movimento, postura e função motora devido a uma alteração/lesão/anomalia não progressiva do cérebro imaturo em desenvolvimento. Esta população apresenta maior risco de experienciar dor aguda e, possivelmente, evoluir para um processo de dor crónica. Este trabalho apresenta uma revisão da literatura sobre a dor na população pediátrica com PC. Nesta população, a dor pode ser secundária a uma multiplicidade de causas, constituindo as musculoesqueléticas, neurológicas e gastrointestinais as mais frequentes. Nestes doentes a dor é habitualmente subidentificada, submensurada e subtratada. Os estudos apresentam uma prevalência de dor estimada em 14-76%, que aumenta com a idade, predominando no género feminino. Doentes com Gross Motor Function Classification System (GMFCS) V apresentam maior prevalência e intensidade de dor, seguidos pelos GMFCS II/III. A dor é mais comum na PC do tipo discinético e está localizada mais frequentemente nos membros inferiores. Doente com GMFCS I/II apresentam dor mais frequentemente localizada nos pés enquanto os GMFCS III referem queixas algícas sobretudo nos joelhos e os GMFCS V na anca. A ausência de reconhecimento da dor em idade pediátrica pode originar a sua progressão para a idade adulta, originando pior qualidade de vida, menor participação nas atividades e distúrbios psicológicos. A heterogeneidade das pessoas com PC dificulta uma abordagem diagnóstica uniformizada da dor. Existem diversos instrumentos para identificar a dor na população pediátrica com PC, embora ainda não estejam validados para a população portuguesa. Não existe uma abordagem terapêutica bem definida no tratamento da dor associada à PC. Contudo, existe alguma evidência da administração de toxina botulínica e de baclofeno intratecal no tratamento da dor associada à hipertonia. Adicionalmente, a fisioterapia e a terapia cognitivo-comportamental demonstraram diminuir a intensidade da dor e melhor a função destes doentes.

