LIVRO DE RESUMOS

Indice:

Comunicações Livres 3
Melhores Comunicações Livres 3
Anca 8
Biomecânica 33
Coluna 35
Investigação 52
Joelho 63
Ombro e Cotovelo 84
Ortopedia Infantil 100
Punho e Mão 116
Tornozelo e Pé 132
Traumatologia 151
Tumores do Aparelho Locomotor 169
Posters 177
Anca 177
Biomecânica 183
Cartilagem 183
Coluna 185
Investigação 187
Joelho 189
Ombro e Cotovelo 196
Ortopedia Infantil 202
Punho e Mão 207
Tornozelo e Pé 211
Traumatologia 215
Tumores do Aparelho Locomotor 224
E-Posters 230
Anca 230
Biomecânica 261
Cartilagem 262
Coluna 265
Investigação 280
Joelho 284
Ombro e Cotovelo 311
Ortopedia Infantil 324
Punho e Mão 334
Tornozelo e Pé 354
Traumatologia 377
Tumores do Aparelho Locomotor 405
Videos 418
Anca 418
Coluna 420
Joelho 422
Punho e Mão 425
Traumatologia 427
Nº de Trabalhos por Hospital 428
Índice de Autores das Comunicações Livres 430
Índice dos Autores dos Posters 437
Índice dos Autores dos E-Posters 440
Índice de Autores dos Vídeos 448
Índice por Áreas – Comunicações Livres, Posters, E-Posters e Vídeos 449

Comunicações Livres

Melhores Comunicações Livres

CLA - **Será a altura rotuliana, avaliada através do Plateau-Patela-Angle, uma das causas de dor e limitação funcional após artroplastia total do joelho?**
Sofia Esteves Vieira, Hélder Nogueira, Sara Alves Da Silva, Sandra Martins, Daniel Lopes, Jorge Mendes
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
A artroplastia total do joelho (ATJ) é um procedimento muito bem-sucedido. Permite melhorar a qualidade de vida numa população cada vez mais idosa. Contudo, 1 em cada 300 doentes com ATJ desenvolve queixas álgicas sem explicação evidente. O correto posicionamento rotuliano é um fator fundamental para o sucesso da ATJ. Estão descritos na literatura 3 principais métodos de medição da altura rotuliana, o Índice de Insall-Salvati, o índice de BlackBurne-Peel e o índice de Caton-Deschamps. O Plateau-Patela Angle (PPA) permite obter a altura rotuliana através da simples medição angular numa radiografia lateral do joelho. Os autores validaram este método de medição na população portuguesa em estudos anteriores. O objetivo deste trabalho foi analisar a variação da altura rotuliana após ATJ aplicando o PPA e analisar as repercussões clínicas e funcionais do posicionamento rotuliano.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo de 57 doentes/57 joelhos submetido a ATJ primária entre 1 de Janeiro e 30 de Junho de 2012. Foram excluídos doentes com suspeita ou diagnóstico de descolamento sético ou assético. O follow-up mínimo foi 18 meses. Todos os doentes foram revistos clínica e radiologicamente tendo sido avaliado o sexo, idade na altura da cirurgia e lado afetado. A altura rotuliana foi medida em todos, no Rx pré e pós-operatório, por 2 observadores diferentes através do PPA. Para avaliação da dor e função foi aplicado o OKS (Oxford Knee Score). Os dados foram analisados em Graph Pad Prism V6®.

Resultados:
Foram analisados 57 joelhos de 57 doentes, 64,91% do sexo feminino e 35,09% do sexo masculino com idade média de 68,63 anos (52 a 83 anos). O lado direito foi afetado em 54,39% dos casos. Relativamente à avaliação da altura rotuliana no pré-operatório, o observador 1 registou um PPA médio de 22,14º e o observador 2 registou 22,33º. Após cirurgia, o PPA médio foi 23,33º na avaliação do observador 1 e 23,26º na avaliação do observador 2. O score OKS variou de 20 a 45, sendo a média 38,78. De acordo com a variação do PPA após ATJ foram formados 2 grupos de doentes. Um grupo incluiu doentes cuja variação do PPA foi <4º (n: 36). Este apresentava OKS médio 40,53. Outro grupo incluiu doentes cuja variação do PPA foi =4º (n:21). Este apresentava OKS médio 35,81. A comparação destes 2 grupos relativamente ao OKS mostrou haver diferenças estatisticamente significativas (p=0,0001) sendo o OKS superior em doentes com variação do PPA <4º.

Discussão:
A avaliação da nossa serie mostrou bons resultados funcionais após ATJ (OKS médio 38,78). Contudo, alguns doentes mantêm queixas álgicas e limitação importante nas suas AVD. Este estudo mostra ainda que doentes com menor variação do PPA (<4º) após ATJ apresentam OKS médio superior aqueles com variação =4º, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Estes dados sugerem que a altura rotuliana após ATJ pode ser uma das causas de dor e limitação funcional em doentes radiologicamente e analiticamente bem. Parece vantajoso que a altura rotuliana após ATJ seja semelhante à altura rotuliana pré-operatória.

Conclusão:
Apesar de ser uma cirurgia muito bem-sucedida, a ATJ está ainda associada a dor e limitação funcional em doentes radiologicamente e analiticamente bem. Neste estudo, doentes com variação de PPA = que 4º após ATJ apresentaram mais queixas álgicas e piores resultados funcionais. Assim, tudo indica que a variação da altura rotuliana após ATJ deve ser tida em conta como causa de dor e limitação funcional.

CLB - **Análise Da Correlação Clínico-Radiológica Da Instabilidade Após Reconstrução do Ligamento Cruzado Anterior Com Autoenxerto De Isquiotibiais: Resultados A Longo Prazo**
Sara Machado, Paulo Ribeiro De Oliveira, Manuel Seara, António Matos Coutinho, Artur Antunes, Rui Pinto
(Centro Hospitalar de S. João)
Introdução:
A rutura do Ligamento Cruzado Anterior (LCA) é uma lesão limitante e comum. A reconstrução do LCA é um procedimento bem estabelecido mundialmente, verificando-se uma tendência crescente para o recurso

ao autoenxerto tendinoso com isquiotibiais (ETIT), aparentemente associado a menores taxas de morbilidade pós-operatória. Contudo existe alguma preocupação relativamente ao risco de laxidão a longo prazo associado a estes enxertos. Foi nosso objetivo avaliar clinicamente possíveis instabilidades a longo prazo e validar critérios radiográficos na análise de possível laxidão/instabilidade através da sua correlação com a clínica apresentada pelo doente.

Material e Métodos:

Selecionaram-se doentes submetidos a reconstrução do LCA com ETIT, com ou sem meniscectomia, e ausência de lesão condral perceptível, com tempo mínimo de seguimento de 5 anos (n=32). Excluíram-se doentes com patologia prévia conhecida do joelho. O tempo médio de seguimento é de 69 meses. Efetuou-se uma avaliação clínica dos doentes, nomeadamente com o preenchimento do formulário de avaliação subjetiva do joelho IKDC. Realizou-se um estudo radiográfico, com um Rx de face em carga e um Rx de perfil em apoio monopodálico com uma flexão de 30º com sobreposição dos côndilos femorais, analisando-se: translação anterior da tíbia, área de desgaste articular e alargamento do túnel femoral secundário a fenómenos de "windshield-wiper" ou "bungee-cord", possivelmente associadas a laxidão do neoligamento. Procurou-se uma correlação entre a presença destes critérios radiográficos e a clínica apresentada.

Resultados:

85% são homens, com uma média de idades de 27 anos. Em todos a lesão ocorreu durante a prática desportiva. 18 doentes tiveram meniscectomia parcial. Uma melhoria significativa ($p < 0.001$) entre os parâmetros pré e pós-operatórios foi demonstrada, com um score IKDC médio pré-operatório de 46 e um score atual de 95 pontos. 92% realizam atividades de demanda moderada como jogging, dos quais 40% praticam atividades extenuantes como futebol sem queixas. Observou-se uma correlação entre o resultado final e a presença de lesões meniscais associadas. Clinicamente, apenas 6,25% apresentam sinais e sintomas compatíveis com insuficiência do neoligamento. Radiologicamente, 35% apresentam um deslocamento anterior da tíbia comparativamente ao joelho contralateral (diferença > 3mm) com uma distância média córtex posterior do prato tibial lateral-córtex posterior do côndilo femoral lateral do joelho intervencionado de 4,2 mm [3,3-7,2]. 10% apresentam um alargamento do túnel femoral (com um alargamento médio de 1,8mm) e 60% apresentam esclerose subcondral na região anterior dos pratos tibiais. Os doentes com clínica sugestiva de insuficiência do neoligamento referidos anteriormente apresentam deslocamento anterior da tíbia e sinais de desgaste articular, contudo apenas um apresenta alargamento do túnel ósseo. Não foi possível demonstrar uma correlação significativa entre os achados radiológicos e a clínica.

Discussão:

Seria de esperar uma melhor correlação entre as alterações radiográficas e a avaliação clínica, porém tal não se verificou, no entanto existe uma correlação entre as alterações radiográficas e clínicas nos doentes parcialmente meniscectomizados. Assim sendo pensamos que será difícil encontrar um método não dinâmico credível para avaliação dos resultados da nossa intervenção ao LCA. A ligamentoplastia do LCA é uma intervenção maioritariamente eficaz na resolução da instabilidade do joelho, no entanto a avaliação morfo-funcional vai continuar a ter um componente interobservador significativo, estando o resultado final muito dependente da expetativa dos intervenientes e da capacidade individual em atingir uma recuperação eficaz do seu procedimento cirúrgico.

Conclusão:

Não foi possível demonstrar uma correlação entre os achados radiográficos e a clínica, o que poderá ser explicado pelo desenvolvimento de medidas

---

CLC - **Uso de um modelo matemático do joelho para simular o comportamento do LCA - correlação anátomo-mecânica**

Miguel Marta, Bruno Correia, Mário Fernandes, Rui Guedes, Rui Pinto

(Centro Hospitalar de S. São João)

Introdução:

O Joelho é uma articulação complexa e importante para a locomoção humana. Por estar constantemente sujeito a carga e tensão elevadas, em especial na prática de desporto de alta competição, o risco de ruptura dos seus ligamentos é elevado, em particular do ligamento cruzado anterior (LCA). A compreensão das propriedades biomecânicas do LCA revela-se fundamental para o conhecimento dos mecanismos de lesão e das técnicas da sua reparação ou substituição, A definição de um modelo matemático do joelho e do LCA é algo facilmente acessível a partir da imagem médica computorizada, e permite a simulação da mobilidade do joelho. Não existe no entanto até ao momento uma

forma de relacionar com segurança as características mecânicas do LCA, nomeadamente no que diz respeito à sua deformabilidade, e que permita introduzir esses dados no modelo matemático de forma a simular adequadamente o comportamento do LCA sujeito à aplicação de uma força. O modelo matemático assim obtido simula adequadamente a mobilidade do joelho e a resistência do LCA, e permite compreender o mecanismo de lesão bem como o resultado do tratamento das lesões do mesmo.

Material e Métodos:
O modelo matemático foi obtido a partir de imagens de ressonância magnética do joelho de voluntários saudáveis, obtidas em vários graus de flexão do joelho. Procedeu-se à individualização das diversas estruturas anatómicas (nomeadamente superfície articular e do LCA), à realização de uma imagem em 3D e posteriormente à realização de um modelo de elementos finitos. A determinação das características mecânicas foi realizada por análise experimental de 20 joelhos de cadáver, sem lesão prévia do LCA. O LCA foi testado no joelho mantendo-se a integridade anatómica do joelho e do membro inferior. Os dados obtidos da análise experimental foram usados para definir as características de deformidade e resistência do modelo de elementos finitos.

Resultados:
Obtido o modelo matemático do joelho foram aplicadas forças sobre o mesmo, simulando os mecanismos de lesão conhecidos e determinando a força necessária para produzir deformidade ou ruptura.

Discussão:
O modelo matemático do joelho assim obtido permite não apenas a simulação da mobilidade do joelho, e consequentemente das solicitações sobre o LCA, mas também a simulação da aplicação real de forças sobre esse modelo. O que permite uma aproximação bastante realista aos mecanismos de lesão conhecidos do LCA. A realização deste modelo, e a verificação da sua conformidade com os dados anatómicos e imagiológicos, permite também a validação, por um método não invasivo, de diferentes técnicas de substituição do LCA, incluindo nestas a possibilidade de testar diversos pontos de ancoragem do LCA ou a sua substituição por elementos com distintas características mecânicas (ligamentos de constituição diferentes, incluindo artificiais)

Conclusão:
Os modelos matemáticos de joelho, realizados geralmente com uma ferramenta de análise baseada no metido de elementos finitos, são uma aproximação aos dados anatómicos bastante real. Aproximação apenas à anatomia do joelho, já que para o estudo de aplicação de forças e deformação, incluindo de ruptura, é necessário determinar experimentalmente os parâmetros mecânicos do LCA. A conjugação de todos estes dados permitiu a obtenção de um modelo realista que simula adequadamente a mobilidade e a reacção às solicitações a que o joelho é submetido.

CLD - **Utilização de implantes 3D no tratamento de lesões osteocondrais do astrágalo**
Nuno Ribeiro
(British Hospital)

Introdução:
As lesões condrais não curam espontâneamente na cartilagem adulta, sendo um dos maiores desafios na prática do cirurgião ortopédico. Têm surgido nas últimas décadas algumas alternativas no tratamento das lesões osteocondrais, entre as quais o transplante autólogo de condrócitos e vários tipos de implantes tridimensionais, com resultados promissores

Material e Métodos:
Entre 2008 e 2012 foram operados sete doentes, 4 do sexo feminino e 3 do sexo masculino, por lesões osteocondrais do ângulo interno da cúpula astragalalina, com idades entre os 32 e os 65 anos e todos com sintomatologia limitativa das AVD por mais de seis meses. Utilizaram-se dois tipos de implantes: em 4 doentes foi utilizado o transplante autólogo de condrócitos num implante 3D de cola de fibrina e em 3 doentes um implante tridimensional multicamada de hidroxiapatite\colagéneo

Resultados:
Todos os doentes do estudo melhoraram clinicamente, com 85 % de bons e excelentes resultados nos scores utilizados. Cinco dos doentes assimtomáticos (72%) mesmo com actividades desportivas de rendimento ou com actividades laborais pesadas. Os dois casos sintomáticos pertencem ao grupo do implante tridimensional multicamada de hidroxiapatite\colagéneo.

Discussão:
A lesão da cartilagem é um problema habitual na prática ortopédica de dificil tratamento e cujos resultados são habitualmente incompletos e transitórios. A bioengenharia tem tentado melhorar os resultados deste tratamento, com a fabricação de implantes que tentam mimetizar o ambiente ideal para a proliferação celular. Os dois implantes 3D utilizados neste estudo revelaram-se capazes de curar ou melhorar significativamente o estado prévio num elevado número de casos

Conclusão:
Os tipos de implantes utilizados no estudo, quer o transplante autólogo de condrócitos num implante 3D de cola de fibrina, quer o implante tridimensional multicamada de hidroxiapatite\colagéneo evidenciaram a capacidade de promoverem uma franca melhoria clínica em 6 dos 7 dos casos tratados. O restante caso, operado com o implante hidroxiapatite\colagéneo, apesar de melhorado, apresenta limitações na marcha prolongada e na actividade desportiva

---

CLE - **Artroscopia do tornozelo - Anterior vs Posterior - comparação de resultados e complicações**
André Barros, Nuno Carvalho, Rui Pereira, Ines Quintas, Ruben Caetano, Nuno Côrte-Real
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
Recentemente têm surgido debates na literatura internacional acerca da segurança e necessidade da abordagem artroscópica posterior para tratamento da patologia intra e extra articular do tornozelo. A artroscopia por via posterior realiza-se utilizando portais postero-interno e postero-externo, e com o doente em decúbito ventral. Permite acesso à região posterior do tornozelo, articulação subtalar, osso trígono, tendões peroneias e tendão do Longo flexor do Hallux, e ainda à porção posterior do ligamento deltoideu. Permite ainda uma melhor visualização, menor morbilidade e recuperação mais rápida que na abordagem a céu aberto. Neste estudo comparamos os resultados clínicos e funcionais e dos doentes submetidos a apenas a artroscopia anterior e dos doentes submetidos a artroscopia anterior e posterior do tornozelo, bem como as complicações independentemente da patologia inicial.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, tendo sido analisados os processos clínicos de todos os doentes submetidos a tratamento artroscópico do tornozelo em duas instituições, pelo mesmo cirurgião. De um universo de 299 procedimentos artroscópicos do tornozelo, excluímos todos os casos em que foi utilizada concomitantemente uma via aberta para tratamento de outras lesões. Obtivémos resultados clínicos e funcionais de 185 doentes, 97 homens, 88 mulheres, tendo sido aplicado o score Aofas para o retropé e tornozelo. Foi realizada artroscopia posterior em 87 doentes e anterior em 98 doentes. A média de idades foi de 36 anos (17-59). O follow-up mínimo foi de 6 meses (6-60). Cento e trinta e dois doentes apresentavam patologia de origem traumática, e destes, 105 estavam relacionados com acidentes de trabalho.

Resultados:
: Artroscopia anterior: a média do score Aofas foi de 87 (43- 100). Oitenta e sete doentes retomaram a sua atividade profissional ou desportiva previa, e 16 doentes ainda não retomaram atividade na altura da avaliação. O tempo médio de retorno à atividade previa foi de 4 meses (2-10). Registamos complicações em 13 doentes. Estas incluem infecção superficial das postas de entrada (3 casos), síndrome de dor regional complexa (3 casos), artrofibrose (2 casos), recidiva da lesão inicial (5 casos). Foram reoperados 6 doentes (2 casos de artrofibrose e 4 por recidiva da patologia inicial)Artroscopia anterior e posterior: a média do score Aofas foi de 83 (38-100). Setenta e cinco doentes já retomaram a sua atividade prévia, sendo que 10 ainda se encontram em tratamento. O tempo médio de retorno à atividade foi de 4,3 meses (2- 12). Registámos complicações em 10 doentes (11,4%). Estas incluem 4 casos de lesão do nervo peroneal superficial, dos quais 3 recuperaram totalmente, 3 casos de artrofibrose, 2 casos de síndrome de dor regional complexa e 1 caso de infecção superficial das portas de entrada. Foram reoperados 4 doentes, dos quais 2 por artrofibrose, 2 casos por recidiva da patologia inicial.

Discussão:
Constatamos que a média do score Aofas e a taxa de complicações é sobreponível entre as duas diferentes abordagens. Os nossos resultados, em termos de complicações, são ligeiramente inferiores aos publicados na literatura internacional, quer para a artroscopia anterior, quer para a anterior e posterior, o

que poderá estar relacionado com o elevado número de doentes com lesões relacionadas com acidentes de trabalho.

Conclusão:
A abordagem posterior não tem mais complicações que a abordagem anterior isolada. Os resultados em doentes vítimas de acidente de trabalho são inferiores em ambas as abordagens. Os resultados e complicações de ambas as abordagens são sobreponíveis aos da literatura internacional.

Anca

CL1 - **Implementação de programa de cirurgia fast-track na artroplastia total da anca, estudo comparativo 2011 e 2012 - 116 casos**

Artur Antunes, Mariana Ferreira, Carlos Dopico Lago, Manuel Seara, António Mateus, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João EPE)

Introdução:
O trauma cirúrgico na artroplastia total da anca (ATA) provoca dor, catabolismo, alteração do metabolismo basal e aumento do risco tromboembólico, podendo condicionar reabilitação e internamentos prolongados. A otimização dos cuidados individuais perioperatórios pela metodologia fast-track (neste caso, Rapid Recovery – Biomet ®), reduz o tempo de internamento, a morbilidade e economiza recursos, sem aparente aumento de complicações. Pretendemos com este estudo avaliar a introdução da metodologia fast-track na ATA primária no nosso hospital.

Material e Métodos:
Estudo cohort incluindo os primeiros 48 doentes intervencionados em 2012 no âmbito do programa fast-track (RR) e 68 doentes submetidos a ATA em 2011 (GC) que cumpririam os critérios de inclusão do programa Rapid Recovery®. Avaliamos: idade, género, tipo artroplastia, co-morbilidades, o tempo total de internamento, dias em pré-operatório, dias em pós-operatório, complicações no internamento, complicações de ferida operatória, luxações de ATA e reinternamentos precoces (definido pelos autores como até 30 dias) por qualquer motivo. A análise estatística foi efetuada com SPSS v 20.0 ®, considerando valores significativos para $p<0,05$.

Resultados:
No GC: média de idade 64,10 ± 12,7 anos, 64,7% sexo feminino, lateralidade - 69,11% direita, 69,1% ATA cimentadas, 1,4% ATA híbridas e 29,5% ATA não-cimentadas. No grupo RR, média de idade 67,44 ± 8,29 anos, 62,08% sexo feminino, lateralidade 70,08% direita, 41,67% ATA cimentadas, 56,25 ATA não cimentadas e 2,08 ATA híbridas. Tempos de internamento: total (GC 6,72 ± 1,6 dias; RR 5,69 ± 1,6 dias), pré-operatório (GC 1,3 ± 0,754 dias; RR 0,97 ± 0,25 dias), pós-operatório (GC 4,34 ± 1,6 dias; RR 3,70 ± 1,58 dias). Complicações registadas: internamento (GC 5,88%;RR 6,25%), complicações de pele (GC 4,4%; RR 2,01%), luxações e reinternamentos precoces (GC 1,4%; RR 2,01%). O grupo RR registou 3 complicações no internamento, 4 complicações de pele e 1 luxação de ATA. O GC registou 5 complicações no internamento, 5 complicações de pele e 1 luxação de ATA. Não se registou diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos em relação a idade (ANOVA p=0,115), género (p=0,159) co-morbilidades (p=0,212), tipos de artroplastia (p=0,0585), complicações no internamento (t Student p=0,068), complicações de pele (t Student p=0,251) e luxações ou reinternamentos precoces (t Student p=0,278). Registamos uma significativa redução do tempo de pré-operatório (ANOVA p<0,001), total de internamento (ANOVA p<0,001) e pós-operatório (ANOVA p=0,037) no grupo RR. Não registamos até à data qualquer infeção ou fratura peri-protésica de ATA em ambos os grupos.

Discussão:
Verificamos uma significativa redução do tempo médio de internamento do GC para o RR. A avaliação multimodal e preparação adequada do paciente no período que antecede o internamento permitiram uma redução do período pré-operatório. A reabilitação precoce, normalização de medidas de cuidado, analgesia eficaz e seguimento de critérios definidos para alta permitiu no grupo de RR uma significativa redução de período de internamento pós-operatório. Esta associação de abordagens reduziu de forma significativa o tempo total de internamento no grupo RR. Não registamos aumento de complicações precoces, descritas por alguns autores para este tipo de abordagem à ATA primária. A taxa de complicações em ambos os grupos está de acordo com o esperado para este procedimento.

Conclusão:
A introdução do programa de Rapid Recovery ® em ATA na nossa instituição permitiu uma padronização do acesso, da reabilitação e dos critérios de alta, reduzindo de forma significativa o tempo de internamento, sem demonstrar um aumento de número de complicações.

CL2 - **Preliminary results and learning curve with a short stem: CFP system**

Miquel Pons, Mónica Corrales
(Hospital Universitario Sant Rafael)

Introdução:
In conservative hip replacement such short stem prosthesis it is important to remove only pathological

tissue to preserve as much healthy bone as posible. The collum femoris preserving (CFP) system preserves most of the femoral neck and metaphyseal cancellous bone. We present our learning curve with this system and our preliminary results and conclusions.

Material e Métodos:
During 2001-2010 we placed 188 CFP prosthesis by a posterior approach in 120 men and 58 women (10 bilateral). The mean age of the patients was 55.1 years (range 22-74 years) and the mean follow-up was 52.5 months (with a minimun follow-up of 24 months). Two different types of cups were implanted: the TOP system with a polyethylene insert and the Betacup system with a Biolox-deta ceramic linner in younger patients. One hundred and three patients were active workers at the time of surgery. All patients began partial weight-bearing at 18-36 hours after surgery and total weight-bearing was allowed at 3 weeks postoperative.

Resultados:
With a short follow-up Harris Hip Scale was 30.7 (range 18-51) before surgery and 91.7 (range 87-100) at the last follow-up examination. All but 5 active workers returned to work and 53.7% of the studied patients practiced some sport or physical activity. Radiological studies showed stem size correct in 172 hips and resorption at the prosthetic rim was found in 11 hips without clinical symptoms. We had 1 infection, 2 intraoperative partial shaft fractures that did not require treatment, 2 periprosthetic traumatic fractures treated by osteosynthesis in one case and femoral revision in the other, 1 acetabular loosening, 2 acetabular linner wear and 1 femoral loosening treated with revisions.

Discussão:
Although the current follow-up is too short to allow definitive conclusions, the CFP system has provided excellent short-term results with a high survival rate.

Conclusão:
In 188 CFP stems the revision rate for loosening has been 0,53%. It preserves most of the femoral neck bone so revision can be done with a standard stem. Technically it is as easy as other stems with a short learning curve and the rate of intraoperative or early complications is no higher than standard stems

---

CL3 - **Bacteriuria assintomática pré-operatória: um fator de risco previamente desconhecido para infeção protésica**

Ricardo Sousa, Pedro Leite, Luis Dias Da Costa, Maria Helena Ramos, Alex Soriano, Andrea Guyot
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António)

Introdução:
A infeção urinária sintomática é um fator de risco reconhecido para infeção protésica mas existe ainda bastante controvérsia na literatura mundial sobre a verdadeira relevância da bacteriuria assintomática (BAS). Apenas alguns trabalhos estudaram esta questão e nenhum encontrou uma associação positiva pelo que atualmente não se recomenda a pesquisa rotineira ou o adiamento da cirurgia perante este achado. Os objetivos deste estudo são: 1) descrever a prevalência de BAS entre os candidatos a artroplastia total da anca e joelho; 2) determinar se a presença de BAS se relaciona com risco aumentado de infeção protésica; 3) determinar se um período de antibioterapia dirigida prévio à cirurgia é eficaz na redução desse risco

Material e Métodos:
Trata-se de um estudo prospetivo multicêntrico envolvendo candidatos a artroplastias primárias do joelho e anca, levado a cabo entre 2010 e 2011em três instituições europeias. Todos os doentes incluídos realizaram pesquisa de bacteriuria por urocultura convencional antes da cirurgia e foram seguidos por um período mínimo de 1 ano após a cirurgia. BAS foi definida como crescimento bacteriano = 105 unidades formadoras de colónias/mL em doentes sem sintomas urinários. Os doentes com BAS foram divididos em dois grupos conforme tenham ou não sido tratados com um período apropriado de antibioterapia dirigida pré-operatoriamente. Informação demográfica relevante bem como índice de massa corporal (IMC), diabetes, classificação ASA, duração da cirurgia e infeção urinária (ITU) pós-operatória foram também recolhidos e foi levada a cabo análise estatística multivariável por regressão logística.

Resultados:
Durante o período do estudo foram incluídas 2,478 artroplastias (50.3% joelhos, 62.8% mulheres; idade média 68 anos). Foi detetada BAS em 12% da população total: 16% nas mulheres e 5% nos homens. Género feminino ($p<0.0001$), obesidade ($p=0.001$) e classificação ASA =3 ($p=0.03$) são significativamente mais prevalentes nos doentes com BAS. Para além disso os doentes com BAS apresentam também um risco significativamente maior de desenvolver ITU no

primeiro ano após a cirurgia (OR=4.9,IC95%=3.4-6.9). A taxa de infeção global neste estudo foi 1.7% (43/2478). A taxa de infeção na população com BAS foi 4.4% (13/298) que é significativamente mais elevada que os 1.4% (30/2180) encontrados nos doentes com uroculturas negativas (OR=3.3,IC95%=1.7-6.3). Esta associação entre BAS e infeção protésica mantém-se significativa (OR=3.96,IC95%=1.40-11.6) mesmo após a análise multivariável ajustar para as possíveis variáveis confundidoras que são mais prevalentes nesta população. Para além disso a ITU no primeiro ano após a cirurgia surge também como fator de risco significativo para infeção protésica (OR=6.1,IC95%=1.3-28.3). A taxa de infeção protésica é semelhante entre os dois grupos de doentes com BAS apesar do tratamento antibiótico prévio: 4.9% (7/144) no grupo não tratado e 3.9% (6/154) no grupo tratado (OR=9.8,IC95%=0.3-2.4). Cerca de 25% (11/43) de todas as infeções têm envolvimento de bactérias Gram negativas. É de realçar que a proporção de infeção por estas bactérias é significativamente maior na população com BAS quando comparada à população com uroculturas negativas (OR=6.5,IC95%==1.7-25.0). Apesar disso as espécies encontradas na infeção protésica não são as mesmas encontradas na urina pré-operatoriamente.

Discussão:
O fato de as infeções protésicas não serem pela mesma bactéria presente na urina pode ajudar a explicar a falta de benefício da intervenção proposta. Não obstante os doentes com BAS apresentam um risco mais elevado de infeção protésica. Os autores especulam que este se pode dever a uma suscetibilidade maior para infeção no local cirúrgico e/ou infeções urinárias repetidas que por sua vez levam a infeção protésica.

Conclusão:
A bacteriuria assintomática pré-operatória é um fator de risco independente para infeção após artroplast

---

CL4 - **Artroscopia da anca - Técnica out-inside. Uma forma natural de fazer artroscopia**
Cruz De Melo, Silvio Dias, Fernando Leal, Manuel Padin, João Teixeira, Vera Resende
(CHEDV)

Introdução:
A artroscopia da anca é um procedimento cada vez mais frequente no tratamento de patologia da anca. O seu desenvolvimento, na última década deve-se ao maior conhecimento das bases da "anca dolorosa" no adulto jovem, sobretudo do síndrome do conflito femoro-acetabular (CFA). Como noutras articulações pode ser efetuada com objectivo diagnóstico e/ou terapêutico. Tem indicação em múltiplas situações clínicas, sendo na atualidade a mais frequente o tratamento do conflito femoro-acetabular (CFA). A complexidade deste procedimento, é um fator desencorajador da sua execução. Apresentamos a técnica artroscopica out-in que, com a realização de uma capsulotomia anterior, permite a reprodução dos passos da artrotomia mini-open por via anterior, facilitando o procedimento artroscópico, minimizando o tempo e intensidade da tração e permitindo o tratamento da patologia articular da anca, sem uso ou com uso mínimo de radiologia.

Material e Métodos:
Apresenta-se a experiência e a descrição pormenorizada da técnica artroscópica out-in. Foram realizadas 51 artroscopias da anca, em 51 pacientes, no período compreendido entre Julho de 2012 e Maio de 2013. Todos os procedimentos foram realizados pelo mesmo cirurgião e pela técnica out-in. Os diagnósticos que originaram a intervenção foram: 37 conflitos femoro-acetabulares, 3 lesões de labrum, 2 "os acetabuli, 1 sequela de epifisiólise, 1 anca de ressalto (psoas); 2 revisões de SCF 1 destes com ancoras livres, 1 quisto supra-acetabular, 1 manoartrite; 1 condromatose synovial, 1 encondroma do colo do fémur e 1 PTA dolorosa

Resultados:
O tempo médio de cirurgia de cirurgia foi de 130 minutos (minímo 50 e máximo 190) sendo o tempo médio de tração de 50 (minímo 15 e máximo 80) Exposição a radiação foi em média 0,005 mGy (0,003 mGy a 0,3 mGy) (2 – 19 disparos) Efetuou-se osteocondroplastia femoral em 32 pacientes, tenotomia do psoas em 6. Exérese de corpos livres (âncoras e fragmentos condrais) em 2 e sinovectomia em 1. Efectuou-se uma exérese de encondroma do colo do femur. Efetuada reparação e reinserção do labrum em 26 ancas, shaving labral em 2 e exérese de labrum em 2. Em 21 pacientes foi realizada acetabuloplastia. Efetuado shaving cartilagineo e microfracturas em 6 pacientes, microfracturas e cola de fibrina para estabilização de fragmento cartilagíneo em 2 e apenas shaving em 6.

Discussão:
A realização da artroscopia da anca pela técnica out-in é um procedimento complexo, com uma longa curva de

aprendizagem. Ao permitir a reprodução artroscópica dos passos da técnica anterior (mini-open), conduz, na nossa opinião, a uma diminuição da curva de aprendizagem, para cirurgiões com experiência prévia na técnica aberta e em artroscopia. Esta técnica minimiza o tempo de cirurgia, o tempo de tração e o tempo de exposição a radiação.

Conclusão:
A cirurgia artroscópica da anca, pela sua complexidade, estava "reservada" a um grupo pequeno de patologias e sobretudo a um conjunto muito pequeno de cirurgiões. A técnica artroscópica, out-in, com entrada no espaço periférico da anca, seguido de capsulotomia anterior, mimetizando a maioria dos gestos efectuados na técnica anterior, seja na cápsula, no acetábulo ou no colo femoral, permite o "aproveitamento" da experiência adquirida na técnica "aberta", diminuindo a curva de aprendizagem e facilitando a execução técnica. Pode ser efetuada sem uso de radioscopia ou com uso mínimo. É uma forma natural de fazer artroscopia da anca.

CL5 - **Resultados preliminares de artroplastia total da anca em indivíduos jovens activos com hastes femorais curtas.**

Luís Miguel Silva, Ricardo Maia, Rui Duarte, Nuno Ferreira, Martins Pereira, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
A artroplastia total da anca (ATA) tornou-se uma cirurgia de sucesso na osteoartrose da anca na metade do século passado. A elevada exigência em melhorar a qualidade de vida dos doentes jovens e com grande atividade diária, tem aumentado a indicação precoce de ATA. Nos doentes jovens com ATA, o aumento da probabilidade de cirurgia de revisão apresenta-se como um desafio cirúrgico.Hastes femorais curtas, (metafisárias), têm sido concebidas e introduzidas, com o objetivo de preservar o stock ósseo. Este trabalho prospetivo demonstra os resultados preliminares com a utilização da haste curta DePuy Silent™, em ATA em doentes jovens e ativos.

Material e Métodos:
Entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2012, 19 doentes foram submetidos a Artroplastia total da anca com haste curta DePuy Silent™. Os critérios de inclusão foram: sexo masculino ou feminino; idade entre 18 e 60 anos; capacidade de fornecer consentimento livre e esclarecido voluntário; osteoartrose não-inflamatória da anca considerada adequada para colocação de componente femoral e acetabular não cimentado. Foram critérios de exclusão: má qualidade óssea; grande deformidade ou perda óssea no colo do fémur; ângulo cervico-diafisário < 120º; IMC > 35; infeção ativa; exposição prévia da anca a radiação; doença de Paget; comprometimento neuromuscular ou vascular. Todas as cirurgias foram realizadas pelo mesmo grupo cirúrgico. Todos os doente fizeram profilaxia com cefazolina e enoxaparina. Todos os doentes foram avaliados clinica e radiologicamente aos 1, 3,6,12 e 18 meses. Foram registadas todas as complicações peri e pós-operatórias. Foram avaliados clinicamente pelo Harris Hip Score, Womac e retorno à atividade profissional. Foram avaliadas as perdas hemáticas e tempo cirúrgico. Radiologicamente foram avaliados, ângulo cervico-diafisário, alinhamento, encurtamento, migração, descelamento dos componentes.

Resultados:
Entre Outubro de 2011 e Dezembro de 2012, foram operados 20 doentes. 15 do sexo masculino e 4 do sexo feminino; A idade média dos pacientes foi de 50,7 anos (Min. 39; Máx. 60). O seguimento médio foi de 11 meses (Min. 6; Máx. 18). O IMC médio foi de 28,2 (Min. 20,1; Máx. 34,8). 7 pacientes eram fumadores. A distribuição dos pacientes de acordo com o diagnóstico foi: 7 osteoartrose primária, 10 necrose avascular, 2 OA secundaria a DDA. O valor médio Harris Hip Score pré-operatório foi de 33 (Min. 21; Máx 46) e pós-operatório de 89 (Min. 82; Máx 94). Não se verificaram casos de fraturas perí-operatórias, infeção, instabilidade, ou descelamento.. Verificou-se um caso de trombose venosa profunda às 6 semanas pós cirurgia. Um doente teve posicionamento da haste em valgo exagerado.

Discussão:
Vários estudos têm demonstrado haver uma perda óssea na região proximal do fémur por fenómenos de stress-shielding. Estes resultados, juntamente com a experiência adquirida em cirurgias de revisão (dificuldades técnicas causada pela perda de osso), tem levado a uma mudança de princípios nas ATA primárias para uma abordagem mais conservadora. Hastes femorais curtas têm sido lançadas para serem usadas em doentes jovens e ativos que não podem ou não querem artroplastia de recobrimento. Apesar do reduzido número de casos e tempo de seguimento, os resultados preliminares são encorajadores. A elevada satisfação dos doentes, associada ao baixo índice de

complicações e rápido retorno às actividades laborais e de lazer, demonstram a segurança desta alternativa terapêutica.

Conclusão:
O aumento no HHS apresentado neste estudo parece estar em consonância com trabalhos publicados. Dor residual na coxa, pós-operatória é uma queixa referida em 26% dos doentes. Em pacientes jovens cuidadosamente selecionados, quando há contra-indicação para resurfacing, a implantação de uma haste curta Silent ™ é um método simples e eficaz para ATA com bons ou excelentes resultados. No entanto, é necessário mais tempo de seguimento para avaliar

---

CL6 - **Necrose asséptica grave da cabeça femoral (Ficat III). Tratamento com enxerto ósseo vascularizado da crista ilíaca. Técnica e resultados tardios (mínimo 10 anos de evolução).**

Antonio Faga, Lafayette De Azevedo Lage, Leandro Ejnisman
(Instituto de Ortopedia da Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo)

Introdução:
Nos estágios iniciais da necrose não traumática da cabeça femoral (NACF) (Ficat I e II) o tratamento tem sido o conservador ou cirurgias de pequeno porte e, na fase tardia (Ficat IV), com artrose coxofemoral, estão indicadas as artroplastias. Nos estágios intermediários (Ficat III), vários tratamentos foram propostos, tais como a simples descompressão, a enxertia óssea convencional, a osteotomia rotacional e o enxerto ósseo vascularizado. Os enxertos vascularizados podem ser realizados com a utilização da fíbula ou da crista ilíaca. O presente trabalho baseia-se no emprego do enxerto vascularizado da crista ilíaca, cujo pedículo vascular é formado pela artéria e veia circunflexa ilíaca profunda.

Material e Métodos:
Material: No período de janeiro de 1992 a janeiro de 1995, foram operados 19 pacientes portadores de NACF. Todos eram do sexo masculino e com idade variando entre 27 e 58 anos, com média de 41 anos, e todos classificados como "Ficat III". O tempo mínimo de seguimento foi 10 anos. Método: O acesso ao quadril foi realizado por via ântero-lateral, no plano entre os músculos sartório e tensor da fáscia lata, que foi desinserido subperiostalmente do ilíaco. A cápsula articular foi aberta expondo-se o colo do fêmur abrindo-se então uma "janela" na transição cabeça-colo que foi utilizada para a retirada de todo o osso necrótico da cabeça femoral. A cavidade obtida foi inicialmente preenchida com enxerto ósseo esponjoso convencional deixando-se um espaço para a complementação com o enxerto vascularizado da crista ilíaca. O enxerto da crista ilíaca é nutrido por um pedículo vascular que inclui a artéria e a veia circunflexa ilíaca profunda, apresentando comprimento variável de 7 a 10 cm suficiente para permitir o arco de rotação necessário para que o enxerto seja levado até a área receptora. Esse pedículo se origina da artéria ilíaca externa sob o tendão conjunto dos músculos oblíquo interno e transverso do abdômen, logo acima do ligamento inguinal.

Resultados:
A avaliação dos resultados foi feita por exame clínico e com radiografias simples e tomografia computadorizada. A avaliação da viabilidade do enxerto foi feita com arteriografia e cintilografia. Em todos os pacientes a artéria circunflexa ilíaca profunda se apresentava pérvia e a cintilografia demonstrava captação. Todos os enxertos "consolidaram" até o 62° mês. Com relação a dor, inicialmente afetando todos os pacientes, ela estava ausente em 12, em 4 estava presente aos grandes esforços e em 3 ela surgia aos pequenos esforços. Em 4 pacientes houve a progressão da doença e no restante manteve-se constante havendo nestes a evolução com osteoartrose a longo prazo.

Discussão:
No tratamento da NACF, o objetivo principal deve ser a preservação da cabeça femoral e não sua substituição, exceto nos casos de osteoartrose. Tendo em vista que essa patologia tem origem em uma diminuição do aporte sanguíneo local, acreditamos que, nos seus estágios mais avançados, os enxertos vascularizados sejam uma melhor indicação para o seu tratamento, já que podem proporcionar não só um suporte mecânico como uma revascularização local contribuindo para uma melhor integração dos enxertos. Essa revascularização pode ser realizada com a crista ilíaca ou com a fíbula sendo que a principal vantagem no emprego da crista ilíaca é a de não haver a necessidade da realização de microanastomoses, tornando o procedimento mais rápido, seguro e reprodutível.

Conclusão:
O uso do enxerto vascularizado da crista ilíaca,

associado à retirada do tecido ósseo necrótico e ao enxerto de osso esponjoso convencional demonstrou ser uma boa solução para os casos de necrose asséptica avançada da cabeça femoral (“Ficat III).

CL7 - **Resultados do tratamento artroscópico do conflito femoro-acetabular - Estudo prospectivo de 50 casos.**

Bruno Pereira, Luís Miguel Silva, Tiago Frada, Bandeira Rodrigues, Pedro Silva, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
O conflito femoro-acetabular (CFA) é uma patologia caracterizada recentemente, apesar de Murray em 1965 ter associado alterações da morfologia anatómica da anca evoluírem para coxartrose. Caracteriza-se por subtis anormalidades anatómicas do osso ou tecidos moles que causam dor na anca em doentes jovens e activos. Estas anormalidades são factores iniciadores de osteoartrite. Com o advento de um cuidado exame físico para o CFA e o desenvolvimento da TC e da RMN foi possível diagnosticar e localizar estas lesões numa fase mais precoce de desenvolvimento e consequentemente evoluir no desenvolvimento de técnicas cirúrgicas. O tratamento cirúrgico para o CFA apresentou um progresso na última década com abordagem por mini-open e artroscopia da anca serem os tratamentos de eleição para os cirurgiões. Os autores deste trabalho descrevem os resultados de uma serie de doentes com CFA que foram submetidos a tratamento por via artroscópica.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo prospectivo dos doentes operados artroscopicamente por CFA entre 2009 e 2013. As cirurgias foram realizadas por uma equipa fixa de 2 cirurgiões. Foram estudadas 50 ancas correspondentes a 45 doentes (33 homens e 12 mulheres). O seguimento médio foi de 20 meses. A idade média foi de 38 anos. A lateralidade direita foi de 70%. 76% dos doentes eram desportistas. O estudo foi composto de avaliações clínica, imagiológica e funcional (pelo Non-Arthritic Hip Score(NAHS)) realizadas preoperatoriamente e aos 3, 6, 12 e 24 meses. O CFA foi do tipo cam em 51%, pincer em 9% e misto em 40% dos casos. Os procedimentos realizados foram: plastia do rebordo acetabular (40,9%); plastia do colo femoral (72,8%); desbridamento (25%) ou reinserção labral (38,6%). Em 9,1% dos casos, o tratamento foi complementado com aplicação de factores de crescimento autólogos. Todos os doentes integraram um protocolo pré-estabelecido de reabilitação física.

Resultados:
Na avaliação funcional pelo NAHS, verificou-se uma melhoria média de 50,4 pontos (pré-op) para 82,75 (aos 3meses); 86,3 (aos 6 meses) e 92,91 (aos 12 meses). Houve necessidade de reoperar 2 doentes por ressecção óssea insuficiente. Um foi convertido em PTA e outro está à espera da mesma cirurgia. As complicações registadas foram apenas 3 neuropraxias que recuperaram completamente: 1 do pudendo e 2 do femorocutâneo lateral.

Discussão:
Os resultados obtidos demonstram uma franca melhoria funcional dos doentes operados, do ponto de vista da avaliação clínica e também subjectiva pelo doente. A grande maioria dos doentes ficou satisfeita com o tratamento. A avaliação radiológica permitiu-nos identificar uma tendência para as ressecções ósseas por defeito, embora sem repercussão clínica.

Conclusão:
A nossa experiência no tratamento artroscópico do CFA tem sido gratificante até ao momento, com obtenção de bons resultados. Apesar de ser um procedimento complexo e exigente, a acumulação de experiência tem permitido uma melhoria técnica traduzida por uma redução crescente dos tempos de cirurgia e de tracção e da frequência das raras complicações.

CL8 - **Conflito do Psoas após artroplastia total da anca, qual o melhor tratamento?**

Thiago Aguiar, Sérgio Gonçalves, Rui Pereira, Francisco Guerra Pinto, Pedro Dantas
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
A artroplastia total da anca (ATA) é um dos procedimentos com maior sucesso na Ortopedia, contudo não é alheio a complicações (Riet A;2011). O conflito com o tendão do psoas apresenta um prevalência de 4,3% e pode ser uma causa de dor persistente após ATA (Bricteux S;2001). Clinicamente os pacientes apresentam dor inguinal, sobretudo aquando da flexão da anca, que pode iniciar-se imediatamente, meses ou anos após a cirurgia. Apesar do tratamento

ser em regra médico, alguns casos poderão necessitar de cirurgia (Riet A;2011). O objectivo do nosso trabalho foi avaliar clínica, funcional e imagiologicamente os pacientes tratados a tendinopatia do psoas após ATA.

Material e Métodos:
Estudo prospectivo realizado entre Janeiro de 2004 e Abril de 2012 a 5 conflitos do psoas após artroplastia total da anca não cimentada (5 pacientes). "Follow-up" médio de 52,8 meses (20-108). Tratamento estatístico realizado com SPSS v17.0. Analisaram-se as variáveis: idade, sexo, lateralidade, localização da dor, intervalo de tempo entre ATA e o início dos sintomas, intervalo de tempo entre inicio de sintomas e diagnóstico, exame objectivo inicial (dor inguinal, dor aquando da flexão da anca), procedimentos cirúrgicos efectuados e complicações pós-operatórias. Utilizou-se o questionário "Harris Hip Score" (HHS) no pré-operatório e no "follow-up". Todos os pacientes realizaram controlo analítico (Hemograma, VS e PCR) Realizou-se a análise imagiológica com radiografia AP da Bacia, axial de Dunn, perfil da anca e TC da anca. Avaliou-se o ângulo de inclinação acetabular e a versão acetabular pré-operatória. Compararam-se a ATA com a anca contra-lateral saudável (AS), nomeadamente centro de rotação, "offset" femoral, acetabular e dismetria.

Resultados:
Média de idades de 75,2 anos (66-83) e 80% do género feminino. Lateralidade - 80% anca esquerda. Intervalo médio de tempo entre ATA e início dos sintomas de 18,6 meses e entre o início de sintomas e diagnóstico de 31,6 meses. A dor tinha uma localização inguinal em todos os casos. Todos os pacientes apresentavam exame objectivo compatível com tendinopatia do psoas. Realizou-se em 3 casos infiltração do psoas, em 1 caso tenotomia artroscópica e em 2 casos revisão do componente acetabular. Não ocorreram complicações pós-operatórias. Todos os doentes foram operados pelo mesmo cirurgião. Valores médios do "HHS" no pré-operatório de 43,48 (37,6-53,2) e no pós-operatório de 84,94 (78,2-92,25). Nenhum paciente apresentou alterações laboratoriais de relevo. Imagiologicamente: nenhum caso apresentava descolamento dos componentes; ângulo de inclinação acetabular médio– 57,4º (41,3º-66,7º); versão acetabular média- 9,84º (-6º-19,8º). Centro de rotação médio ATA- 3,1cm (2,93-3,2) e AS- 3,43cm (3-3,8) ; "offset" acetabular médio ATA- 2,58cm (2,4-1,9), AS- 3,03cm (2,8-3,5); "offset" femoral médio ATA- 4,13cm (3,76-5), AS- 3,77cm (3,46-4,2). Dismetria- 0,26cm (0-0,6).

Discussão:
A literatura sublinha a importância da exclusão de outras patologias, nomeadamente infecção, descolamento dos componentes, calcificações heterotópicas, fracturas ocultas ou hipersensibilidade aos metais (Riet A;2011). Os componentes acetabulares não cimentados estão mais associados a tendinopatia do psoas, por apresentarem em regra maior diâmetro (Villar;2011). O tratamento médico associado a infiltração com corticóide apresenta uma percentagem elevada de recidiva (Adler;2005). Na nossa série 3 pacientes necessitaram de cirurgia. Quando indicado o tratamento cirúrgico, a maioria dos autores defendem a correcção da causa do conflito, ou seja a revisão da artroplastia, contudo existe espaço para a artroscopia. Na nossa série todos os pacientes realizaram tratamento médico, apenas os refractários foram submetidos a cirurgia. Constatou-se melhoria clínica significativa, sem sintomatologia residual importante.

Conclusão:
Os primeiros resultados do tratamento desta pato

CL9 - **Eficácia da endoscopia da região trocantérica como método de tratamento da Síndrome de Dor Trocantérica – um estudo retrospectivo**
Daniel Saraiva, Andre Sarmento, David Sa, Francisco Almeida, Filipe Lima Santos, Andre Costa (CHVNG/E)

Introdução:
A síndrome de dor trocantérica (SDT) é um termo genérico usado para descrever a dor crónica sobre a face lateral da anca. A incidência da dor peritrocantérica estima-se em cerca de 1,8 pacientes por mil por ano e associa-se mais frequentemente ao sexo feminino. Apesar da sua descrição em qualquer idade, é mais frequente entre a 4ª e a 6ª décadas de vida. Esta patologia, antigamente denominada como bursite trocantérica (BT), caracteriza-se por dor na face lateral do grande trocanter (GT), por vezes com irradiação até à região nadegueira ou joelho. Em relação á etiologia, a SDT pode ser consequência de microtrauma crónico, disfunção muscular regional, ou lesão aguda. O tratamento inicial da SDT é conservador, com taxas de eficácia relatadas entre 60% e 100%. Medidas como o repouso, crioterapia local, toma de anti-inflamatórios não esteroides, perda de peso,

fisioterapia ou infiltrações locais com corticosteróides e/ou anestésicos locais como lidocaína contribuem para uma maior rapidez na resolução do processo inflamatório local. A endoscopia da região trocantérica da anca com bursectomia associada é um método de tratamento válido no tratamento dos casos de SDT recidivante. O objectivo deste estudo foi estudar a eficácia da endoscopia da região trocantérica da anca com bursectomia associada no tratamento da SDT resistente ao tratamento conservador.

Material e Métodos:
Neste estudo retrospectivo foram incluídos os doentes submetidos a bursectomia por via endoscópica entre Março de 2011 e Dezembro de 2012. Registaram-se os dados demográficos desta população e avaliou-se a dor e a função através dos métodos de avaliação Modified Harris Hip Score (MHHS) e o Visual Analog Scale for Pain (VASP).

Resultados:
Obtiveram-se 17 bursectomias trocantéricas endoscópicas em 14 doentes, com idades compreendidas entre 46 e 59 anos (média 54). Todos os pacientes apresentavam pelo menos 6 meses de tratamento conservador sem sucesso. A avaliação através do MHHS mostrou uma melhoria média do MHHS de 20 pontos no final do follow up médio de 15 meses. A avaliação do VASP mostrou uma melhoria média do VASP de 7,4 pré operatoriamente para 3,2 no final do follow up médio de 15 meses. Não ocorreram quaisquer complicações no pós operatório imediato ou tardio. O tempo de internamento médio foi de um dia.

Discussão:
A incidência da dor peritrocantérica estima-se em cerca de 1,8 pacientes por mil por ano mas já foram apontados valores entre entre 10-25% da população nas sociedades industrializadas. Considerando a prevalência, parecem surpreendentes as concepções erradas que envolvem esta síndrome, assim como a relativa pobreza de estudos e revisões publicadas sobre este assunto. A SDT resistente ao tratamento conservador estima-se em cerca de 10%. A endoscopia da região trocantérica é usada actualmente para a SDT e lesões associadas, síndrome piriforme, "snapping hip" ou até roturas dos tendões glúteo medio e mínimo. Este estudo, apesar de apresentar um número reduzido de doentes e um follow up relativamente curto, aponta para bons resultados no tratamento da SDT recidivante através da bursectomia trocantérica por via endoscópica.

Conclusão:
A endoscopia da região trocantérica é uma forma minimamente invasiva para tratar um grande número de procedimentos que até agora eram feitos apenas por via aberta e parece oferecer uma opção terapêutica segura com mínima taxa de complicações. Sendo uma técnica cada vez mais popular, têm sido relatadas novas indicações, técnicas e inovações. No entanto, não existem estudos a comparar a técnica endoscópica com a técnica aberta. São necessários mais estudos controlados e randomizados acerca do papel da endoscopia da região trocantérica no tratamento da SDT resistente ao tratamento conservador.

CL10 - **Curva de Aprendizado da Técnica da Osteotomia Periacetabular tipo Bernese por Duplo Acesso em Cadáveres**

Antonio Faga, Leandro Ejnisman, Lafayette Azevedo Lage
(Instituto de Ortopedia da Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo)

Introdução:
A osteotomia periacetabular Bernese ou de Ganz é uma técnica consagrada para o tratamento da displasia do desenvolvimento do quadril no adulto. Entretanto sua execução não é fácil apresentando porcentagem de falhas não desprezível, a maioria devida ao incorreto posicionamento dos cortes que são realizados no ísquio e na coluna posterior do acetábulo, sendo alto o número de procedimentos iniciais até que um cirurgião médio adquira a habilidade necessária para ser capaz de evitar aquelas falhas e obter um sucesso técnico razoável em todos os seus casos. O objetivo deste estudo é apresentar a nossa experiência na curva de aprendizado daquela osteotomia, realizada em cadáveres e utilizando duplo acesso (anterior e posterior), com o propósito de obtermos o controle visual direto e completo dos cortes realizados tanto no ísquio como na coluna posterior, o que não é possível na técnica original, tentando-se assim diminuir a incidência de erros técnicos desde as primeiras cirurgias realizadas em pacientes. Não foi nosso objetivo verificar o posicionamento final do acetábulo após a completa realização da osteotomia.

Material e Métodos:
Material: 15 cadáveres frescos Métodos: Iniciamos a

cirurgia com o cadáver em decúbito lateral, e através de um acesso posterior tipo Kocher-Langenbeck, foram realizados, apenas com controle visual, os cortes do ísquio e da coluna posterior do acetábulo. Após esses cortes, o cadáver era colocado em decúbito dorsal horizontal e através de um acesso tipo Smith-Petersen foram realizados os demais cortes também com controle unicamente visual. Após o término daquele procedimento os acessos eram ampliados e o fragmento contendo o acetábulo era avaliado com relação a sua mobilização e também quanto ao posicionamento de todos os cortes ósseos realizados.

Resultados:
Em todos os casos houve a mobilização livre e completa do fragmento contendo o acetábulo, no entanto em 7 casos (46.7%) os cortes não estavam adequadamente posicionados. Houve casos em que o corte da coluna posterior foi completo, e não incompleto como preconizado na técnica original e casos onde esse corte invadia a articulação do quadril. Houve uma nítida curva de aprendizado nesta técnica realizada em cadáveres e ao agruparmos os casos sequencialmente vemos que nos primeiros 5 experimentos o índice de complicações foi de 60% caindo para 40% nos 5 seguintes e para 20% nos 5 últimos.

Discussão:
A osteotomia peri-acetabular apresenta uma curva de aprendizado longa conforme já descrito na literatura. Entretanto, não encontramos nenhum artigo que relate a modificação dessa curva com a utilização de um treinamento prévio em cadáveres e através de um duplo acesso. Para nós esse treinamento em cadáveres e a modificação do acesso original se mostraram efetivos, já que não foram notadas complicações técnicas desde as nossas primeiras osteotomias realizadas em pacientes.

Conclusão:
O treinamento da osteotomia periacetabular realizado em cadáveres e por duplo acesso apresenta uma difícil curva de aprendizado, no entanto contribui para a diminuição do índice de falhas quando da efetiva realização daquela osteotomia em pacientes.

CL11 - **Diferentes padrões de lesão da cartilagem e do labrum na osteoartrite precoce da anca avaliados por Ressonância Magnética em duas anomalias estruturais da anca – Conflito Femoroacetabular versus Doença Displásica da Anca**

Eurico Monteiro, António Mateus, Carlos Dopico, Manuel Seara, Sérgio Silva, Rui Pinto
(Centro Hospitalar S. João EPE)

Introdução:
O objectivo deste estudo foi avaliar a diferença nos padrões e localização das lesões da cartilagem e do labrum acetabular, usando a imagem por Ressonância Magnética (iRM), entre ancas com padrão morfológico de conflito femoroacetabular (CFA) e doença displásica da anca (DDA).

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo com iRM morfológicas da anca (1,5 TESLA) realizadas entre Março de 2010 e Março de 2013. Incluidos 40 doentes (20 doentes com morfologia CFA e 20 doentes com DDA) e com sinais precoces de OA (Tonnis II). As lesões do labrum foram classificadas em quatro grupos (normal, intrasubstância, rotura simples e rotura complexa) e mapeadas de acordo com um sistema de quadrantes. As lesões da cartilagem foram classificadas numa escala de 6 pontos (0=normal até 5= lesão osteocondral) e mapeadas separadamente para o fémur e acetábulo usando um sistema de mapeamento em espelho circular (anterior, medial, lateral, posterior e central). Os quistos subcondrais femorais foram mapeados na junção cabeça-colo usando a mesma localização A análise estatistica foi efectuada com o teste t de Student utilizando o software SPSS.

Resultados:
As lesões do labrum, presença de quistos paralabrais e quistos ósseos subcondrais no rebordo acetabular foram mais frequentes nas ancas com DDA. Não houve diferença significativa entre a presença de lesão da cartilagem, quistos ósseos ou osteófitos entre os dois grupos, apenas diferença quanto à sua localização intra e extra-articular. Houve diferença, esta significativa ($p<0,001$), entre a extensão e a profundidade das lesões entre as ancas com CFA e DDA, com áreas menos extensas mas com maior profundidade no grupo com CFA.

Discussão:
Este estudo comparou as diferenças na iRM morfológica entre dois grupos de amostras (CFA versus DDA) com variáveis ajustadas mostrando diferenças nos padrões de lesão da cartilagem e do labrum. Estes achados vão de encontra ao que se encontra publucado na literatura

sobre patologia intra-articular e extra-articular nestes grupos de doentes. O uso de uma amostra reduzida é uma limitação deste estudo.

Conclusão:
Este estudo corrobora a alta prevalência de lesões complexas do labrum mas lesões focais menos profundas da cartilagem no grupo com DDA versus o grupo com CFA.

CL12 - **Artroplastia total da anca. Tempo total de internamento, complicações e reinternamentos a 30 dias.**

Sergio Figueiredo, Luis Machado, António Sá, Jacinto Loureiro
(Centro Hospitalar Leiria Pombal)

Introdução:
O envelhecimento populacional da sociedade ocidental resulta numa maior prevalência de patologia osteoarticular, com maior destaque para as articulações da anca e joelho. A terapêutica de eleição para a coxartrose é a artroplastia total da anca. Com o objetivo na racionalização de despesas e na maior autonomização do doente, tenta-se a redução do número de dias de internamento. O Registo Português de Artroplastia, ativo desde junho de 2009, carece no registo de complicações não imediatas associadas ao procedimento. O objetivo deste estudo é determinar qual a incidência de complicações associadas à artroplastia total da anca, reinternamentos a curto prazo, bem como relação de ambos com o tempo total de internamento.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo longitudinal, assumindo-se à priori um erro tipo I (a) de 0,05 e um poder estatístico (1-b) de 0,8. População de 700 indivíduos, submetidos a artroplastia total da anca por etiologia não traumática, entre 1 de janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2012, executada por 9 médicos ortopedistas. Colheita e tratamento estatístico multivariável de idade, sexo, tempo de internamento, complicações até 30 dias após a intervenção (de sutura, inflamatórias/infeciosas, hemorrágicas, tromboembólicas, gastrointestinais, traumáticas, enfarte agudo do miocárdio, morte) e reinternamentos até 30 dias após a alta.

Resultados:
Executaram-se 775 artroplastias. A idade média à data da cirurgia foi de 68,6±9,4 anos. O sexo feminino contribuiu com 352 (45,4%) cirurgias. O tempo médio de internamento foi de 6,2±3,4 dias, oscilando entre 7,9±2,9 dias no primeiro semestre e 4,9±2,9 dias no último semestre. Observaram-se 86 (11,1%) episódios com complicações, com 2 (0,3%) deiscências de sutura, 27 (3,5%) fenómenos inflamatórios/infeciosos locais, 11 (1,4%) fenómenos inflamatórios/infeciosos periféricos, 8 (1,0%) fenómenos hemorrágicos, 12 (1,5%) fenómenos tromboembólicos, 6 (0,8%) fenómenos gastrointestinais agudos/crónicos agudizados, 16 (2,1%) fraturas iatrogénicas, 3 (0,4%) falsos trajetos, 7 (0,9%) luxações fechadas da artroplastia, 2 (0,3%) enfartes agudos do miocárdio, 2 (0,3%) mortes. Não se observou relação estatísticamente significativa entre o aparecimento de complicações e semestre de execução, idade, tipo de interface protésico (p=0,25), pese embora a ocorrência de maior número de fraturas iatrogénicas aquando da não cimentação protésica (p=0,05). Observou-se tendência para o aparecimento de complicações no sexo masculino (p=0,07). A taxa de reinternamentos até 30 dias após a alta foi de 5,6%, sem relação com o semestre de execução (p=0,55), idade (p=0,91), e sexo (p=0,86), apesar de se observar relação com a não cimentação de componentes (p=0,05). O número de dias de internamento para situações de reinternamento a 30 dias representou 8,7% do número de dias totais de internamento, não se alterando significativamente com a redução do tempo total de internamento inicial (p=0,23).

Discussão:
Os dados observados encontram eco nas publicações recentes sobre o tema. Apesar de não ser observada evidência estatísticamente significativa, existe maior predisponência para o aparecimento de complicações nos indivíduos do sexo masculino. A redução do número de dias de internamento não esteve associada com a maior ocorrência de complicações ou com o aumento de reinternamentos ou número de dias de reinternamento.

Conclusão:
A artroplastia total da anca é o tratamento de eleição para a coxartrose, com baixa taxa de complicações associadas. A redução do número de dias de internamento não está associada com um maior aparecimento de complicações ou reinternamentos a curto prazo.

CL13 - **Revisão de componente e reconstrução acetabular com aloenxerto triturado e impactado**
Pedro Miguel Marques, Antonio Sousa, Frederico Raposo, Juan Rodriguez, Josep Segur, Francisco Maculé (Hospital Clinic)

Introdução:
A reconstrução acetabular é uma cirurgia complexa, cada vez mais frequente, que precisa de um arsenal terapéutico para a sua realização, sendo o aloenxerto uma opção extremamente válida neste tipo de cirurgia.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, de paciente submetidos a cirurgia de revisão e reconstrução com aloenxerto triturado, do componente acetabular em artroplastia total de anca. 43 doentes (27 ?e 16?), média de idade 68 anos, cumpriram os requisitos propostos, tendo sido realizados 44 intervenções com follow-up médio de 48 meses. Segundo a classificação de Paprosky 29,5% dos defeitos foram do tipo 2ª, 38.6% 2B, 18.2% 2C, 11.4% tipo III e 2.3% tipo IV. Em 57% da amostra o componente acetabular foi cimentado e 43% foi não cimentado. Foi utilizado aneís de reconstrução em 8 casos. A integração do aloenxerto foi medido com base na presença de trabéculas ósseas com a mesma densidade radiológica que o osso do doente. A migração do componente acetabular se mediu através da linha bi-isquiática.

Resultados:
93% (41 casos) se observou integração completa do aloenxerto. Ocorreu migração do componente acetabular em 4 casos, com um valor médio de desvio de 16.5mm, dos quais 2 tinham defeito tipo 2C, 1 tipo 3ª e 1 tipo 3B. 2 casos necessitaram de cirurgia de revisão por descolamente asséptico, 1 caso por infecção, 1 por luxação recidivante e outro caso por fractura periprotésica. Dos 3 casos que não houve integração do enxerto apenas houve migração do componente acetabular em 2 casos.

Discussão:
Verificou-se bons resultados com o uso de aloenxerto nos defeitos acetabulares tipo II, com adequados índices de integração e estabilidade do implante, contudo nos tipo 2C e 3, onde o tamanho do defeito é maior, o risco de fracasso aumenta.

Conclusão:
O uso de aloenxerto triturado na reconstrução dos defeitos acetabulares constitui uma excelente arma terapéutica, sendo necessário, em defeitos maiores, associar com enxertos mais estruturais ou componentes de reconstrução.

CL14 - **Tratamento artroscópico de lesões condrais acetabulares**
Fernando Leal, Cruz De Melo, Silvio Dias, Vera Resende, Ricardo Frada, João Teixeira (CHEDV)

Introdução:
A patologia condral e labral na anca tem sido alvo de um interesse crescente, sobretudo devido aos progressos no tratamento na anca dolorosa no adulto jovem, merecendo a mesma atenção que as lesõs condrais no joelho As lesões condrais acetabulares fazem parte do processo degenerativo, sendo também causadas, no adulto jovem, por microtraumas, como se verifica no conflito femoro-acetabular ou mesmo por trauma major. A artroscopia da anca permite a observação directa destas lesões e o seu tratamento, bem como da patologia na sua origem. O tratamento artroscópico das lesões condrais depende do padrão e extensão das lesões e consiste sobretudo no desbridamento das lesões, estimulação da matriz subcondral (abrasão sub-condral e microfracturas) ou no enxerto osteocondral e transplante de condrócitos (não exequível ainda na anca). Na região acetabular, sobretudo em casos de CFA, surge a delaminação cartilagínea , apresentando-se esta como um desafio para o cirurgião, confrontando-o com a decisão de a remover ou estabilizar.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo rectrospectivo, e analítico, tendo sido incluídos os pacientes submetidos a artroscopia da anca durante o período compreendido entre Junho de 2012 e Dezembro de 2012. Durante o período estudado foram realizadas 30 artroscopias da anca. Foram tratadas lesões condrais acetabulares em 9 pacientes. Todos os pacientes apresentavam como motivo para artroscopia CFA. Não foram incluídas as lesões da junção condro-labral, nem pacientes com Tönnis > 1. As lesões foram classificadas segundo a classificação de Beck e localizadas segundo o mapeamento acetabular (Ilizaliturri et al). Foi usado o WOMAC e a escala visual analógica da dor para avaliação clínica dos pacientes.

Resultados:
Foram tratados 9 pacientes, 6 sexo masculino e 3 sexo feminino. A média de idades foi de 36 anos (min 29. e Max 42.) Todos os pacientes apresentavam um Tonnis 0 ou 1. Follow-up de 6 meses pós artroscopia. Foram realizadas desbridamento em 3 casos, shaving e microfracturas em 6 casos, em 2 dos quais foi utilizada cola de fibrina para estabilização da cartilagem delaminada O WOMAC pré operatório médio foi de 53, havendo uma melhoria para uma média de 71 aos 6 meses Aos 6 meses pós-operatório todos os pacientes relatam uma melhoria significativa da dor, excepto um paciente, submetido a microfracturas.

Discussão:
As lesões condrais acetabulares são um achado frequente em pacientes com CFA tratados por artroscopia. As sequelas da perda de cartilagem são potencialmente irreversíveis, tornando-se importante tratar o problema causador destas lesões preservando a cartilagem existente. A delaminação cartílaginea apresenta-se como um desafio, podendo-se decidir entre preservar uma cartilagem instável ou removê-la deixando sequela.

Conclusão:
A estabilização da cartilagem delaminada por microfracturas e cola de fibrina, tal como proposto por Villar apresenta-se como uma boa solução, nestes casos. No entanto, é necessário mais tempo de follow-up para definir os verdadeiros ganhos alcançados com esta opção terapêutica

---

CL15 - **Planeamento pré-operatório na artroplastia total da anca – avaliação prospectiva**
Thiago Martins Aguiar, Sérgio Gonçalves, Rui Pereira, Francisco Guerra Pinto, Pedro Dantas
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
Na última década, os avanços tecnológicos levaram ao alargamento da indicação para artroplastia total da anca (ATA), quer pela excelente função observada, quer pelo incremento da sua longevidade, passando a incluir pacientes mais jovens e activos (Scheerlink T;2010). Na ATA é fundamental optimizar a biomecânica da anca com o objectivo de restaurar a sua função (Shaarani;2013). O planeamento pré-operatório permite calcular a correcta colocação dos implantes e antecipar eventuais complicações, sendo uma mais valia na reprodução da biomecânica desejada com os implantes disponíveis (Scheerlink T;2010). O objectivo do nosso trabalho é aferir a fiabilidade do planeamento pré-operatório na ATA primária, nomeadamente na reprodução biomecânica e no tamanho dos componentes.

Material e Métodos:
Estudo prospectivo realizado entre Maio de 2012 e Abril de 2013 a 31 pacientes submetidos a ATA primária não cimentada. "Follow-up" médio de 7,2 meses (2-12). Tratamento estatístico realizado com SPSS v17.0. Analisaram-se as variáveis: idade, sexo, lateralidade, etiologia da osteoartrose, planeamento pré-operatório, procedimento cirúrgico efectuado e complicações intra e pós-operatórias. Realizou-se a análise imagiológica com radiografia AP da Bacia. Utilizou-se a classificação "Kellgren and Lawrence" (KL) para avaliar a osteoartrose. Compararam-se os resultados pré e pós-operatórios, nomeadamente tamanho dos componentes (femoral, acetabular, colo), "offset" do componente femoral, nível da osteotomia e dismetria. Avaliaram-se os ângulos de inclinação acetabular e de alinhamento da haste femoral. Compararam-se a ATA com a anca contra-lateral saudável (AS), nomeadamente centro de rotação, "offset" femoral e acetabular.
Resultados:
Média de idades de 61,4 anos (27-86) e 51,6% do género masculino. Lateralidade – 54,8% anca direita. 64,5% coxartrose primária. Complicações intra-operatórias- 4 fissuras do calcar e nenhuma pós-operatória. Todos os doentes foram operados pelo mesma equipa cirúrgica. Imagiologicamente: classificação KL média – 3,71 (3-4); no planeamento verificou-se tamanho médio acetabular- 50,06 (46-56), haste- 3,03 (0-7), "offset"-haste- 84% standard, colo- 68% médio, osteotomia- 0,89cm (0,4-1,6), dismetria- 0,67cm; no intra-operatório, acetábulo- 50 (46-56), haste-2,71 (0-6), offset-haste- 84% standard, colo- 45% médio, osteotomia- 0,83cm (0,2-1,4), dismetria- 0,32cm (0-2,46); ângulo de inclinação acetabular médio– 42,6º (35º-50º); ângulo da haste médio– 1,56º (1º-7º). Centro de rotação médio ATA- 3,32cm (2,7-3,8) e AS- 3,34cm (2,78-4) ; "offset" acetabular médio ATA- 2,67cm (2,2-3,2), AS- 2,85cm (2,1-3,2); "offset" femoral médio ATA- 4,45cm (3,4-5,2), AS- 3,87cm (3-5,3).

Discussão:
Existem poucos estudos que avaliem o planeamento pré-operatório manual da ATA não cimentada

(Arthroplasty;2013). Obtivemos resultados sobreponíveis à literatura relativamente a reprodução biomecânica e previsão do tamanho dos componentes (Shaarani;2013). O componente acetabular foi aferido correctamente em 35% e o femoral em 35%. Com desvio padrão de um tamanho os valores sobem para 90% e 84% respectivamente. O nível da osteotomia parece estar relacionada com o correcto planeamento da haste ($p<0,05$). O nível da osteotomia e o tamanho do colo parece influenciar a dismetria ($p<0,05$). Não se observou correlação entre a gravidade da osteoartrose e o correcto planeamento ($p>0,05$). Quando comparado com a anca saudável o parâmetro de mais difícil reprodução foi o "offset" femoral (ATA- 4,45 vs AS-3,87). A literatura refere que a fractura/fissura do calcar apresenta uma incidência de 1,5-27,8% (Cárter LW;1995, Berend KR;2010). Na nossa série este valor foi de 12,9%.

Conclusão:
O planeamento pré-operatório na ATA é de grande importância na obtenção de bons resultados. Trata-se de um procedimento de fácil execução e cujo principal objectivo não é prever o tamanho dos componentes, m

---

CL16 - **Artroscopia da anca: Avaliação dos doentes operados segundo a técnica outside-in**

Ricardo Tomás Alves, Ana Bia, Pedro Castelhanito, António Seco, Rodriguez de Sousa, José Mateus
(Centro Hospitalar do Oeste)

Introdução:
A artroscopia da anca conheceu o seu início em 1931, com Michael Burman, que realizou o percursor deste procedimento em cadáveres. Só no final da década de 70 esta técnica cirúrgica começou a ganhar popularidade, tendo evoluído para um procedimento seguro e que permite uma boa visualização da anca. Com o desenvolvimento, por Ganz, do conceito de conflito femuro-acetabular (CFA), e a associação deste com a osteoartrose, a artroscopia da anca ganhou novo protagonismo como método de eleição para o tratamento cirúrgico desta entidade, com menos complicações e mais rápida recuperação. Contudo, este método de tratamento continua a ser tecnicamente complexo. O objectivo do nosso trabalho consistiu em avaliar os doentes submetidos a artroscopia da anca para o tratamento de CFA, utilizando a técnica outside-in.

Material e Métodos:
Foram avaliados 27 doentes, que foram submetidos a 29 artroscopias (sendo que 2 foram operados bilateralmente), por conflito femuro-acetabular no período entre Fevereiro de 2011 e Janeiro de 2013. Determinámos a idade média dos doentes, sexo, duração média da cirurgia e duração média da tracção. Utilizámos o Non-arthritic hip score (NAHS) no pré e pós-operatório. Classificámos as alterações radiológicas segundo a classificação de Tonnis e registámos as complicações ocorridas.

Resultados:
A idade média dos doente operados é de 45 anos (26 - 65 anos), sendo que 12 são do sexo feminino e 15 do sexo masculino. Apresentavam conflito femuro-acetabular tipo cam em 20 casos (69%), e misto nos restantes 9 casos (31%). Nenhum apresentava conflito tipo pincer. O tempo médio de follow-up é de 14,09 meses (5-27 meses). A cirurgia durou em média 118 minutos (80 – 180 minutos), e o tempo médio de tracção foi de 40 minutos. O NAHS teve uma progressão média de 12 pontos (67,21 no pré-operatório e 79,21 no pós operatório). Segundo a classificação de Tonnis, 2 casos correspondiam ao grau 0, 15 casos correspondiam ao grau 1, 9 casos correspondiam ao grau 2, e 3 casos correspondiam ao grau 3. Como complicações de referir a falência do instrumento de radiofrequência no interior da articulação num dos casos e a interrupção de uma artroscopia por crise hipertensiva. Houve 3 casos de recorrência das queixas após a cirurgia, sendo que 2 doentes foram submetidos a artroplastia total da anca e o outro doente foi submetido a nova artroscopia da anca com resolução das queixas. Não foi registado nenhum caso de neuropraxia.

Discussão:
Os resultados obtidos mostram uma melhoria sintomática dos doentes, de acordo com o que é descrito na literatura para o tratamento desta patologia. As vantagens da técnica utilizada (outside-in), em relação à técnica inside-out, são a maior simplicidade técnica e o menor tempo e intensidade da tracção (e por conseguinte menor risco de neuropraxia). O principal ponto de controvérsia prende-se com a capsulotomia.

Conclusão:
A técnica outside-in da artroscopia da anca, como uma

variante da abordagem clássica inside-out, mostra-se ser igualmente válida para o tratamento do conflito femuro-acetabular, com bons resultados e eventualmente menor taxa de complicações.

CL17 - **Tratamento artroscópico do síndrome do conflito femoro-acetabular. Resultados preliminares**
Cruz De Melo, Silvio Dias, Fernando Leal, Manuel Padin, Ricardo Frada, João Teixeira
(CHEDV)

Introdução:
O conflito femoro-acetabular (CFA) é uma patologia descrita nos últimos anos, com um interesse crescente após a publicação por R. Ganz em 2001. Trata-se de um conflito entre o fémur proximal e o acetábulo podendo ser na forma CAM, PINCER ou MISTO. É uma patologia da anca frequente do adulto jovem afetando desportistas e é uma das principais causas de coxartrose precoce. Existem 3 técnicas principais descritas para o tratamento cirúrgico do conflito femoro-acetabular: artroscopia, luxação segura da anca e técnica mini-invasiva anterior. Há uma tendência crescente para o tratamento artroscópico.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo prospetivo transversal e analítico. Critérios de inclusão: doentes com conflito femoro-acetabular operados entre Julho de 2012 e Janeiro de 2013, por artroscopia da anca. Neste período foram operados 25 pacientes (25 ancas). Os pacientes são avaliados clinicamente pré e pós-operatoriamente aos 4, 6 e 12 meses, pela escala de Harris (modificada), escala de Womac e pela escala analógica de dor (EVA). Foram também estudados com Rx da bacia de face e perfil da anca e de Dunn. A avaliação pós-operatória com Rx foi feita aos 4 meses. Foram classificados segundo a classificação de Tönnis.

Resultados:
Dos CFA tratados 14 são tipo CAM, 3 PINCER e 8 Mistos. A idade média 37 anos (mínima 20 e máxima 54 anos), 15 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Há um predomínio da anca direita, com 16 casos. Segundo a classificação de Tönnis, subdividimos os pacientes em 3 grupos: grupo «A» (Tönnis 0) 17 ancas; grupo «B» (Tönnis 1) 5 ancas; grupo «C» (Tönnis 2) 3 ancas. Efetuou-se osteocondroplastia femoral em 22 pacientes. Tenotomia do psoas em 4. Efetuada reparação e reinserção do labrum em 13 ancas, shaving labral em 2 e exerese de labrum em 1. Em 11 pacientes foi realizada acetabuloplastia. Efetuado shaving cartilagineo e microfracturas em 4 pacientes, microfracturas e cola de fibrina para estabilização de fragmento cartilagíneo em 2 e apenas shaving associado aos gesto de acetabuloplastia em 2. Clinicamente verificou-se uma melhoria na escala de Harris modificada e Womac em 17 casos (100%) do grupo «A», em 4 (80%) do grupo «B» e 2 (66%) do grupo «C». Também se verificou uma melhoria no grau de satisfação global avaliada pela escala EVA, em todos os pacientes excepto 1. Tivemos como complicação operatória 1 queimadura no antebraço. Em 2 casos parestesia transitória na região perineal

Discussão:
O conflito femoro-acetabular é uma patologia de conhecimento recente e têm sido desenvolvidas técnicas para o tratamento desta patologia sendo a técnica artroscópica uma opção cada vez mais frequente no seu tratamento. Na maior parte dos casos a artroscopia, permite uma correção ótima quer no acetabulo quer no colo femoral, assim como no tratamento de lesões associadas na cartilagem e labrum, sendo atualmente nossa primeira opção. O tratamento deste tipo de patologia tem melhores resultados quando tratadas as fases iniciais, Tönnis 0 e 1, sendo por isso importante o seu diagnóstico precoce.

Conclusão:
Os pacientes apresentam melhoras significativas nos parâmetros clínicos objetivos e subjetivos, sobretudo se tratados na fase Tönnis 0 e 1. É por isso, importante o diagnóstico e tratamento precoce dos pacientes com esta patologia e sintomáticos. Na maior parte dos casos a artroscopia, permite uma correção ótima quer no acetabulo quer no colo femoral, assim como no tratamento de lesões associadas na cartilagem e labrum, sendo a nossa primeira opção. A reabilitação é um passo importante no resultado final. Como forma de conclusão apresentamos o que aprendemos e melhoramos ao longo deste ano

---

CL18 - **PAR METAL-METAL EN ARTROPLASTIA PRIMARIA DE CADERA: NUESTRA EXPERIENCIA**
Beatriz Novoa Sierra, Juan Salvador Ribas Garcia-peñuela, Lorenzo Hernandez Ferrando
(Hospital General Universitario)

Introdução:
El par de fricción metal-metal es usado en pacientes jóvenes con el objetivo de conseguir una prótesis de alta supervivencia. En 2009 aparecieron las primeras publicaciones que alertaban de un aumento en la incidencia de resultados adversos en pacientes portadores de prótesis de superficie ASR o cabezas femorales XL de Depuy, en consecuencia hemos revisado aquellos pacientes intervenidos en nuestro servicio con estos dos modelos protésicos siguiendo como guía el árbol de actuación propuesto por la sociedad española de cirugía de cadera.

Material e Métodos:
Revisamos 37 pacientes,33 tenían implantada una cabeza femoral XL y en 4 una prótesis de superficie. En cada paciente se solicitó un estudio clínico-funcional mediante el Harris Hip Score, un estudio radiológico convencional y TAC y una determinación de los niveles iónicos en sangre y orina.

Resultados:
El 82% de los pacientes obtuvo una puntuación igual o superior a 90 en la escala HHS y hasta un 85% refirió estar asintomático o tener leve molestia inguinal. Radiológicamente detectamos imágenes de aflojamiento en 4 casos y en 3 pacientes el TAC revelaba colecciones liquidas periarticulares compatibles con pseudotumores. El 94% de los cotilos implantados presentan una colocación adecuada (anteversión media 14º y 45º de inclinación) La mitad de los pacientes obtuvieron niveles iónicos en sangre y orina por encima de los valores considerados como aceptables.

Discussão:
El par metal-metal de2ª generación presenta un menor desgaste volumétrico pero la preocupación en cuanto a la tolerancia biológica de las partículas ha llevado en nuestro servicio a dejar de implantar este par de fricción en espera de nuevos estudios tribológicos más homogéneos y con un seguimiento mas prolongado

Conclusão:
Basándonos en aspectos clínicos, radiológicos y biológicos hemos programado el recambio protésico modificando el par de fricción en 11 pacientes mientras el resto permanece bajo control periódico.

CL19 - **Neoteto Pediculado de Acetábulo de Lage – Napoli – Técnica cirúrgica e impressões após 32 anos de experiência.**

Lafayette De Azevedo Lage, João De Azevedo Lage (In Memorian), Manlio Mario Marco Napoli, Luiz Antonio De Azevedo Lage, Antonio Faga, Roberto Cavalieri Costa
(Clínica Lage)

Introdução:
A dificuldade de se estabilizar quadris displásicos ou com luxação patológica, principalmente nas sequelas de pioartrite onde a destruição da cabeça e colo do fêmur ocorre com migração superior do fêmur é bem conhecido. Em tais casos, os métodos de estabilização utilizam enxertos ósseos livres e frequentemente falham devido à reabsorção dos mesmos.

Material e Métodos:
Utilizando nossa técnica simples e reprodutível conseguimos na grande maioria dos casos estabilizar o quadril e eliminar o quadro álgico. Utilizamos o mesmo enxerto vascularizado da artrodese de Davis, porém, o mesmo é colocado em posição horizontal sobre a cápsula articular.

Resultados:
O primeiro caso foi feito em 1981 numa grave sequela de pioartrite em uma jovem paciente. O excelente resultado nos estimulou a continuar. Publicamos nossa primeira série em revista indexada em 1991). Fizemos cerca de 120 casos nestes 32 anos e transmitiremos nossas impressões e resultados inclusive com curtos vídeos.

Discussão:
Esta técnica pode também, ser utilizada em casos de Legg- Perthes, onde a cabeça femoral tende a se deslocar parcialmente. A grande vantagem deste neoteto acetabular pediculado em comparação às outras técnicas é que ele raramente se reabsorve (isso só ocorre quando existe erro de técnica) e, é de fácil reprodução e baixíssima morbidade.

Conclusão:
Após 30 anos de experiência temos ampliado as indicações desta técnica para as displasias da anca e, embora, não tenha o mesmo principio da osteotomia periacetabular, os resultados com mais de vinte anos que apresentaremos são bastante animadores sendo acessível à grande maioria dos cirurgiões de anca ao contrário da osteotomia periacetabular.

CL20 - **Índices Radiográficos Como Predictores de Sucesso em Hastes Femorais Não Cimentadas Acima de 70 Anos**

Miguel Flora, Roxo Neves, Moraes Sarmento, Paulo De Carvalho, Silvia Silvério, Gustavo Martins
(Hospital Ortopédico de Santana)

Introdução:
A Artroplastia Total da Anca é uma das cirurgias com melhor relação benefício/custo da História da Medicina. A década de 1960 representou um marco importantíssimo na evolução da artroplastia moderna particularmente pelo trabalho de Charnley com o par articular metal/polietileno e a cimentação de ambos componentes. Apesar do enorme sucesso em doentes idosos, as hastes femorais cimentadas apresentavam uma taxa de osteólise não desprezível em doentes mais jovens ou mesmo numa população idosa mais activa. Tal facto, associado ao aumento da esperança de vida e a uma crescente actividade em grupos etários mais idosos, levou a que nas décadas seguintes se assistisse ao desenvolvimento de hastes femorais não cimentadas. A sobrevida a longo prazo destes implantes está dependente de muitos factores que incluem a técnica cirúrgica, as características mecânicas próprias do implante e a qualidade e morfologia do osso, podendo esta última ser aferida objectivamente por índices radiográficos como sejam o índice canal-calcar, o índice morfo-cortical e o índice cortical.

Material e Métodos:
Entre Janeiro de 2008 e Maio de 2012 foram submetidos a artroplastia total da anca primária com haste femoral não cimentada 47 doentes correspondentes a 52 ancas, todos acima de 70 anos, sendo 23 do sexo feminino e 24 do sexo masculino. A haste aplicada foi uma haste recta trapezoidal Spotorno® (Zimmer®). Todas as cirurgias foram efectuadas por via postero-externa em decúbito lateral. Todos os doentes foram avaliados radiologicamente (índices canal-calcar, morfo-cortical e cortical) sendo 25 doentes (28 ancas) também avaliados clinicamente (Harris Hip Score).

Resultados:
Nenhuma das próteses foi revista. Radiologicamente, nenhuma das hastes estava descelada (definida como presença de linha radiolucente continua superior a 2 mm ao longo de todo o implante) e nenhuma tinha radiolucências (zonas 1 a 7 de Gruen) ou subsidiência superiores a 2 mm. Dos fémures avaliados, um correspondia ao Tipo A de Dorr, 40 ao tipo B e 6 ao tipo C. O índice morfo-cortical foi sempre superior a 2,3 e o índice cortical sempre maior do que 0,40 em todos os doentes. Todos os doentes avaliados clinicamente são autónomos ou independentes na marcha com resultados bons ou excelentes no Harris Hip Score.

Discussão:
Spotorno e colaboradores desenvolveram um algoritmo decisório baseado na ponderação de quatro factores a que era atribuída pontuação: Idade, Sexo, Osteoporose (índice de Singh) e Anatomia do Fémur (índice morfo-cortical). Com base neste algoritmo, a quase totalidade dos doentes deste estudo não teria uma haste não cimentada. No entanto, os resultados foram bons ou excelentes. O índice de Singh não parece ser um método adequado para aferir da qualidade do osso e os fémures tipo A ou B de Dorr parecem ser mais adequados para a aplicação de hastes não cimentadas do que os tipo C. De igual modo, índices morfo-corticais superiores a 2,7 e índices corticais superiores a 0,40 parecem ser predictores de sucesso.

Conclusão:
A idade não constitui contra-indicação para a aplicação de hastes femorais não cimentadas, como está amplamente demonstrado na literatura científica internacional. O sucesso desta técnica depende, no entanto, de um planeamento pré-operatório rigoroso e de uma criteriosa selecção dos doentes, que passa pela avaliação dos índices radiográficos. Independentemente da idade, doentes com fémures tipo A ou B de Dorr, e mesmo alguns tipo C, com índices morfo-corticais superiores a 2,7 e índices corticais acima de 0,40 parecem ser bons candidatos a artroplastia da anca com haste não cimentada.

CL21 - **Does coxarthrosis cause a disturbance of balance in patients affected by it?**

Miquel Pons, Alejandro Pasarín, Nieves Allué, Monica Corrales
(Hospital Universitario Sant Rafael)

Introdução:
Coxarthrosis, both joint involvement as muscle impairments, may represent a proprioceptive deficits and may affect the quality of motor responses. This fact

involves an alteration in the balance of these patients. The objective of this study is to determine whether joint and muscle abnormalities in patients with osteoarthritis cause a deficit of balance and therefore an increased risk of falling.

Material e Métodos:
Prospective study of patients with osteoarthritis who were to be operated in total hip replacement between January and June 2011. Has been performed static posturography with "Satel Posturograph" at bipodal situation with opened and closed eyes. Results were analyzed by a single-blind evaluator. The values studied were: burden-sharing between each limb, surface swing body mass centre, Romberg ratio, oscillation surface of each limb and the amplitudes of the oscillations of both limbs. The data were compared with a sample of 200 individuals, analyzing the normal distribution, the ratio of variance and the Student t test with a significance level alpha of 0.05. To assess whether the results of each case were normal or not taken into account a normal range of the average + / - one standard deviation.

Resultados:
N: 50 patients. Average age: 65.3 years (range: 28-46). 46% male and 54% female. Affected side: 15 left hip, 18 right, 17 bilateral. We found a charge asymmetry in favour of the healthy side and above the normal range in 57% of cases of patients with unilateral osteoarthritis. The average of the oscillation surface of mass centre was above normal both with eyes opened (OE) and closed (CE) with a statistically significant difference: OE p=0,000314 and CE p=7,6665E-08. Analyzing the values of each patient was observed that 48% were pathological with OE and 52% with EC. Romberg ratio also had a significant difference compared to control group (p = 1.0933 E-19) and in 70% of cases the values were outside the normal range. In unilateral affected hips, the oscillating surfaces of each limb showed no significant difference between healthy and affected side (p = 0.2092) but there was a greater oscillation surface of mass centre of each limb compared with the control group (healthy limb: p=5,389E-05 and affected limb: p=5,365E-06).

Discussão:
Our results show an increase of the oscillation surface of mass centre with OE and with CE.

Conclusão:
This suggests a lack of balance in these patients. This observation is reinforced by data from the Romberg ratio which is a more accurate indicator of balance deficits due to proprioceptive deficits. Furthermore, there is also a greater area of oscillation of the mass centre of the healthy limb and arthritic limb compared with the control group. It is necessary to consider whether this clinical situation changes after surgery, when and how much improve with it and assess which patients are candidates for therapy to prevent falls.

CL22 - **Haverá diferenças no resultado funcional ou na prevalência de dor na coxa entre a utilização de hastes femorais retas ou anatómicas nas artroplastias totais da anca não cimentadas?**
Sofia Esteves Vieira, Sandra Martins, Joana Leitão, Virginia Do Amaral, Jorge Alves, Carlos De Sousa
(Centro Hospitalar do Tamega e Sousa)

Introdução:
As artroplastias totais da anca (ATA) não cimentadas têm vindo a ganhar popularidade desde a sua introdução, pela menor associação a falência assética dos componentes. São atualmente primeira escolha em doentes mais jovens e com melhor stock ósseo. Apesar da evolução no design dos componentes e na melhoria das técnicas de implantação, a dor na coxa após ATA não cimentada continua a ser um problema, com uma incidência descrita na literatura que varia de 0,5% a 40%. Raramente é incapacitante e a sua etiologia parece ser multifatorial. O objetivo deste estudo é comparar os resultados funcionais e a prevalência da dor na coxa em doentes submetidos a ATA não cimentada com haste femoral reta ou haste anatómica.

Material e Métodos:
Estudo restrospetivo de 2 grupos de doentes, selecionados aleatoriamente, submetidos a ATA não cimentada primária no ano de 2011. Em 29 doentes foi utilizada haste reta e noutros 29 haste anatómica. Foram excluídas falência sética ou assética dos componentes em todos os doentes que entraram no estudo. Foram avaliados os seguintes parâmetros clínicos e radiológicos: idade, sexo, IMC, classificação de Dorr e percentagem de preenchimento do canal femoral. Foi aplicado o Harris Hip Score (HHS) para avaliação funcional, a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliar a dor na coxa, e uma escala subjetiva para avaliação da satisfação do doente, na qual 10

representa satisfação máxima. Os dados foram tratados em Graph Pad Prim v6®.

Resultados:
No grupo submetido a ATA não cimentada com haste reta: coxartrose primária em 82,76%, idade média 67,90 anos, 55, 17% do sexo masculino, IMC médio 26,32 Kg/m2, e preenchimento médio do canal femoral de 92,41%. Grau A da classificação de Dorr 51,73%, B 34,48% e C 13,79. 31,03% fizeram fisioterapia. HHS médio 89,86, EVA média 1, 14 e grau de satisfação médio 8,55. Follow-up médio 22,57 meses. No grupo submetido a PTA não cimentada com haste anatómica: coxartrose primária em 75,86%, idade média 65,55 anos, 62,09% do sexo masculino, IMC médio 27 Kg/m2, e preenchimento médio do canal femoral de 91,83%. Grau A da classificação de Dorr 37,93%, B 37,93% e C 24,14. 31,03% fizeram fisioterapia. HHS médio 87,24, EVA média 1,10 e grau de satisfação médio 8,21. Follow-up médio 22,58 meses. A análise dos dados mostrou grande homogeneidade entre os grupos em estudo. Não foram identificadas diferenças com significado estatístico para os parâmetros estudados ($p>0,05$). Foi ainda analisada a relação entre a classificação de Dorr e a dor na coxa para cada uma das hastes. Em relação às hastes anatómicas, verificou-se que, doentes classificados como tipo C de Dorr tinham mais dor na coxa. No caso das hastes retas os doentes com mais dor eram os classificados como tipo B de Dorr. As diferenças não foram estatisticamente significativas ($p>0,05$).

Discussão:
As hastes anatómicas foram idealizadas para permitir melhor adaptação do implante ao canal femoral, assim como harmonização da transferência da carga às corticais, de forma a prevenir sobrecargas nas corticais , que são apontadas como causa possível da dor na coxa nestes doentes. Na nossa serie o HHS e o grau de satisfação global médios foram superiores no grupo submetido a ATA com hastes retas. Os doentes com hastes anatómicas apresentaram mais queixas de dor na coxa. Contudo, estas diferenças não mostraram significado estatístico ($p>0,05$).

Conclusão:
Os 2 implantes estão associados a bons resultados funcionais, poucas queixas álgicas e grau elevado de satisfação dos doentes. Contudo, as hastes anatómicas, não mostraram ser superiores às hastes retas em nenhum dos parâmetros avaliado. Talvez o aumento da amostra permita chegar a resultados diferentes

---

CL23 - **Artroplastia Total da Anca em jovens: Etiologia, opção cirúrgica e resultados funcionais com seguimento mínimo de 4 anos**
Joaquim Soares Do Brito, Filipe Oliveira, Pedro Rocha, João Correia, Alexandre Fessenko, Paulo Almeida
(Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria)

Introdução:
A artroplastia total da anca é uma técnica amplamente utilizada em doentes idosos com alterações degenerativas da articulação coxo-femoral, e com obtenção de excelentes resultados. No entanto, quando a patologia grave da anca afecta doentes em idade jovem, fruto de sequelas ou de patologia inflamatória, a artroplastia nem sempre é a opção mais óbvia. Neste contexto, estudos recentes têm sido promissores demonstrando bons resultados com as artroplastias realizadas em doentes jovens (quer cimentadas, quer não cimentadas), pelo que cada vez mais constitui a técnica cirúrgica de eleição, quando a realização de osteotomias ou artrodese não são possíveis ou aceitáveis. Neste trabalho os autores avaliam restrospectivamente 50 doentes com menos de 40 anos de idade, operados numa única instituição, com seguimento mínimo de quatro anos, avaliando os resultados obtidos.

Material e Métodos:
Foi realizada a avaliação retrospectiva dos processos clínicos , estudos imagiológicos e registos informatizados de doentes com menos de 40 anos de idade submetidos a artroplastia total da anca entre os anos 1998-2008. Foi objectivo desta avaliação rever dados epidemiológicos, etiologia que motivou cirurgia, opção cirúrgica tomada, tempo de seguimento pós-operatório, necessidade de revisão ou complicações associadas, assim como o resultado funcional implementando o Harris Hip Score. Foram identificados 50 doentes submetidos a artroplastia total da anca no período de tempo referente ao estudo, tendo sido registadas 60 artroplastias; 27 doentes do género masculino e 23 do género feminino. Foi registada uma média de idades de 29 anos (Min: 19; Máx: 40). Foram realizadas 31 artroplastias da anca esquerda e 29 da anca direita. No que respeita à etiologia, 18 cirurgias (30%) foram realizadas por coxopatia inflamatória, 15 (25%) por coxartrose secundária e as restantes 27 (45%)

por necrose asséptica da cabeça femoral. Todos os doentes foram submetidos a artroplastias não cimentadas (metal-polietileno ou metal-metal) à excepção de um doente submetido a artroplastia total híbrida (haste cimentada) bilateralmente. O seguimento médio dos doentes foi de 93 meses (Min: 12; Máx: 168).

Resultados:
Obteve-se um Harris Hip Score médio de 86 pontos (Min: 31; Máx: 100). Houve necessidade de rever 9 artroplastias e existe proposta para uma outra revisão por descolamento do componente acetabular ainda não realizada. As revisões realizadas foram em contexto de falência acetabular (7 ocasiões) e de infecção protésica (2 ocasiões). Registou-se ainda um caso de lesão do nervo ciático direito no pós cirurgia de revisão que regrediu parcialmente. Não houve registo de complicações adicionais nos doentes submetidos a artroplastia com par metal-metal em relação ao par metal-polietileno

Discussão:
A atroplastia total da anca em idade jovem constitui uma boa opção terapêutica. As etiologias responsáveis pela maioria das artroplastias são as expectáveis dado o escalão etário (sequelas de processos displásicos, infecciosos, traumáticos ou na sequência de patologia osteoarticular inflamatória), não existindo diferença na distribuição por género. A opção terapêutica unânime nesta série foi a artroplastia não cimentada, metal-polietileno ou metal-metal, com excepção de um doente onde se optou pela artroplastia híbrida. A taxa de revisão das artroplastias realizadas foi de 16%, com um Harris Hip Score médio de 86 pontos. Estes factos, associados ao período de seguimento utilizado – e que consideramos adequado - permite-nos afirmar esta opção cirúrgica como segura e capaz de reproduzir bons resultados a longo prazo. Não foi possível verificar qualquer relação entre o tipo de par articular utilizado com maior taxa de complicações ou falência.

Conclusão:
A artroplastia total da anca não cimentada em idade jovem constitui uma boa opção terapêutica no tratamento da patologia grave da articulação coxo-femoral.

CL24 - **Tratamento endoscópico do síndrome do conflito isquiofemoral. Descrição da técnica**

Fernando Leal, Cruz De Melo, Silvio Dias, Vera Resende, Ricardo Frada, João Teixeira
(CHEDV)

Introdução:
Na atualidade o síndrome de conflito femoro-acetabular, é reconhecido como uma causa relativamente frequente, de dor na anca, Outras causas de anca dolorosa têm sido identificadas. O síndrome de conflito isquio-femoral, uma causa rara de dor na anca, é causado pelo contato anormal entre o pequeno trocanter e o isquio , causando "entrapment" do músculo quadrado femoral, sendo causa de dor na nádega e face posterior da coxa, por vezes com irradiação para o joelho, sendo mais frequente no sexo feminino. Descrito habitualmente em associação com prótese total da anca, é hoje também reconhecido na anca "normal". Os sintomas surgem habitualmente de forma progressiva, sendo similares aos de outras patologias da anca, nomedamente bursite trocantérica, tendinites do iliopsoas e dos isqui-tibiais. A dor é provocada pelo movimento combinado de hiperextensão, abdução e rotação externa. A RM apresenta uma imagem típica, com edema, inflamação no espaço isqui-femoral e quadrado femoral. A maioria dos trabalhos publicados, estão centrados no diagnóstico, sobretudo nas alterações radiológicas. Vários tratamentos são referidos na literatura, conservadores e cirúrgicos. O tratamento endoscópico deste síndrome é uma opção cirúrgica viável no tratamento deste síndrome, existindo no entanto poucas descrições na literatura sobre esta abordagem cirúrgica e seus resultados.

Material e Métodos:
Apresentação de um caso clínico tratado cirurgicamente por via endoscópica. Apresentação da técnica cirúrgica e revisão da literatura. Pesquisa na base Medline com o descritor "ischiofemoral impingement", obtendo-se 10 resultados.

Resultados:
Mulher de 35 anos de idade, com anca direita dolorosa com 2 anos de evolução, sem melhoria com tratamento conservador. O estudo radiológico básico e de RMN confirma a existência de conflito isquiofemoral, com edema do quadrado femoral. Foi efectuado tratamento endoscópico, com a doente posicionada em decúbito lateral esquerdo, sem mesa de tracção foi abordado endoscópicamente o espaço sub-glúteo com resseção parcial do pequeno trocanter. O tempo cirúrgico foi de 90 min. No pós-operatório foi autorizada carga parcial

durante 4 semanas, passando a carga total ao fim desse período. Seguido o protocolo de reabilitação. A paciente refere uma melhoria significativa da dor, passando de um 8 na EVA da dor no pré-operatório para 2 aos 4 meses pós operatórios. Regresso à actividade laboral sem limitações aos 3 meses.

Discussão:
A patogenia do conflito isquiofemoral permanece pouco clara. Apresentamos critérios diagnósticos clínicos e radiológicos. A RM é a melhor forma de demonstrar a patologia do quadrado femoral, e apresenta imagens diagnósticas. Estão descritas várias técnicas cirúrgicas, centradas no pequeno trocânter, ou no isquio. A abordagem endoscópica, apresenta poucas descrições na literatura, no entanto apresenta-se como uma opção cirúrgica menos agressiva do que a cirurgia "aberta", permitindo um pós-operatório menos doloroso e com uma recuperação potencialmente mais rápida

Conclusão:
O conflito isquiofemoral, é um diagnósstico a considerar na presença de dor na nádega e face posterior da coxa, com ou sem ressalto. O tratamento cirúrgico é uma opção a ter em conta, quando o tratamento conservador não tem resultados positivos. O tratamento endoscopico, com resseção do pequeno trocanter, permite a resolução do mesmo.

CL25 - **Lesões do labrum acetabular: resultados do tratamento artroscópico**

Joao Teixeira, Silvio Dias, Fernando Leal, Ricardo Frada, Vera Resende, Cruz De Melo
(CHEDV)

Introdução:
As lesões do labrum acetabular são atualmente reconhecidas como causa frequente de dor na anca do adulto jovem. Estas lesões estão habitualmente associadas ao conflito femoro-acetabular (CFA) que se traduz por um impingment patológico entre a cabeça e o colo femoral com o complexo acetabular. Nos conflitos de tipo CAM, presentes essencialmente em atletas jovens as lesões do labrum são caracteristicamente antero-superiores resultando do traumatismo direto de uma cabeça femoral não-esférica. Este tipo de traumatismo provoca habitualmente avulsão da inserção cartilagínea do labrum. Por outro lado, as lesões tipo Pincer, mais vezes encontradas em mulheres de meia-idade, estão habitualmente associadas a lesões labrais e cartilagíneas mais circunferenciais em que a região anterior é também a mais atingida, no entanto, é frequente encontrar um labrum calcificado. Este processo degenerativo é induzido por microtraumatismos repetidos, em que o labrum é continuamente esmagado contra a parede acetabular. A lesão do labrum pode ainda surgir isolada, essencialmente em desportistas, estando nestes casos associada a um traumatismo direto. A caracterização imagiológica por radiologia convencional é essencial permitindo a identificação de alterações articulares, lesões CAM ou pincer, versão e cobertura acetabular. Habitualmente este estudo é baseado em radiografias antero-posteriores, laterais, tipo dunn e cross-table da anca. A caracterização das lesões do labrum obriga a estudo com ressonância magnética sendo a arto-ressonância o exame Gold-standard com uma sensibilidade e especificidade a rondar os 90%.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo retrospectivo e analítico, tendo sido incluídos os doentes que apresentavam lesões do labrum nas artroscopias da anca realizadas entre junho e dezembro 2012. Estas lesões foram classificadas intra-operatoriamente de acordo com a classificação morfológica de Lage. Foi também registado tipo de tratamento efetuado. Para avaliação do outcome clínico recorreu-se à escala visual analógica de dor e ao score de WOMAC no pré-operatório e aos 6 meses de follow-up.

Resultados:
Durante o período de estudo foram realizadas 30 artroscopias da anca em 30 doentes, tendo-se encontrado lesões do labrum em 17. Dos 17 doentes tratados 10 eram do sexo masculino e 7 do sexo feminino, com idade média de 39 anos (20-52 anos) com predomínio na anca direita (11 casos). Em 16 doentes a lesão estava associada a conflito femoro-acetabular. Intra-operatoriamente identificaram-se 13 avulsões do labrum (Radial flap) tendo sido feita reinserção em todos os casos com associação de acetabulopastia em 11. As degenerações labrais (Radial fibrillated) foram identificadas em 2 casos tendo sido realizado shaving. Um dos doentes apresentava labrum calcificado tendo-se realizado exérese do mesmo. O score Womac pré-operatório foi de 56,7 e a EVA da dor de 7. Registou-se uma melhoria significativa do score de Womac com aumento médio de 23 pontos associada a uma EVA com média de 3. Estes resultados refletem

uma melhoria em todos os doentes, com exceção de um caso.

Discussão:
Os resultados obtidos, apesar de se reportarem a um período de follow-up curto, são animadores na medida em que a melhoria clinica é imediata com ganhos importantes na qualidade de vida dos doentes. Estes resultados vão também de encontro à tendência crescente de reparação e preservação do labrum.

Conclusão:
Pensa-se que o labrum sirva de vedante articular mantendo o nível de líquido sinovial optimizado para a correta lubrificação e nutrição cartilagínea. Desta forma, as lesões do labrum são encaradas como alterações patológicas importantes introduzindo alteração na homeostasia articular que contribui para a degeneração osteo-articular precoce. Do ponto de vista dos autores, a artroscopia da anca assume-se atualmente como a opção terapêutica preferencial neste tipo de lesão

---

CL26 - **Endomielectomia descompressiva com reinserção de cilindro ósseo do "core" invertido na necrose avascular da cabeça do fémur. Quais os resultados em doentes com diagnóstico precoce?**
Sofia Esteves Vieira, Sandra Martins, Herder Nogueira, Joana Leitão, Daniel Bras Lopes, Nuno Quaresma
(Centro Hospitalar do Tamega e Sousa)

Introdução:
A necrose avascular da cabeça do fémur (NAV) afeta doentes na 3ª à 5ª década de vida e a sua incidência não é desprezível. Cerca de 20000 novos casos são diagnosticados por ano nos EUA. Há vários fatores de risco associados à NAV mas a etiologia e patogenia são ainda controversos. Na maioria dos casos o diagnóstico é feito já numa fase avançada sendo a única solução a artroplastia. A atuação em fase precoce, apesar de muito associada à progressão da doença, é a única atitude capaz de mudar a história natural desta entidade. Nas fases precoce a endomielectomia descompressiva com reinserção de cilindro ósseo de "core" invertido tem mostrado ser muito superior ao tratamento conservador só com descarga, no qual a evolução para colapso da cabeça femoral ocorre em 80% dos casos. O objetivo deste trabalho foi avaliar a evolução de doentes com diagnóstico precoce de NAV submetidos a endomielectomia descompressiva com reinserção de cilindro ósseo de "core" invertido.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo de 14 doentes com diagnóstico de NAV grau 1 ou 2a da classificação de Ficat e Arlet, submetidos a endomielectomia descompressiva com reinserção de cilindro ósseo de "core" invertido. Follow-up mínimo de 18 meses. Foram excluídos doentes com NAV em estadio mais avançado ou com follow-up mais curto. Todos os dentes foram avaliados clínica e radiologicamente. Em todos foi verificada a progressão ou não da doença. Os dados foram analisados em Graph Pad Prism V6®.

Resultados:
Dos 14 doentes revistos, 10 eram do sexo masculino e 4 do sexo feminino. Idade média na altura do diagnóstico 49,21 anos (39-60 anos). Como antecedentes patológico há a registar dislipidemia, DM tipo 2, obesidade, alcoolismo e HTA. Lado direito afetado em 8 doentes e lado esquerdo em 6. Segundo a classificação de Arlet e Ficat, 50% dos doentes apresentava NAV grau 1 e 50% NAV grau 2a na altura do diagnóstico. O tempo medio de duração das queixas foi de 2,54 meses (1,5-4 meses). Todos cumpriram, em média, 2,64 meses de descarga apos cirurgia. Tempo médio de follow-up 22,71 meses. Verificou-se evolução clínica e radiológica em 4 doentes (28,57%) que acabaram por ser submetidos a artroplastia total da anca. Destes, 3 apresentavam inicialmente NAV grau 2a. 10 doentes (71,43%) não apresentaram sinais clínicos ou radiológicos de progressão da doença. Desses, 6 apresentavam, à data do diagnóstico, NAV grau 1. A análise destes dados mostrou que 86% dos doentes com NAV grau 1 não sofreram progressão da doença após tratamento cirúrgico ao passo que 43% dos doentes com NAV grau 2a sofreram progressão.

Discussão:
A endomielectomia descompressiva com reinserção de cilindro ósseo de "core" invertido está indicada nos estadios precoces da NAV da cabeça do fémur. Teoricamente descomprime a região subcondral e promove a vascularização à área doente. A reinserção do cilindro ósseo invertido mantém o preenchimento da cabeça femoral por osso saudável. A nossa análise mostra que doente com NAV grau 1 ou grau 2a beneficiam com esta abordagem cirúrgica. A progressão da doença é claramente maior naqueles com estadio 2 a. Nesse grupo 43% sofrem evolução a doença.

Conclusão:
A nossa serie veio apoiar a endomielectomia descompressiva com reinserção de cilindro ósseo de "core" invertido na abordagem de doentes com NAV em estadio precoce. Os resultados desta intervenção são muito positivos quando comparados aos resultados do tratamento conservador com descarga Além disso, é uma técnica pouco invasiva que deixa em aberto a possibilidade de outras intervenções futuras.

CL27 - **Fracturas do acetábulo – uma nova epidemiologia?**

Patrícia Agomes, Victor Coelho, Francisco Flores Santos, Miguel Pádua, José Caldeira, Paulo Felicíssimo (Prof. Dr. Fernando Fonseca)

Introdução:
As fracturas do acetábulo são fracturas complexas, causadas na grande maioria por traumatismos de elevada energia pelo que a sua abordagem segue as linhas da Advanced Trauma Life Support. Incidem sobretudo em adultos jovens, sendo os principais mecanismos descritos os acidentes de viação e quedas em altura. Na idade geriátrica a fractura acetabular é pouco comum, comparativamente às fracturas proximais do fémur, úmero proximal, rádio distal e coluna. Porém, nos últimos 30 anos, a sua incidência está a aumentar concomitantemente com o envelhecimento da população. O mecanismo de lesão é diferente, ocorrendo em quedas da própria altura, associadas à fragilidade óssea. Habitualmente designadas "fracturas por insuficiência", podem ocorrer conjuntamente com fracturas proximais do fémur. O padrão de fractura na idade geriátrica difere dos adultos jovens, apresentando-se mais cominutivo, com maior envolvimento da parede anterior do acetábulo. A análise dos doentes internados por fractura do acetábulo nos últimos 17meses, revela dados epidemiológicos diferentes aos habitualmente descritos. De facto, verificou-se na nossa amostra que 63% das fracturas ocorriam por trauma minor, em doentes com uma idade média de 75,6 anos e com vários padrões associados, tendo em conta a classificação de Letournel e Judet.

Material e Métodos:
Análise dos registos clínicos e radiológicos de doentes internados com o diagnóstico de fractura do acetábulo, de Janeiro de 2012 a Maio de 2013. Pretendeu-se analisar os seguintes dados epidemiológicos: sexo, idade, mecanismo de acção (considerando o trauma major: os acidentes de viação e quedas em altura, e o trauma minor: quedas da própria altura), padrão de fractura (segundo a classificação de Letournel e Judet) e outros tipos de fractura.

Resultados:
O número total de doentes internados no período designado foi de 27 doentes, 10 do sexo feminino e 17 do sexo masculino. A idade média é de 67 anos. Tendo em conta o mecanismo de lesão, 63% das fracturas (17 casos) associam-se a trauma minor, com uma média de idades de 75,6 anos, estando 2 casos associados a outras facturas. O trauma major incide numa idade média de 51,8 anos, associando-se a, pelo menos, outra fractura. Em 15 doentes verificaram-se fracturas simples, 8 das quais associadas à parede e coluna anterior. Nas 12 fracturas complexas, o tipo predominante (7 casos) correspondem a fractura do tipo transverso associado a fractura da parede posterior.

Discussão:
O número de fracturas do acetábulo internadas é representativo da tipologia de fracturas tratadas no Serviço. Dois terços correspondem a fracturas acetabulares, na sua maioria únicas e associadas a trauma minor em doentes com idade média de 75,6 anos, contrariamente ao trauma major encontrado. Este tipo de mecanismo tem de ser enquadrado nas características de Hospital Distrital em que se insere. Por outro lado, é de realçar a fractura isolada do acetábulo num osso com fragilidade, onde era legítimo esperar uma fractura proximal do fémur. De facto, na revisão da literatura também se verifica que a incidência de fracturas do acetábulo tem aumentado a par do envelhecimento da população, ocorrendo em conjunto com fracturas do fémur. Relativamente ao padrão de fractura, as que acometem a parede/coluna anterior são as mais frequentes, assim como as fracturas do tipo transversas associadas a fracturas da parede posterior. Porém, a amostra dos doentes estudados é pouco representativa para tirar inferências.

Conclusão:
As fracturas do acetábulo por trauma minor são, de facto, uma realidade. Com o envelhecimento da população espera-se que o seu número aumente, alterando o padrão epidemiológico habitual. É essencial

um elevado grau de suspeição e cuidada interpretação de exames complementares.

CL28 - **Prevención de sangrado con antifibrinoliticos en artroplastia total de cadera.**
Juan Ramon Cano, Encarnacion Cruz, Enrique Guerado
(UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL)

Introdução:
La artroplastia total de cadera no cementada (ATCNC) es una cirugía con riesgo de abundante pérdida sanguínea y necesidad de transfusión. Hipótesis operativa: El uso del ácido tranexámico (ATx) durante ATCNC disminuye las necesidades de transfusiones en ATCNC.

Material e Métodos:
Cohorte prospectiva con grupo control. Grupo 1: ATx (casos) a inducción 10-15 mg/kg+2mg/Kg/h (amchafibrim). Grupo 2: No ATx (control).Variables: Edad, sexo, índice masa corporal (IMC),tiempo quirúrgico, ASA, hemoglobina(Hb), complicaciones y necesidad de transfusión. Estadística descriptiva: medidas de tendencia central y posición para variables cuantitativas, distribución de frecuencias para cualitativas. Análisis bivariado (variable principal transfusión), test de Fisher y test Chi Cuadrado para diferencias en la distribución de frecuencia, test de la U de Mann-Whitney para diferencia de medianas. Nivel de significación estadística p<0.05.

Resultados:
103 casos de ATCNC. Grupo 1: 44 pacientes, 16(36,4%) mujeres, Edad: m61,64(mediana 63), IMC:m30,32 (mediana 30,11),Tiempo quirúrgico: m101,36 (mediana 103,50), Hb preoperatoria: m14,19 (mediana 14,40), Hb recuperación:m12,42 (mediana 12,60), Hb postoperatoria: m11,76 (mediana 11,95),Estancia: m4,07días (mediana 3). ASA 1:13,6% 2:70,5%, 3:15,9%. Complicaciones: 20,5%. Incidencia transfusión: 4,54% (Ic95%: 0,555-15,473). Incidencia de drenaje por herida quirúrgica: 18.18%(Ic95%. 5.64-30.715): Cultivo positivo:6.81% Grupo 2: 59 pacientes, 21(35,6%) mujeres, Edad: m61,71años (mediana 64) ,IMC:m30,15 (mediana 28,3039) ,Tiempo quirúrgico: m102,63min (mediana 100) , Hb preoperatoria:14,10 (mediana 14,30), Hb recuperación:11,31 (mediana 11,10), Hb postoperatoria:10,61 (mediana 10,70),Estancia: 3,78 días (mediana 3).ASA: 1: 13,6%; 2: 72,9%; 3:13,6% . Complicaciones: 18,6%. Incidencia transfusión:16,9% (Ic95%: 6,528-27,370), Incidencia drenaje por herida quirúrgica:6.78%(Ic95%. 1.878-16.459). Cultivo positivo: 1.69%. Análisis bivariante: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el uso de ATx y mejores valores de Hb tras intervención p< 0.002. No diferencias estadísticamente significativas entre necesidad de transfusión y las otras variables.

Discussão:
La ATCNC con uso de ATx tiene 4 veces menos riesgo de transfusión pero 3 veces más de drenaje anormal de herida quirúrgica (valores no son estadísticamente significativos).

Conclusão:
Con uso del ATx los valores de Hb no descienden tanto en el postoperatorio p<0.002.

CL29 - **Avaliação do Score de Apgar Cirúrgico na Artroplastia Total da Anca**
Eurico Monteiro, António Mateus, Carlos Dopico, Manuel Seara, Sérgio Silva, Rui Pinto
(Centro Hospitalar S. João EPE)

Introdução:
O Score de Apgar Cirúrgico peri-operatótio baseado nas perdas hemáticas do doente, menor frequência cardíaca e menor pressão arterial média durante a cirurgia, foi desenvolvido e validado para avaliar factores de prognóstico em intervenções cirúrgicas das Especialidades de Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular e começa a ser utilizado por outras Especialidades cirúrgicas. O objectivo deste trabalho é perceber se este Score pode ser utilizado em doentes submetidos a Artroplastia Total da Anca e se (1) o Score permite fazer a estratificação de risco para complicações major pós-cirurgicas e (2) se este Score baseado em três parâmetros intra-operatórios contribui para a estratificação do risco major pós-cirurgico independentemente do risco pré-operatório.

Material e Métodos:
Foram revistos retrospectivamente os processos de 100 doentes submetidos a Artroplastia Total da Anca na nossa Instituição entre Março de 2011 e Março de 2013 e extraídos os dados do programa de registo de anestesia peri-operatório PICIS® necessários para calcular o Score de Apgar Cirúrgico. Foi avaliada a relação entre a pontuação obtida no Score de Apgar

Cirúrgico e as complicações cirúrgicas major ocorridas no pós-operatório imediato, bem como a relação entre o Score de Apgar Cirúrgico e factores de risco pré-operatórios (classe ASA, função renal, risco cardiovascular e diagnóstico de fractura).

Resultados:
A taxa de complicações major pós-operatórias aumentou linearmente com a descida de pontuação no Score de Apgar Cirúrgico, independentemente do controlo dos factores de risco pré-operatório. Por cada ponto a menos no Score de Apgar Cirúrgico o risco de um evento major aumentou 23% (95% Intervalo de Confiança, 0,65-0,85) com uma performance discriminatória total para eventos major de 0,72 de ROC ou AUC. A maioria dos eventos major ocorreu em doentes classificados pré-operatoriamente como sendo doentes de baixo risco mas com um Score de Apgar Cirúrgico menor que 7.

Discussão:
O Score de Apgar Cirúrgico de 10 pontos foi desenvolvido e validado para intervenções cirúrgicas das Especialidades de Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular encontrando-se em estudo a sua aplicação e validação em Ortopedia. Procuramos verificar se este score se pode aplicar na Artroplastia Total da Anca e se permite estratificar o risco de eventos major pós-cirurgicos. As principais limitações deste estudo são o facto de ser retrospectivo, numa população limitada e sem avaliação prospectiva do impacto deste Score. A performance discriminatória foi semelhante ao Score de Apgar Cirúrgico aplicado e validado para Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular para estratificar e prever a ocorrência de eventos major adversos, independentemente dos factores de risco pré-operatórios analisados.

Conclusão:
Nos doentes submetidos a Artroplastia Total da Anca o Score de Apgar Cirúrgico compila informação importante do acto cirúrgico podendo ajudar a prever a ocorrência de eventos major no período pós-operatório. Pode ser uma ferramenta de estratificação de risco de ocorrência de eventos major independente dos factores de risco pré-operatórios.

CL30 - **Artoplastia total não cimentada em doentes jovens com Artrite Reumatóide - Resultados clinicos, funcionais e radiológicos com média de "Follow-Up" de 5 anos**

Eurico Monteiro, António Mateus, Carlos Dopico, Manuel Seara, Sérgio Silva, Rui Pinto
(Centro Hospitalar S. João EPE)

Introdução:
A artroplastia total da anca (ATA) não cimentada em doentes com o diagnóstico de Artrite Reumatóide (AR) levanta preocupações particulares quando comparada com ATA em doentes com osteoartrite (OA) primária. O osso dos doentes com AR é na generalidade mais osteopénico podendo torná-lo menos adequado para a fixação de um implante não cimentado. Existem poucos estudos sobre o uso de implantes não cimentados em doentes jovens com RA. O objectivo deste estudo é avaliar os resultados clinicos, funcionais e radiológicos a médio prazo dos doentes submetidos a ATA com implantes não cimentados por osteoartrite secundária a AR.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo com doentes submetidos na nossa instituição a ATA não cimentada por OA secundária a EA entre 2000 e 2010 e com um "follow-up" médio de 5 anos (1-10). Foram analisadas as variáveis dor (utilizando a VAS), função, complicações, mortalidade, qualidade de vida (medida através dos questionários WOMAC e SF-12) e resultado clinico na consulta de "follow-up" mais recente utilizando o Harris Hip Score.

Resultados:
Foram incluidos um total de 21 doentes (25 ancas) com diagnóstico prévio de AR e OA secundária a este diagnóstico, submetidos a ATA com implantes não cimentados. A média de idades dos doentes à data da intervenção foi de 31,3 anos (21-53). A incidência de complicações sistémicas e locais foi de 6,3% e 15% respectivamente. Não se verificaram readmissões ou mortes relacionadas com o procedimento. Verificou-se um aumento significativo na melhoria da dor, função e arco de movimento com WOMAC, SF-12 e Harris Hip Score de 50, 61,2 e 89, respectivamente, na consulta de "follow-up" mais recente. Não houve nenhuma revisão do componente femoral e foram realizadas 5 cirurgias de revisão do componente acetabular por descolamento asséptico.

Discussão:
A ATA em doentes jovens com osteoartrite secundária a AR proporciona um aumento dramático da qualidade

de vida. Os resultados publicados são bons embora com taxas de revisão e complicações sistémicas superiores às publicadas para doentes com OA primária com especial enfoque para a lise no interface osso-componente acetabular. Existem estudos sobre a qualidade e quantidade de "stock" ósseo em doente com OA secundária a AR e doentes com OA primária sugerindo um maior "turn-over" ósseo e menos matriz óssea mineralizada no primeiro grupo. As séries escassas publicadas apontam para resultados animadores na ATA com implantes não cimentados revestidos com hidroxiapatite. Não estão publicados aumentos nas taxas de fractura periprotésicas com o uso de novos implantes nem com as novas técnicas de "press-fit". Verificamos resultados sobreponiveis aos descritos na literatura com taxas de complicações mais elevadas quando comparando com estudos efectuados em doentes com OA primária. As limitações óbvias deste estudo são o “follow-up” ainda curto, numero de doentes e a não randomização dos doentes por forma a comparar implantes cimentados

versus não cimentados. Não houve comparação destes doentes contra um grupo controlo de doentes com OA primária pela dificuldade de encontrar uma amostra demograficamente semelhante.

Conclusão:
A ATA não cimentada parece ser uma boa opção terapêutica em doentes jovens com OA secundária a AR avançada, que, por norma, são casos de dificil resolução. Os doentes do nosso estudo apresentaram melhoria significativa da intensidade da dor, função, arco de movimento e qualidade de vida após ATA não cimentada.

Biomecânica

CL31 - **Influência da flexibilidade de isquiotibiais na lombalgia do remador -estudo de 89 casos.**
Artur Antunes, Filipe Duarte, Manuel Santos Carvalho, Manuel Seara, Paulo Oliveira, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João EPE)

Introdução:
O remo é uma modalidade desportiva com uma incidência significativa de episódios de dor lombar. Durante a remada, as forças compressivas sobre a coluna lombar são na ordem dos 3919N para homens e 3330N para mulheres e, em cerca de 70% do período da remada, o atleta encontra-se numa postura fletida que varia entre os 28º e 30º. A associação de forças compressivas e de flexão são considerados potenciais mecanismos de lesão da coluna lombar. De modo a diminuir estas forças na remada, tem sido sugerida a utilização de uma postura com menor flexão lombar, que está na dependência da rotação anterior da pelve, limitada dinamicamente pelo comprimento e elasticidade dos isquiotibiais. É sugerido que remadores com isquiotibiais mais curtos desenvolvem na remada um mecanismo de compensação - maior grau de flexão lombar, provocando uma maior incidência de lombalgia e patologia da coluna lombar. O objetivo deste estudo foi avaliar uma possível relação entre a flexibilidade dos isquiotibiais e a incidência de lombalgia numa amostra de remadores portugueses.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo, com avaliação de 94 atletas federados na época desportiva de 2011/2012. Realizámos a avaliação da flexibilidade dos isquiotibiais através do touch-toe-distance. Avaliamos idade, género, indice de massa corporal (IMC), número de treinos por semana (TS), anos de prática federada (Ar) e realização de exercícios de estiramentos (EXE). Os episódios de lombalgia foram qualificados através da escala visual analógica da dor (EVA). A avaliação estatística foi realizada em SPSS v 20.0, considerando significância para $p<0,05$.

Resultados:
Dos 94 atletas, 89 (77% homens) completaram o estudo. A média de idade: 25,4 ± 8,47 anos, tempo médio de prática federada no remo de 12,3 ± 7,11 anos, IMC - 23,31 ± 2,47 Kg/m2;TS - 6,52 ± 1,86. Nesta série, 89,3% realizaram exercícios de estiramento no final do treino com duração média de 11,8 ± 7,01 min. Dos atletas 79,3% apresentaram episódio de lombalgia, sendo que 24,6% referiam um episódio único na época desportiva, 29% um episódio por mês, 11,6% mais do que um episódio por mês e 34,8% um ou mais episódios por semana. O valor médio da EVA nos episódios de lombalgia foi de 4,19 ± 2,96. O valor médio do touch-toe distance foi de 6,77 ± 9,46cm. O género e o número de treinos por semana não demonstraram relação estatística com a incidência de lombalgia ($p>0,05$, Qui-Quadrado). A menor flexibilidade dos isquiotibiais correlacionou-se significativamente com o aumento do número de episódios de lombalgia ($p<0,05$, Pearson test). Atletas mais velhos e com mais anos de prática da modalidade apresentaram menor flexibilidade dos isquiotibiais ($p<0,05$, Pearson test) e episódios de lombalgia com EVA superiores ($p<0,05$, Pearson test). O aumento do tempo de exercício de estiramento no final do treino associou-se significativamente a uma maior flexibilidade dos isquiotibiais ($p<0,05$, Mann Whitney U test).

Discussão:
Verificámos uma incidência aumentada de lombalgia - 79,3% - nesta amostra. Encontrámos

uma relação estatisticamente significativa entre menor flexibilidade dos isquiotibiais e maior número de episódios de lombalgia, contrariando os resultados do único estudo, de nosso conhecimento, publicado sobre este tema. O aumento da idade e do número de anos de prática de remo associou-se significativamente a uma menor flexibilidade dos isquiotibiais. A realização de exercícios de estiramento e o aumento do tempo de realização desses exercícios condicionaram uma maior flexibilidade dos isquiotibiais.

Conclusão:
A baixa flexibilidade dos isquiotibiais está associada a um aumento do número de episódios de lombalgia, com consequências diretas na capacidade de treino dos atletas. Na nossa perspetiva, é importante reforçar a realização de exercícios de estiramentos nos programas de treino de modo a reduzir a incidência de lombalgia e, eventualmente, o desenvolvimento de lesões.

CL32 - **Efeito do alinhamento tibial na falência precoce em artroplastia total do joelho – estudo de 50 casos**

Artur Antunes, António Sousa, Filipe Duarte, Frederico Raposo, Luis Valente, Paulo Oliveira
(Centro Hospitalar São João EPE)

Introdução:
A sobrevida da artroplastia total do joelho (ATJ) depende, de entre outros fatores, de um alinhamento correto dos componentes. Vários autores associam um alinhamento incorreto do componente tibial, no plano coronal, com a diminuição de sobrevida do implante. O objetivo deste estudo foi determinar se o alinhamento do componente tibial está associado a uma falência precoce do implante.

Material e Métodos:
Estudo de cohort com dois grupos de doentes submetidos a ATJ entre 2006-2011: grupo A - 15 casos de descolamento asséptico precoce de compontente tibial. (GA); grupo B – 35 casos-controlo escolhidos aleatoriamente (GB). Consideramos falência precoce as artroplastias que apresentavam clinica e radiologicamente sinais de descolamento antes dos 48 meses. Em folha Excel registamos as seguintes variáveis: idade, lateralidade, comorbilidades, índice de massa corporal (IMC), alinhamento do membro no plano coronal (varo, valgo, neutro), avaliação radiográfica pré e pós-operatória com cálculo do alinhamento do componente tibial no plano coronal em relação ao eixo mecânico tibial segundo a metodologia descrita por Reed et al., Morlenad et al. e Ishii et al. (sendo 0º o valor de referência). Estudamos a correlação destas variáveis com a sobrevida da componente tibial. Efetuamos a análise estatística em SPSS V 20.0 ®, assumindo valores significativos para $p < 0,05$.

Resultados:
No GA, 93,3% doentes do sexo feminino, média de idade de 64,93 ± 8,0 anos, IMC médio de 29,2 ± 4,6 Kg/m2, 86,7% joelhos varos, alinhamento médio do componente tibial de 6,2 ± 2,5 º, tempo de ATJ primária até revisão de 22,5 ± 12,8 meses. No GB, 85,7% doentes do sexo feminino, média de idade de 70,9 ± 5,7 anos, IMC médio de 28,2 ± 2,6 Kg/m2, 88,57% joelhos varos, alinhamento médio do componente tibial de 2,3 ± 1,3 º. Nestes grupos de doentes as comorbilidades ($p=0,885$) e o IMC ($p = 0,334$), não se correlacionam com a falência precoce do implante. Curiosamente encontramos uma correlação significativa ($p < 0,0035$) entre doentes mais jovens e descolamento assético. Verificamos uma correlação muito significativa ($p < 0,0001$) entre o aumento da angulação no plano coronal do componente tibial e descolamento assético.

Discussão:
São vários os factores associados com a falência precoce na ATJ. Para além das causas sépticas, variáveis como o IMC, idade e defeitos de alinhamento das componentes protésicas estão descritas na literatura. No nosso estudo, doentes mais jovens apresentaram uma relação estatisticamente significativa com descolamento precoce, pela provável maior solicitação e mobilidade que tendencialmente apresentam. O IMC não revelou relação com o descolamento precoce, contrariando resultados previamente publicados (Ritter et al. 2011). Quanto ao alinhamento da componente tibial no plano coronal, Insall et al. (1985), Bargren et al (1983), Fang et al.(2009), Ritter et al. (2011), referem que desvios entre 2-5º em varo ou valgo não se relacionam com descolamento precoce. O nosso estudo confirma estes resultados, demonstrando que desvios na ordem dos 6º se correlacionam claramente com descolamento precoce do componente tibial.

Conclusão:
O desvio do alinhamento no plano coronal do componente tibial na ATJ, é um fator determinante para descolamento precoce, sendo que valores superiores a 6º podem ser considerados inaceitáveis tendo em vista a longevidade da artroplastia.

Coluna

CL33 - **Técnica clássica vs técnica percutânea: estudo comparativo sobre o tratamento cirúrgico de fraturas toracolombares**

Rui Duarte, Luís Miguel Silva, Bruno Pereira, Paulo Cibrão Coutinho, Pedro Varanda, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
A fixação transpedicular com parafusos por técnica posterior clássica (TPC) é o tratamento cirúrgico "gold standard" das fracturas toracolombares tipo A.3 (burst) com indicação cirúrgica. Com o advento das técnicas minimamente invasivas, a fixação transpedicular percutânea (FTP) tem vindo a afirmar-se como uma excelente alternativa. Os autores apresentam um estudo comparativo entre a fixação transpedicular clássica e fixação percutânea no tratamento de fraturas da coluna toracolombar.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo retrospetivo, descritivo e analítico, cujo universo englobou doentes com fraturas da coluna toracolombar do tipo A.3 (burst), com idades compreendidas entre 18 e 75 anos, submetidos a fixação transpedicular por via clássica posterior ou a fixação transpedicular percutânea entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012. Excluíram-se os doentes com fraturas patológicas e/ou que apresentavam défices neurológicos na admissão, obtendo-se um total de 74 doentes. Foram recolhidos e analisados os dados epidemiológicos (sexo, idade, nível da fratura e mecanismo da lesão), o estado funcional através do Oswestry Disability Index (ODI) e efectuada uma análise radiológica através de tomografia computorizada e radiologia convencional, com classificação da fratura e medição pré e pós-operatória do ângulo de Cobb, acunhamento anterior (%), redução da altura do corpo vertebral (%) e compressão do canal vertebral (%). Foram também registados a duração da cirúrgica (min) a quantidade de perdas hemáticas (ml) intra-operatórias e quais os analgésicos e respetivas quantidades (mg) utilizados no período operatório. Foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0® para a análise estatística . Efetuou-se o teste Qui-quadrado para verificar diferenças entre variáveis qualitativas, o teste T-student para amostras independentes para médias de variáveis quantitativas quando estas apresentavam uma distribuição normal e o teste de Mann-Whitney quando o pressuposto do teste T-student não se verificou, nomeadamente quando o número de doentes em análise era pequeno. Para todos os testes estatísticos definiu-se como nível de significância $p<0,05$.

Resultados:
A amostra constituída por 74 doentes, foi dividida de acordo com o tipo de cirurgia efectuada, sendo que 47,3% (n=35) foram submetidos a TPC e 52,7% (n=39) foram submetidos a FPP. Epidemiologicamente, 28 doentes eram do sexo feminino e 46 do sexo masculino com uma idade média à data da cirurgia de 47,5 anos. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos relativas à duração da cirurgia ($p=0,027$), quantidade de analgésicos administrados (mg) ($p=0,029$), quantidade de perdas hemáticas (ml) ($p=0,017$), duração do internamento após a cirurgia ($p<0,001$) e Oswestry Disability Index no seguimento ($p=0,004$). Relativamente aos parâmetros radiológicos, nomeadamente ângulo de Cobb, acunhamento anterior (%), redução da altura do corpo vertebral (%) e compressão do canal vertebral (%) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Discussão:
Este estudo demonstrou que a FPP é vantajosa relativamente à TPC no que diz respeito à duração da cirurgia, quantidade de analgésicos administrados, quantidade de perdas hemáticas (ml), duração do internamento após a cirurgia e limitação funcional (ODI), encontrando-se diferenças estatisticamente significativas nestes parâmetros.

Conclusão:
Podemos inferir com base nos resultados que obtivemos que esta técnica minimamente invasiva é uma alternativa válida e eficaz, conferindo algumas vantagens relativamente à técnica convencional. Poderemos assistir num futuro próximo à adopção desta técnica como tratamento preferencial para as fraturas "burst" toracolombares no doente neurologicamente íntegro.

CL34 - **Efetividade da artrodese intersomática associada à estabilização posterior com barras dinâmicas no tratamento da doença degenerativa discal lombar – Estudo retrospetivo de 90 doentes.**

Nuno Figueira Lanca, João Cannas, Luís Barroso, Jorge Mineiro

(Hospital de Nossa Senhora do Rosário)

Introdução:
A discopatia degenerativa sintomática da coluna lombar é a indicação mais comum para artrodese lombar. Os dispositivos de estabilização dinâmica permitem diminuir a sobrecarga nos segmentos adjacentes à fusão. Este estudo avalia os resultados clínicos a médio-longo prazo da artrodese intersomática associada à instrumentação posterior com barras dinâmicas no tratamento da patologia discal degenerativa lombar.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, incluíndo todos os doentes operados entre abril de 2002 e março de 2013, por doença degenerativa discal com instabilidade segmentar lombar e/ou da charneira lombossagrada, utilizando sistemas dinâmicos. Foram selecionados os doentes tratados com artrodese intersomática, suplementada por estabilização posterior com barras flexíveis nos segmentos adjacentes à fusão. Foram criados quatro grupos, de acordo com o sistema de instrumentação utilizado: A – Sistema Dynesys® - Zimmer®, B – Sistema Horizon® Agile™ - Medtronic®, C – Sistema NFlex - Synthes® e D – Sistema Horizon BalanC™ - Medtronic®. O tratamento cirúrgico da série de doentes avaliada foi realizado pelo mesmo Cirurgião Principal. Foi realizada a avaliação sistemática de: processo clínico; pontuação de incapacidade funcional, utilizando o questionário da escala de Oswestry (ODI); grau de dor, pela escala visual analógica (VAS), antes e depois do tratamento; complicações; perfil de evolução sintomático após o tratamento (5 perfis); e grau de satisfação global com o tratamento (3 graus). Foi realizada avaliação imagiológica, com análise do balanço sagital, da consolidação no segmento fundido e da presença de alterações degenerativas nos segmentos móveis adjacentes.

Resultados:
Foram selecionados e avaliados 90 casos (43 homens e 47 mulheres) com uma mediana de idade à data da cirurgia de 50±10 anos (27-77). A amostra incluiu 38 doentes no grupo A, 6 no grupo B, 27 no grupo C e 19 no grupo D. Foram tratados, em média, 2 segmentos (2-4), com uma média de 1 segmento fundido (1-3) e 1 segmento estabilizado dinamicamente (1-3). Abordagens cirúrgicas: 62% posteriores e 38% combinadas. Duração de internamento de 5±1 dias (3-9). Seguimento médio póscirúrgico de 26 meses. Tempo médio de incapacidade laboral de 8 semanas (2-52). Taxa de complicações de 17%. ODI médio préoperatório de 56% (22-86%) e pósoperatório de 14% (0-60%), VAS lombar médio préoperatório de 7 (2-10) e pósoperatório de 2 (0-7). Evolução após o tratamento: melhoria constante em 75% dos doentes e melhoria inconstante, mas progressiva, em 25%. Grau de satisfação global máxima de 75% e mediana de 25%.

Discussão:
Registou-se uma melhoria funcional progressiva considerável e um grau de satisfação global elevado com o tratamento efetuado, embora com um período de covalescença não menosprezável. A taxa de complicações foi significativa, porém a maioria correspondeu a complicações minor. Os resultados do tratamento cirúrgico podem ser otimizados por uma correta reconstrução do equilíbrio biomecânico e proteção dos segmentos adjacentes à fusão quando existem alterações degenerativas precoces. Apesar da ausência de critérios de diagnóstico bem definidos, vários estudos documentam o aparecimento a longo-prazo de alterações imagiológicas de caráter degenerativo nos segmentos adjacentes à fusão, nem sempre com tradução clínica. Pelas características heterogénias dos 4 grupos estudados, não foi possível fazer uma análise comparativa de efetividade dos vários sistemas avaliados.

Conclusão:
Como demonstrado na série avaliada, a artrodese intersomática do segmento doente, associada à instrumentação posterior com barras flexíveis no segmento adjacente, tem elevada efetividade no tratamento da doença degenerativa discal. A identificação de alterações degenerativas com instabilidade potencial nos segmentos adjacentes ao nível sintomático e a reconstrução correta do equilíbrio sagital são fatores condicionantes da efetividade d

---

CL35 - **Complicações das técnicas de cimentação vertebral percutâneas - Vertebroplastia e Cifoplastia**
Renato Neves, Maria Luisa Fardilha, Raul Cerqueira, Ana Façanha, Susana Pinto, Afonso Ruano
(Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E.)

Introdução:
As técnicas percutâneas de cimentação vertebral (vertebroplastia, cifoplastia) são procedimentos seguros e eficazes,constituindo uma alternativa válida para restaurar rapidamente a mobilidade e qualidade de vida dos doentes com fracturas osteoporóticas ou

secundárias a processos neoplásicos. Estas técnicas,apesar da sua crescente divulgação e aplicação clínica,não estão isentas de riscos. As complicações frequentemente descritas na literatura incluem fuga de cimento,défices neurológicos,fractura de vértebra adjacente,sendo referidas em menor número a embolia de cimento,a reacção tóxica ao metilmetacrilato ou a infecção. Neste trabalho,os autores pretendem rever de forma retrospectiva as complicações encontradas na sua casuística de doentes tratados com vertebroplastia e cifoplastia.

Material e Métodos:
Foram incluídos no estudo os doentes submetidos a vertebroplastia ou cifoplastia de 2006 a 2012,por fractura compressiva vertebral osteoporótica (em fase aguda ou após não-consolidação) ou fractura patológica. Foi efectuado o levantamento dos seguintes dados: idade,diagnóstico que motivou a cirurgia,assim como as complicações intra- ou pós-operatórias registadas. Foram avaliados os exames imagiológicos pré- e pós-operatórios,dando enfoque à identificação de fugas de cimento ou fracturas em vértebras adjacentes. Foram excluídos os doentes nos quais não foi possível reunir para avaliação os elementos clínicos ou imagiológicos do processo. Para análise consideraram-se elegíveis 142 doentes,correspondendo a 151 níveis intervencionados por vertebroplastia e 77 por cifoplastia.

Resultados:
A idade média aquando da cirurgia foi 75 anos;5 doentes(10 níveis) apresentavam fractura por infiltração plasmocitária,4 doentes(7 níveis) lesões metastáticas vertebrais e 3 pacientes(7 níveis) história conhecida de corticoterapia prologada. Os restantes(n=130) apresentavam fracturas osteoporóticas. Nos doentes submetidos a vertebroplastia registaram-se as seguintes complicações:fuga de cimento para o canal vertebral com défices neurológicos associados,obrigando a laminectomia(1);fuga de cimento para o canal vertebral sem repercussão clínica(6);fuga de cimento para o disco intervertebral(3);fuga de cimento para outras localizações(9);défice de força muscular em membro inferior,sem extravasamento de cimento associado(1);e fractura precoce(< 6 meses) de vértebra adjacente(2). Nos doente submetidos a cifoplastia registaram-se as seguintes complicações:fuga de cimento para o canal vertebral sem repercussão clínica(3);fuga de cimento para o disco intervertebral(5);fuga de cimento para outras localizações(4);e fractura precoce de vértebra adjacente(4).

Discussão:
Os doentes intervencionados foram-no,na sua grande maioria,por fractura osteoporótica. A média de idades da amostra estudada foi de 75 anos. Nesta faixa etária,as comorbilidades são frequentes e os doentes toleram mal períodos prolongados de alectuamento e as restantes limitações decorrentes da fractura vertebral. Quando consideradas na sua totalidade,as complicações encontradas foram de 17% para a vertebroplastia e de 21% para a cifoplastia. No entanto,quando contabilizadas apenas as complicações sintomáticas,estas descem para 3% e 5%,respectivamente. A maior incidência de eventos adverso no grupo da cifoplastia (contrariando a evidência descrita na literatura) pode,na opinião dos autores,dever-se a 2 factores:2 dos doentes com fractura do nível adjacente apresentavam comorbilidades prévias (mieloma múltiplo e corticoterapia crónica),que podem ter sido a causa da nova fractura; tendencialmente,maior volume total de cimento foi injectado durante a cifoplastia (comparativamente à vertebroplastia),podendo isso,pelo aumento da rigidez do corpo vertebral,ter contribuído para o aumento da tensão no segmento e causado os 2 restantes casos de fractura no nível adjacente.

Conclusão:
As técnicas de cimentação vertebral percutânea,in

CL36 - **Espondilodiscite Lombar – Casuística de uma unidade no tratamento de adultos**

Pedro Jordão, Atónio Noronha De Andrade, João Estrela Martins, Naod Berhanu, José Rodrigues, Ugo Fontoura
(Hospital de S. José)

Introdução:
As infecções da coluna têm uma elevada morbilidade e mortalidade associada. As manifestações clínicas da espondilodiscite fazem diagnóstico diferencial com outras patologias mais frequentes, levando a que haja habitualmente um atraso no diagnóstico correcto desta patologia. As alterações radiológicas demoram cerca de duas a quatro semanas a estarem presentes, podendo haver diminuição do espaço interdiscal e destruição óssea com, ou sem colapso vertebral. O diagnótico definitivo é possível com a biópsia em cerca de 80% dos casos. O tratamento inicial é fundamentalmente com

antibioterapia, sempre que possível dirigida ao agente de infecção isolado. O tratamento cirúrgico tem lugar na correcção das complicações decorrentes do processo infeccioso: drenagem de abcesso, descompressão radicular, ou estabilização nos casos em que resultou instabilidade.

Material e Métodos:
Estudo observacional, descritivo, transversal; tendo por base os processos clínicos de 35 doentes internados com o diagnótico de espondilodiscite lombar entre 2004 e 2011. Com a informação recolhida foi possível realizar uma caracterização demográfica da população estudada, enumerar as causas secundárias de espondilodiscite, avaliar o tipo e a duração do tratamento antimicrobiano instituído, bem como, a percentagem daqueles que tiveram de ser submetidos a intervenção cirúrgica para correcção das complicações associadas à espondilodiscite. O grau de empedimento para o desempenho das actividades de vida diárias, foi quantificado através da aplicação da escala de Oswestry para os períodos antes e após o tratamento instituído, tendo sido o questionário realizado por via telefónica e com entrevistador único.

Resultados:
A população estudada era constituída maioritariamente por homens (80%), sendo a média de idades de 48 anos. Destes doentes, 5 tinham sido previamente intervencionados ciurgicamente na coluna lombar (14%) e 2 eram consumidores de drogas endovenosas. O tempo médio decorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 4,5 meses. Realizou-se biópsia óssea transpedicular a 27 doentes (77%), sendo possível confirmar 15 infecções piogénicas (55,5%), 7 infecções por tuberculose (26%), 2 por brucelose. Em 3 biópsias não houve alterações compatíveis com infecção. A duração média da antibioterapia administrada até normalização dos marcadores analíticos de inflamação foi de 2,8 meses para as infecções piogénicas, 6,9 meses para as infecções granulomatosas e de 30 meses para as 2 infecções por Brucella. Foram submetidos a intervenção cirúrgica 12 doentes (44%), 5 para drenagem de abcesso retro-peritoneal, 4 para estabilização da coluna com fixação posterior trans-pedicular e 3 para extracção de material de osteossíntese. Houve uma clara melhoria do grau de empedimento para as actividades de vida diárias após a conclusão do tratamento. Durante o período de infecção o valor médio da pontuação na escala de Oswestry era de 38 e, baixou para 6 depois de realizado o tratamento.

Discussão:
Com o seguimento mínimo de um ano, os doentes incluídos neste estudo melhoraram o seu grau de desempenho para as actividades de vida diárias. O tipo de tratamento instituído para a espondilodiscite nesta unidade é semelhante ao da maioria dos estudos realizados sobre esta patologia. A realização do questionário da escala de Oswestry de uma forma retrospectiva, pode ser um factor viéz para os resultados obtidos.

Conclusão:
Os sintomas da espondilodiscite fazem diagnóstico diferêncial com outras patologias mais frequentes, levando a que haja habitualmente uma demora no diagnóstico correcto. A biópsia óssea é um importante para a confirmação da doença e orientação do tratamento antimicrobiano dirigido. A necessidade de tratamento cirúrgico prende-se com o grau de gravidade das complicações decorrentes da infecção.

CL37 - **Descompressão lombar bilateral por abordagem unilateral minimamente invasiva**
Tiago Frada, Bruno Pereira, Luís Miguel Silva, Paulo Cibrão Coutinho, M. Vieira Da Silva, Pedro Varanda (Hospital de Braga)

Introdução:
A estenose lombar é uma das doenças mais comuns da coluna que afecta principalmente a população mais velha. O aumento da esperança média de vida está a alterar a distribuição etária, levando a que as doenças degenerativas assumam uma importância crescente. A estenose lombar é causa frequente de dor lombar crónica e dor subjectiva referida aos membros inferiores. De um modo geral, após o início dos sintomas o tratamento conservador não produz um benefício sustentado e a abordagem cirúrgica torna-se por isso, muitas vezes indicada. Esgotadas as opções conservadora, existem várias opções cirúrgicas válidas descritas na literatura: laminectomia clássica, laminotomia minimamente invasiva, laminotomia unilateral para descompressão bilateral, descompressão bilateral por via unilateral minimamente invasiva. O presente estudo pretende avaliar os resultados clínicos e imagiológicos de doentes consecutivos submetidos a descompressão bilateral por via unilateral minimamente invasiva (MISS) – over the top entre Janeiro de 2010 e Março de 2012 no Hospital acima identificado.

Material e Métodos:
Durante o período de tempo definido foram submetidos a descompressão bilateral por via unilateral MISS 7 pacientes – 4 do sexo feminino. Destes, foi excluída do estudo uma doente submetida no mesmo tempo cirúrgico a cifoplastia por sequelas de fractura dorsal.

Resultados:
Os doentes incluídos no estudo apresentam uma idade média de 63 anos [52, 80], e um período médio de follow-up de 19 meses [15, 30]. Todos os doentes foram submetidos a descompressão no nível L4-L5. O tempo cirúrgico médio foi de 127 minutos [95, 202] e não foram registadas quaisquer complicações intra-operatórias. Nenhum doente necessitou de medidas de suporte transfusional. Em média, os doentes tiveram alta médica 2,3 dias após a cirurgia [1, 4]. No que respeita à avaliação funcional pré-operatória, na escala de Oswestry verificou-se uma média de 62,5% [38, 100]. A avaliação da dor lombar e dor referida aos membros inferiores pela escala visual analógica da dor apresentou valores de 7,33 [5, 10] e 6,83 [0, 10] respectivamente. À data da última observação, um doente agravou a sua incapacidade pela escala de Oswestry que globalmente apresenta um valor médio inferior à avaliação inicial correspondente a 27,2% [4, 62]. A pontuação média da dor lombar e da dor referida aos membros inferiores melhorou – 3,33 [0, 6] e 2,67 [0,l 10]. Relativamente à escala de ODOM, 1 doente considera o resultado final excelente, 3 bom, 1 aceitável e 1 mau. 83% dos doentes consideram-se satisfeitos com o tratamento realizado.

Discussão:
As técnicas de descompressão lombar descritas proporcionam um leque variado de abordagens para um mesmo problema. O aumento da longevidade da população acarreta um incremento de doentes com estenose lombar que beneficiarão de tratamento cirúrgico. Neste contexto, as técnicas minimamente invasivas poderão trazer benefícios acrescidos atendendo a que existem menos dano de tecidos moles, menos perdas hemática intra e peri-operatórias, um período de internamento mais curto e recuperação funcional mais rápida. A descompressão bilateral por via unilateral MISS é uma técnica que aborda a estenose do canal vertebral por um acesso único minimamente invasivo e que permite diminuir de forma marcada a lesão de tecidos moles e de suporte associada.

Conclusão:
Os resultados verificados neste estudo demonstram que se trata de uma técnica válida que pode proporcionar um bom outcome clínico aos doentes.

CL38 - **Caracterização epidemiológica da espondilodiscite tratada cirurgicamente: Estudo retrospectivo de 82 casos**

Joaquim Soares Do Brito, Pedro Rocha, Miguel Botton, Joana Teixeira, António Tirado, Pedro Fernandes
(Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria)

Introdução:
A espondilodiscite pode ser classificada como piogénica, granulomatosa (tuberculosa, brucelosa, fúngica) ou parasitária, ocorrendo a contaminação habitualmente por via hematogénea, embora possa ocorrer por inoculação directa ou por contiguidade. Apesar de globalmente ser uma condição clínica rara, a incidência tem aumentado tendo em conta a maior acuidade diagnóstica e o envelhecimento da população com importantes co-morbilidades associadas. Com este trabalho os autores pretendem estudar do ponto de vista epidemiológico uma população de doentes intervencionados cirurgicamente em contexto de espondilodiscite.

Material e Métodos:
Entre 1998 e 2012 (15 anos) foram identificados 82 doentes com espondilodiscite submetidos a intervenção cirúrgica neste contexto. Foi realizada revisão dos processos clínicos e registo imagiológico, tendo sido recolhidos os dados demográficos dos doentes, realizada a caracterização da lesão, registada a presença de lesão neurológica, isolamento de agente etiológico e co-morbilidades associadas.

Resultados:
A idade média registada foi de 47 anos (Min: 6; Máx: 80), sendo 51 doentes do género masculino (62%) e 31 do género feminino (38%); 63 doentes de raça branca e 19 de raça negra. O segmento lombar foi o mais frequentemente afectado com 43 casos (52,4%), seguido da coluna torácica com 33 casos (40,2%). A transição toraco-lombar foi afectada em 4 casos (4,9%) e a coluna cervical em apenas 2 ocasiões (2.5%). À data do diagnóstico, 34 doentes (41,5%) apresentavam abcesso paravertebral ou epidural (16 doentes), tendo

sido identificados 14 doentes com lesão neurológica (17.1%). O Mycobacterium tuberculosis foi o agente etiológico identificado em 39 casos (48%), seguido do Staphylococcus aureus em 15 casos (18, 3%); o Staphylococcus aureus meticilino-resistente foi isolado em dois casos (3%); o Streptococcus pyogenes numa ocasião (1.3%) e Brucella spp noutra (1.3%). Não foi possível identificar agente etiológico em 23 casos (28,1%). Dos 82 doentes tratados, quatro (5%) eram seropositivos para o VIH, sendo identificados outros cinco (6%) com co-morbilidades que condicionam imunodepressão.

Discussão:
A infeção da coluna vertebral mantem-se como tema atual, importante fonte de morbilidade e em raros casos de mortalidade. A maioria dos doentes afetados encontra-se em idade ativa e na nossa série os doentes do género masculino e raça branca predominam sobre o género feminino e raça negra. Os segmentos torácico e lombar são os mais afetados pelo processo infecioso, respondendo por mais de 90% dos casos. O abcesso paravertebral ou epidural surgem numa elevada percentagem de doentes, assim como a presença de lesão neurológica, constituindo causa importante de morbilidade e de indicação cirúrgica. No que concerne aos agentes etiológicos, o Mycobacterium tuberculosis permanece como principal causa de espondilodiscite, enquanto o Staphylococcus aureus mantém-se como o principal agente da espondilodiscite piogénica. Na nossa série apenas 11% dos doentes apresentam estados de imunodepressão que condicionam maior susceptibilidade para este tipo de infeções, não permitindo uma correlação clara.

Conclusão:
As infeções da coluna vertebral persistem como patologia relevante no contexto atual. São afetados fundamentalmente doentes jovens, existindo uma elevada presença de abcesso paravertebral/epidural e lesão neurológica, acarretando morbilidade importante. O Mycobacterium Tuberculosis e o Stphylococcus aureus permanecem como os principais agentes etiológicos.

CL39 - **Lumbar Total disc replacement for the treatment of degenerative disc disease – clinical and radiologic results of 74 patients at 3 year follow up**
Jorge Mineiro, Pandrês, Jcannas, Lbarroso
()

Introdução:
Lumbar Total disc replacements have been developed 30 years ago with the main objective to overcome some of the problems associated to lumbar arthrodesis, aiming to improve the clinical results of these unfortunate patients with low back pain. Despite these objectives in mind, the clinical and radiologic results of this type of motion preserving devices have not been conclusive and the outcome is still controversial in many views. Retrospective assessment of the clinical and radiologic results of a group of patients that underwent this type of procedure for the treatment of DDD.

Material e Métodos:
We have assessed 74 patients with persistent incapacitating low back pain due to DDD of the lumbar spine at one or more segments that underwent total disc replacement using either Maverick® or SB-Charité III®. Patients were assessed according to gender, age, biometry (IMC), profession, type of symptoms, number and topography of levels affected by the condition and prior discography. We also looked at the type procedure performed, type of approach, number of days in hospital, complications (early and late), variation of the ODI and VAS scores, length of FU, mobility of the prostheses/end plates, positioning of the prostheses, subsidence and incidence of adjacent segment disease

Resultados:
Overall results show a slight increase in the number of males (54:46%), mean age of 35y no predominance of any type of profession and a mean IMC of 26Kg/m2. As far as the affected levels are concern there was a higher number of L5S1 discs treated (65patients-88%) followed by L4L5 (49 patients-66%) and at L3L4 level only 6 patients (8%) were operated on. The clinical picture of low back pain had been on for a mean of 16 months prior to surgery and 15% of patients had sciatica. We performed preop discographies in 19% of the patients and total disc arthroplasties in L5-S1= 43 (59%); L4-L5=13 (18%); L4-L5-S1=13 (18%); L3-L4-L5-S1=2 (3%); L3-L4-L5=1 (1,4%); L3-L4 e L5-S1=1 (1,4%). In 65% of cases the total discs were stand alone devices but in the other cases there were some associated procedures at the same operation Dynesys® in 17 cases (23%), ALIF in 9 (12%) and foraminectomies 3 (4%) other patients. The mean hospital stay for this heterogynous group of patients was 5,4 days. We had complications in 14(19%) patients and in 7(9,5%) of these were classified as early and in 10(14%) as late. The mean follow up was 36

months with an improvement in ODI of 42% (53 -> 11%) – 28% without any complains, and a mean VAS improvement of 5,1 (6,7 -> 1,5) – 38% with no complains of pain. The mean range of motion per level was 11,4º(13% without any detectable motion). There was a 10% of subsidence and 6% of adjacent segment disease at the 3 years follow up.

Conclusão:
Pain , functional disability and quality of life have improved significantly in this series with the type of procedures performed. Regarding mobility of the discs that were "replaced", in the majority of arthroplasties the mean value was 11,4º. Adjacent segment disease progressed in only 6% of cases which may reinforce the benefit of this type of operation in comparison the lumbar fusion. Overall we feel that these results are comparable to others in the literature but although the results are encouraging they need longer follow up in order to validate this technique.

CL40 - **VERTEBRAL ROTATION CORRECTION AND POSTERIOR FUSION FORTHORACIC AND DOUBLE MAJOR ADOLESCENT IDIOPATHIC SCOLIOSIS: DIRECT DEROTATION VS SIMPLE CONCAVE ROD PROCEDURE**
Jorge Mineiro, Jorge Pon, Luis Barroso, Joao Campagnollo

Introduction:
To retrospectively compare the vertebral rotation correction obtained with direct derotation procedure versus simple concave rod rotation in thoracic adolescent idiopathic scoliosis (AIS) posterior surgery, using pedicle screw-only construct.

Material and Methods:
thirty nine consecutive patients affected by AIS, treated between February 2007 and September 2011 at two institutions, operated on by a single surgeon were included. The rotation angle (RAsag) of the apical vertebra was measured on pre-operative and last follow-up by standing Xray using the Nash-Moe. Two groups were identified: a direct vertebral rotation group using Lenke Derotation procedure (DR group; n=19 patients) and a simple concave rod rotation group (No-DR group; n=20 patients). There were no statistical differences between the 2 groups, in terms of age, Risser sign, curve patterns, Cobb main thoracic (MT) curve magnitude and flexibility, extension of fusion, offset measurements on the coronal plane, sagittal pre-operative contour and AVR(Nash-Moe) and AVT.

Results:
(Average follow-up 2.4 years) The DR group compared to the No-DR showed no significant better difference at final correction of apical vertebral rotation (65% vs 64,7%). Concerning the coronal balance, there was a much better trend of better results in the DR group, with less final apical MT vertebra translation (DR 2,1mm vs No-DR 17mm) and better final global coronal balance (ns). The T5-T12 kyphosis angle was higher at final follow-up in DR group (25° vs 19.5°) and the cobb angle was in the DR group (59.7º vs 19.7ºpost-op) and in the No-DR (55.9º vs 18.9º post-op). The rotational improvement by the Nash Moe method was slightly better in the DR group (81% vs 78,9% No-DR). . At the latest follow-up, SRS-30 findings were similar between the two groups. The complication rate was higher in No-DR group, related in 2 cases to thoracoplasty,performed in these patients.

Discussion:
Although pedicle screw instrumentaions have developed into a very powerful tool for redudction of a scoliotic curvature the controversy exists regarding the use of monoaxial versus polyaxial screws and also regarding the use of different tools available to help surgeons derotating the spine. From our small series polyaxial uniplanar screw seem to do better than polyaxial screws when retotating the main curve.

Conclusions:
The direct vertebral derotation procedure with the polyaxial uniplanar pedicle screws obtained better final results, when compared to simple concave rod rotation and polyaxial multiplanar pedicle screws in particular concerning AVT but also with AVR (Nash-Moe classification). However, both techniques were found to be satisfying from patients perspective.

CL41 - **Custos inerentes á demora da correcção de escolioses idiopáticas em adolescentes**
Rita Jerónimo, Joana Ovídeo, Miguel Carvalho, Nuno Lança, João Lameiras Campagnolo, Jorge Mineiro
(Hospital Dona Estefânia)

Introdução:
Nas escolioses idiopáticas com indicação operatória, o objetivo primordial é o tratamento cirúrgico atempado

e com correção adequada. No entanto, dado às dificuldades e condicionantes económico-financeiras presentes na atualidade, torna-se prioritário alcançar este objetivo de forma "rentável".

Material e Métodos:
Análise dos doentes operados neste centro, entre 1 Janeiro 2008 até 30 Abril de 2013 com o diagnóstico de escoliose idiopática do adolescente, divididos em dois grupos, segundo a medição do ângulo de Cobb, com ponto de corte nos 75 graus a data da proposta cirúrgica. Revisão dos processos clínicos com avaliação, segundo a gravidade e extensão da curva, do total de níveis instrumentados, da quantidade de implantes aplicados, dos tempos de bloco operatório e de cirurgia despendidos, do recurso de derivados sanguíneos, de uso de enxerto ósseo, e da contabilização por Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) do custo total do internamento.

Resultados:
Seleccionados 18 doentes dos quais 10 pertencem ao grupo 1 (<75º) e 8 pertencem ao grupo 2 (>75º). Quanto a níveis instrumentados, verifica-se no grupo 1 uma média de 11 (de 4 a 15) e no grupo 2 de 13 (de 12 a 14). Os valores médios de utilização de bloco central são no grupo 1 de 7h21m e 11h36m no grupo 2. O tempo médio de cirurgia foi de 5h20m no grupo 1 e de 6h12m no grupo 2. Em relação ao uso de derivados sanguíneos, observou-se um número médio de 2.45 unidades de concentrado eritrocitário usado no grupo 1 e de 4 unidades no grupo 2; uso de 0.36 unidades de plasma fresco congelado no grupo 1 e de 2 unidades no grupo 2. Em termos financeiros, verifica-se no grupo 1 um total de internamento de 25 277.4€ com uma média de 2 527.74€, e no grupo 2 um total de 60 684.63€ com uma média de 7 585.5€. No custo total de internamento e material aplicado, existe um valor médio gasto de 13.945€ no grupo 1 e de 20 699.33€ no grupo 2.

Discussão:
Verificou-se um uso superior no grupo 2 de tempos de bloco e cirúrgico que, poderia permitir o tratamento de mais curvas do tipo 1. O recurso a um maior número de derivados sanguíneos deve ter sido em conta devido ao risco acrescido de efeitos adversos e de transmissão infecciosa. O custo individual de cada unidade não é fator de acréscimo ao total gerado por GDH em internamento, sendo um valor não reembolsável acrescido a considerar. Os enxertos utilizados eram todos autólogos pelo que, não os podemos considerar em função de custos financeiros mas de comorbilidades para o doente. Não se verificou de forma estatisticamente significativa uma relação entre a gravidade da curva com a quantidade utilizada de material e dos níveis instrumentados. Este facto pode ser explicado pela importante dismorfia vertebral nas curvas mais graves, o que dificulta a colocação de implantes nalguns níveis. De ressaltar o acréscimo médio de 6754.11 € ao total quando se inicia o tratamento em uma coluna com mais de 75º de curvatura.

Conclusão:
Para o tratamento das escolioses de grande curvatura (> 75º), foi necessário um gasto acrescido (3xs superior) não só em termos de recursos hospitalares, como também de gastos em internamento e material. Para além do nosso dever ético e clínico de oferecer o melhor tratamento para os nossos doentes com escolioses evolutivas, o cirurgião não pode hoje ignorar os aspectos financeiros inerentes a tal procedimento. Conclui-se que é necessário um tratamento preferencial antes da progressão para curvas superiores a 75º de modo a obter um melhor tratamento custo-efetivo.

CL42 - **Infección quirúrgica tras la artrodesis posterolateral de raquis: análisis de variables y tasas de fusión.**

P Andrés-cano, Am Cervan, Ja Ortega, Jm Rodríguez-solera, Enrique Guerado
(Hospital universitario Costa del Sol)

Introdução:
La mayoría de las cirugías de raquis precisan de fusión vertebral. La infección postoperatoria de la herida quirúrgica es una seria complicación que conlleva un aumento en la estancia hospitalaria, necesidad de nueva cirugía, aumento del coste e incremento de la morbimortalidad del paciente. El desbridamiento quirúrgico y la antibioterapia manteniendo la instrumentación suele erradicar la infección siendo los resultados funcionales a corto plazo similares a los pacientes sin infección. La pseudoartrosis conlleva un riesgo a medio plazo de resultados no satisfactorios. Evaluar la tasa de fusión de los pacientes intervenidos mediante artrodesis posterior de raquis lumbar complicada mediante infección, que precisaron desbridamiento quirúrgico comparándolos con el grupo control libre de infección y desbridamiento.

Material e Métodos:
Análisis prospectivo de una cohorte histórica (2005-2011) consecutiva de pacientes (n=138) en los cuales se realiz una artrodesis posterolateral lumbar. Grupo A (n=15) complicado con infección que precisó desbridamiento quirúrgico. Grupo control B (n=123), libre de infección y desbridamiento. Seguimiento d 24 meses y análisis de variables demográficas, relacionadas con la cirugía y de la tasa de fusión mediante Rx y TC multicorte. Análisis estadístico mediante test de Fischer (cualitativas) y (cuantitativas).

Resultados:
Entre grupos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre variables demográficas (sexo, edad, diagnóstico, hábito tabáquico,riesgo ASA) o quirúrgicas (indicación, número de niveles artrodesados). Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en: tiempo de cirugía (grupo A: 249,66min, grupo B: 204,81 p0,004) y comorbilidad según Charlson (grupo A: ICh 0:40%, 1:33,3%, >=2: 26,6%; grupo B: ICh 0: 81,8%, 1:11,32%, >=2: 7,54% p0,007). La tasa de pseudoartrosis al final del seguimiento es estadísticamente mayor en el grupo infección (62,5%) que en el grupo control (17%) p 0,0013. El riesgo relativo de pseudoartrosis tras la infección y desbridamiento es de RR=3,67 (1,61-8,41).

Conclusão:
Determinados factores preoperatorios de comorbilidad, particularmente el índice de Charlson y el tiempo quirúrgico aumentan la infección postoperatoria y el riesgo de hacer un fracaso en la fusión vertebral. Es fundamental establecer medidas perioperatorias encaminadas a disminuir el riesgo de infección, lo cual parece relacionarse con un aumento, en más de tres veces, del riesgo de pseudoartrosis.

CL43 - **Instrumentação pedicular posterior e reconstituição ístmica na correcção da espondilolise no adolescente – Estudo retrospectivo**

António Alves, Elisa Rodrigues, Bruno Alpoim, Renato Neves, Armando Campos, António Oliveira
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António)

Introdução:
A espondilolise caracteriza-se por um defeito na pars interarticularis, considerada por muitos autores como uma fractura de stress. Muitas vezes detectada na adolescência, apresenta-se com uma prevalência de 5 a 8%, com o sexo masculino a ser 2 vezes mais afectado que o feminino. Os autores apresentam uma revisão retrospectiva dos casos de espondilolise em idade adolescente, tratados cirurgicamente num período de 10 anos (Janeiro de 2002 a Dezembro de 2011), com reavaliação clínica e imagiológica após follow-up mínimo de 1 ano.

Material e Métodos:
Como critérios de inclusão, foram seleccionados doentes com clínica de lombalgia refractária a tratamento conservador e com diagnóstico imagiológico de espondilolise (Rx e TC), posteriormente submetidos a tratamento cirúrgico. O protocolo cirúrgico consiste em 2 intervenções: 1ª – instrumentação pedicular posterior e reconstrução da pars interarticularis com enxerto autólogo; 2ª – extracção da instrumentação, num intervalo de tempo =1ano.

Resultados:
A amostra obtida foi de 25 doentes, 12 do sexo masculino e 13 do sexo feminino, com média de idades de 16,7 anos (13 a 19). O IMC médio foi de 20,74. A espondilolise tinha como localização predominante a vértebra L5, com apenas 1 caso em L4. O intervalo de tempo médio entre primeira cirurgia e extracção do material cirúrgico foi de 13,9 meses (10 a 20). Foram aplicados os scores EVA (escala visual analógica da dor) e ODI (Oswestry Disability Index lombar) no pré e pós-operatório, assim como um questionário de satisfação global pós-cirúrgico. Os resultados obtidos revelaram uma variação positiva do score EVA (7,15 para 3,05) e do score ODI (38,0 para 5,6), com significado estatístico ($p<0,05$). O nível global de satisfação foi elevado, com 76% dos doentes com grau de muito satisfeito, 88% repetiriam o procedimento e 92% recomendariam o tratamento. Sete destes doentes praticavam desporto a um nível de competição federada, tendo posteriormente retomado essa mesma actividade.

Discussão:
A espondilolise é uma importante fonte de lombalgia no adolescente, podendo causar uma diminuição substancial da qualidade de vida. Há ainda controvérsia acerca da etiologia e possível relação com desportos que possam causar uma hiperextensão repetida da coluna lombar. O diagnóstico precoce e a possibilidade de um tratamento eficaz no alívio dos sintomas torna-se fundamental. Os resultados obtidos mostram que o

protocolo de tratamento cirúrgico descrito tem bons resultados clínicos tanto no imediato como sustentadamente ao longo do tempo. A extracção do material de instrumentação é importante para restabelecer a mobilidade do disco e prevenir sobrecarga dos níveis adjacentes. Os autores ressalvam que não foi objectivo deste estudo, uma avaliação imagiológica detalhada dos resultados da reconstituição, apesar de em todos os casos haver critérios radiográficos de reconstituição ístmica.

Conclusão:
Os autores concluem que o tratamento cirúrgico da espondilolise com o protocolo cirúrgico descrito é eficaz no alívio dos sintomas clínicos, contribuindo assim para uma melhoria sustentada dos doentes.

CL44 - **REPERCUSIONES HEMATOLOGICAS EN CIRUGÍA ESCOLIOSIS IDIOPÁTICA. ESTUDIO PRELIMINAR 40 CASOS**

Mariano Jorge Hidalgo Pérez, (Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España)

Introdução:
La Cirugía en la Escoliosis Idiopática del Adolescente (EIA) es una cirugía mayor sangrante. Es muy agradecida con buenos resultados y presenta pocas complicaciones aunque pueden llegar a ser muy serias. El sangrado perioperatorio es un factor importante a tener en cuenta en la morbilidad de estas cirugías. Está relacionado con Complicaciones vasculares, neurológicas, hematomas, infección, etc.

Material e Métodos:
Resultados preliminares de un estudio retrospectivo de las EIA operadas en nuestra Unidad desde 2009. Presentamos los resultados preliminares de los 40 primeros casos. Analizamos la edad, sexo, estancia hospitalaria, Tipo de Instrumentación, técnica quirúrgica, hemoglobina gr/dl (HB) perioperatoria, Hematocrito % (HTO), Plaquetas, tiempo quirúrgico, uso recuperador intraoperatorio, transfusión,..

Resultados:
En un 85% Instrumentación Todo Tornillos. El 15 % Instrumentación Híbrida. Los niveles medios instrumentados 11 . Todos vía posterior. Estancia media 7 días. Tiempo quirúrgico medio 4,72 Horas Un 27,5% no necesito transfusión. Un 22,5 % solamente autotransfusión. El 50% recibió transfusión de sangre alogénica de banco. EL 72% requirieron transfusión de Concentrados de Hematíes alogénicos o autotransfusión. Una media de transfusión para toda la serie de 1,97 Unidades. En 3 (95%) se usó Recuperador de Hematíes con una media de 220 ml de sangre recuperada. Los pacientes que no se transfundieron tenían una edad media de 17 años. Había más varones que la media de la serie 28%. La HB preoperatoria era de 14,3 y HTO preoperatorio de 43%. Los niveles instrumentados en estos pacientes fueron 10. El tiempo quirúrgico fue menor en estos pacientes. Todos los pacientes operados con Instrumentación híbrida necesitaron transfusión. Recibieron 2,2 concentrados de Hematíes. Los pacientes que tuvieron más necesidades de transfusión de la serie (3 o más concentrados de hematíes) fueron 12. Todas mujeres. Partían con una HB 13, se fusionaron 12 niveles y recibieron 3,8 concentrados. Los pacientes de Autotransfusión más tratamiento con Eritropoyetina; ninguno recibió sangre de banco alogénica. El 45% no necesitó transfusión. El 55% se antotransfundió un concentrado de hematíes propio de media.

Discussão:
La autotransfusión y la administración de Eritropoyetina ofrece ventajas significativas . No reciben sangre alogénica de banco y se transfunden mucho menos. En mi experiencia creo que todavía tenemos margen para ahorrar sangre y evitar transfundir a estos pacientes.La técnica anestésica creo que influye mucho y lo notamos mucho cuando cambiamos de Anestesista. El montaje hibrido requiere transfundir a más pacientes y más cantidad que el todo tornillos según este estudio.

Conclusão:
Los factores asociados a mayor riesgo de transfusión son: ser mujer, HB menor 14, HTO menor de 40 %, menor edad, tiempo quirúrgico largo, mayor niveles instrumentación, no uso recuperador hematíes intraoperatorio, instrumentación hibrida, magnitud de la curva. Los varones se transfunden mucho menos. A mayor nivel de Hemoglobina pre quirúrgica menor transfusión. Los pacientes incluidos en el protocolo de Eritropoyetina más autotransfusión se transfunden mucho menos y ninguno recibe sangre alogénica. Las curvas que han necesitado Osteotomías han sangrado más y se han transfundido más . Lo mismo sucede con los montajes híbridos.

CL45 - **FRACTURA DO PROCESSO ODONTÓIDE9 CASOS CLÍNICOS TRATADOS COM OSTEOSSÍNTESE**

Marcos Carvalho, António Mendonça, Miguel Nascimento,, Sandra Santos,, Carlos Jardim, Paulo Lourenço
(Centro Hospitalar Universitário de Coimbra)

Introdução:
A fractura do processo odontóide é o sub-tipo mais comum das fracturas de C2, constituindo cerca de 10-15% de todas as fracturas da coluna cervical. A maioria surge em idosos com osteoporose avançada, após traumatismos de baixa energia, ocasionando lesão neurológica em 5-10% dos casos. O objectivo do trabalho foi analisar 9 casos de fractura do processo odontóide abordados cirurgicamente, tendo em conta a sua etiologia, classificação, abordagem terapêutica e eficácia de acordo com a evolução clínica e radiológica.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo descritivo de 9 doentes com fractura do processo odontóide, sem lesão neurológica, submetidos a tratamento cirúrgico entre 2008 e 2013 num hospital de nível III. Utilizou-se a Classificação de Anderson e D'Alonzo para avaliar o tipo de fracturas. Todos cumpriram o protocolo pós-operatório: levante às 24h com colar do tipo Zimmer (até aos 3M). Aos 3, 6 e 12 meses e posteriormente anualmente, foi efectuada avaliação clínica e imagiológica (Rx de frente e perfil da coluna cervical, transbucal e perfil em flexão-extensão). Aos 6 meses a avaliação imagiológica é complementada com TAC. Analisou-se o tipo de osteossíntese (1 ou 2 parafusos), tempo de internamento e seguimento, ocorrência de complicações, consolidação da fractura (ponte óssea visível e ausência de mobilidade anormal nos exames imagiológicos) ou ocorrência de pseudartrose/falência da osteossíntese (ausência de ponte óssea visível aos 6 meses ou falência/rotura do material de osteossíntese).

Resultados:
A amostra é constituída por 9 doentes (6F; 3M) com idade média de 66,6 anos (mínimo 47A e máximo 82A). Em 6 doentes a etiologia identificada foi um traumatismo de baixa energia, com predomínio das quedas da própria altura e nos restantes foi um acidente de viação. Verificou-se a existência de 7 fracturas do tipo II e 2 do tipo III (Classificação de Anderson e D'Alonzo). Constatou-se a presença de lesões cervicais concomitantes em 3 casos: 1) Fractura-luxação C6; 2) Subluxação C1-C2; 3) Fractura do arco posterior de C1 e corpo de C2. Todos os doentes foram tratados cirurgicamente com osteossíntese do processo odontóide com 1 (4 doentes, 44%) ou 2 (5 doentes, 56%) parafusos canulados com abordagem por via anterior. O tempo médio de internamento foi de 17,25 dias (mínimo 8 e máximo 23). O seguimento teve um tempo médio de 19 meses (mínimo 3M e máximo 65M) em 6 doentes (66,6%); 3 (33,3%) foram excluídos por passarem a ser seguidos noutros hospitais. Ocorreu apenas uma complicação intra-operatória num dos procedimentos (11%) com rotura do fio guia aquando do seu posicionamento, resolvida sem intercorrências. A taxa de consolidação foi de 88,9% (em 1 caso não se verificou consolidação mas sem mobilidade anormal nem falência do material; tratou-se do caso em que foi registada intercorrência per-operatória). Não foram registados casos de pseudartrose.

Discussão:
A fractura do processo odontóide, tratada conservadoramente, relaciona-se com elevada incidência de pseudartrose, maioritariamente nas fracturas do tipo II (36%). Assim, quando presentes factores de risco (> 5mm de desvio, fracturas cominutivas, angulações>10º, idade >50 anos e tratamento tardio) opta-se pelo tratamento cirúrgico, sendo a fixação da odontóide com parafuso(s) por via anterior uma técnica relevante conforme descrito na literatura. Relativamente à etiologia, verificou-se uma maior predisposição para traumatismos de baixa energia em doentes idosos tal como observado noutras casuísticas. Como limitações deste estudo, destaca-se ser retrospectivo, com uma pequena série de casos, e não ter sido realizada uma avaliação funcional noutros parâmetros igualmente importantes.

Conclusão:
Os resultados, em consonância com a literatura, revelam que a osteossíntese com 1 ou 2 parafusos canulados por via anterior é uma opção terapêutica de primeira linha em doentes com fractura do processo

---

CL46 - **Estudio de a cifosis residual , en pacientes afectos de Mal de Pott, según el tipo de tratamiento realizado**

Adrián Gallego Goyanes, Ja Grau Ruotolo, Ma Ulloa Diez, MFernández Otero, JMínguez Pino
(Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela)

Introdução:

Ser Percival Pott describió la afectación vertebral por la infección tuberculosa. La infección se disemina habitualmente por vía hematógena desde dos vértebras adyacentes hacia el espacio del disco intervertebral. Secundariamente se producen destrucciones de somas vertebrales y discos según la patogenidad del germen, estado de las defensas del huésped y del tiempo en el retraso del diagnóstico y tratamiento realizados. El objetivo de este estudio es evaluar la cifosis residual, según el tipo de tratamiento realizado, dado que la cifosis va a afectar a la estática del raquis.

Material e Métodos:
Presentamos 60 casos, 36 de ellos varones y 24 entre 1990 y 2012. La edad media era de 56 años y 6 meses, estando comprendidas todas entre los rangos de 30 y 74 años. Dentro de estos pacientes con mal de Pott, presentaban tuberculosis pulmonar 9 (15 %) pacientes, tuberculosis Intestinal 4 (6.4 %) pacientes y tuberculosis renal 1 (1,6 %) paciente. Sobre localización de la lesión columna torácica 13 pacientes, tóraco-lumbar 21 pacientes y lumbar 26 pacientes. En cuanto al grado de afectación del espacio discal se aprecio estrechamiento del espacio discal en 4 pacientes, afectación de un espacio discal 48 pacientes, con 2 espacios discales en 7, con 3 espacios discales en 1 y con 4 o más espacios discales en ninguno. Además observamos en la RNM que 51 pacientes (85%) presentaban un absceso paraespinal. En nuestra serie, 16 (37,5%) pacientes presentaron afectación neurológica (Frankel D). La cifosis previa al tratamiento: 0º-10º : 30 pacientes, de 10º- 20º : 29 pacientes y de 20º- 30º : 1 paciente. El tiempo de demora entre el inicio de la sintomatología, diagnostico e inicio del tratamiento 120 días. En cuanto al tiempo medio de tratamiento médico, durante 18 meses: 3 pacientes, durante 12 meses: 36, durante 9 meses: 21 y durante 6 meses ninguno. Las indicaciones para realización de tratamiento quirúrgica fueron: Déficit neurológico, falta de respuesta al tratamiento médico, Cifosis preoperatoria (ángulo D >15º), Inestabilidad, Recurrencia de la enfermedad, Severa destrucción y presencia de Absceso paraespinal en cana medular Realizamos tratamiento conservador (quimioterapia mas ortesis) en 27 con tiempo medio de artrodesis radiológica de 11 meses (9-13meses). Y los tratados quirúrgicamente fueron 33, con un tiempo medio de consolidación radiológica de 7 meses (5-9 meses).

Resultados:
El 100% de los pacientes recuperaron status neurológico previo entre los 2 y 6 meses (periodo medio 4 meses). En los 51 pacientes que presentaron absceso paraespinal, este desapareció en el estudio RMN realizado al año. Sobre la evolución de la cifosis, los tratados conservadoramente se mantuvo igual a los 3 años en los tres grupos de pacientes. Y en los tratados quirúrgicamente, en dos de ellos hubo como complicación el hundimiento del injerto con aumento de la cifosis preoperatoria y en los tratados con instrumentación vertebral mejoró. Sobre el tratamiento quirúrgico, ese utilizó un abordaje anterior con Toraco-freno-laparotomia, Corporectomia L1,L2 y L3, liberacioón anterior del canal medular, Colocacion de soporte anterior, con injerto óseoo con PMMA. En caso con severa destruccion y cifosis se realiazo doble via de abordaje

Discussão:
Tras el análisis de los datos obtenidos de la revisión de este caso podríamos concluir que no existe diferencia significativa respecto a la evolución de la cifosis, cuando cifosis previa es menor de 15º y con escasa destrucción ósea y solo afectación de un espacio discal. La importancia precocidad del diagnóstico RMN. Buena evolución de los cortos periodos de quimioterapia.

Conclusão:
La importancia de colocacion de soportes anteriores rigidos, con lo que mejoró la cifosis regional, dado que en los casos que se utulizo solo injerto óseo se aprecio hundimiento del mismo con aumento de la cifosis. Teniendo en cuenta que el bacil

---

CL47 - **Espondilodiscite piogénica, perfil epidemiológico e estratégias de tratamento.**
Sergio Goncalves, Teresa Melo, Rui Pereira, Thiago Aguiar, Rui Delgado, José Simões
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
O objetivo desta trabalho é avaliar o perfil epidemiológico e as estrategias de tratamento empregues no tratamento da espondilodiscite piogénica. A espondilodiscite piogénica é uma doença grave que frequentemente provoca o aparecimento de dor e o desenvolvimento de deformidade cifótica pela perda do suporte anterior do segmento vertebral. O objetivo do tratamento da espondilodiscite é erradicar a infecção, prevenir ou tratar a deformidade e o deficit neurológico. O tratamento cirúrgico na espondilodiscite é realizado nos pacientes com instabilidade, sintomas

neurológicos progressivos com compressão de estruturas neurológicas, presença de abscesso ou falência do tratamento conservador.

Material e Métodos:
Foi efectuada a avaliação de coorte retrospectiva com base na codificação clínica ICD-9 durante o período 2006-2011. O diagnóstico foi estabelecido com base na clínica e imagiologia, excluem-se os casos de infeção pós-operatória e lesões contíguas com úlceras decúbito. O processo clínico foi utilizado para obtenção do perfil demográfico, comorbilidades, sintomas de apresentação, exame objetivo, sinais vitais, valores laboratorias à entrada, procedimentos de diagnóstico, perfil microbiológico e tratamento médico e cirúrgico. A análise estatística foi realizada utilizando o SPSS 20.

Resultados:
Após revisão 22 doentes cumpriam os critérios de inclusão. A idade média foi de 60.82 anos (dp +/- 14.663, intervalo 22-86), 82% eram homens (n=18). As comorbilidades mais prevalentes foram a diabetes mellitus 41% (n=9), alcoolismo crónico 18% (n=4), doença renal crónica 14% (n=3) e infeção VIH 9% (n=2). Cerca de 40.1% apresentavam um foco séptico noutra localização, os mais frequentes a ITU 30% (n=3) e sépsis 20% (n=2). Os sintomas de apresentação mais frequentes foram a dor lombar 51% (n=21), perda ponderal 15% (n=6) e febre 12% (n=5). A avaliação laboratorial revelou uma leucocitose média 11.8 (dp +/- 5.3, intervalo 4.3-21.8), velocidade de sedimentação média 83.9 mm/h (dp+/- 37.4, intervalo 10-128), proteína C reativa média 11.6 mg/dl (dp +/- 11.7, intervalo 0.4-38.7). A coluna lombar foi o segmento mais acometido, 55% (n=12) seguida da dorsal 36% (n=8) e cervical 9% (n=2). O diagnóstico microbiológico foi estabelecido em 55% casos (n=12), 8 (66.7%) casos foram identificados em hemocultura e 3 (25%) em biópsia óssea. Os agentes mais comuns foram o MSSA identificado em 18% casos (n=4) e estafilococos cogulase negativa 18% (n=4). Foi realizado um procedimento cirúrgico em 86.4% (n=19), em 7 realizou-se artrodese e em 4 biópsia transpedicular. As indicações cirúrgicas major foram a colheita de material, drenagem de abcesso e instabilidade cada uma com 32% (n=6). Em termos de sequelas neurológicas 23% (n=5) apresentavam alterações, em 3 casos paraparésia membros inferiores, 1 tetraparésia e 1 uma monoparésia MSE. A duração média de internamento foi de 57.4 dias (dp +/- 40.8, intervalo (19-190), a mortalidade foi de 9% (n=2). Não se encontraram diferenças estatísticas significativas quanto à identificação de microorganismo utilizando a idade (p=0.644), velocidade sedimentação (p=0.233), PCR (p=0.166) e leucocitose (p=0.147) como variáveis.

Discussão:
A nossa coorte apresenta características comuns à literatura, predominância do sexo masculino, factores de risco como diabetes mellitus, DRC e VIH estão bem estabelecidos. O alcoolismo crónico é causa de imunossupressão e aparece como novo fator de risco. A obtenção de diagnóstico microbiológico é crucial pela necessidade de antibioterapia prolongada e o potencial aumento de custos e toxicidade do largo espetro. A baixa positividade das biópsia (25%) é explicada pelo início de antibioterapia empírica. A cirurgia tem papel importante na colheita de produtos para análise microbiológica e tratamento da instabilidade ou défices neurológicos resultantes.

Conclusão:
Um alto índice de suspeita em doentes com fatores de risco conhecido

---

CL48 - **Escoliose Idiopática - Revisão de 2 anos**
Inês Quintas, André Aires Barros, Sérgio Gonçalves, Ricardo Mendes Almeida, Luís Rodrigues, Nelson Carvalho
(Hospital de Curry Cabral)

Introdução:
Os autores fizeram uma revisão dos casos de Escoliose Idiopática operados no Serviço desde Janeiro de 2010 a Dezembro de 2011, apresentando os seus resultados.

Material e Métodos:
Durante este período foram operadas 63 deformidades da coluna vertebral, das quais 47 eram escolioses idiopáticas. Em termos de distribuição por género foram operados 10 doentes do sexo masculino e 37 doentes do sexo feminino, com uma média de idade à data da cirugia de 16,45 anos. O follow-up médio foi de 28 meses. As curvas foram classificadas com base na classificação de Lenke. Foi realizada a medição do ângulo de Cobb no período pré-operatório e pós-operatório. Foi calculada a percentagem de redução. Foram determinados os tempos de internamento, tempos operatórios e as perdas hemáticas, assim como o tipo de tratamento cirúrgico e número de implantes utilizados. Foi utilizada preferencialmente a abordagem posterior para instrumentação e artrodese. Os

parafusos pediculares foram o implante preferencial. Dois doentes foram submetidos a via anterior prévia para flexibilização da curva. Foi realizada a manobra de rotação vertebral directa em 17 doentes. Em todos os casos foi utilizada monitorização neurológica através de potenciais evocados no intra-operatório.

Resultados:
O ângulo de Cobb pré-operatório era em média de 58º (40º a 90º), e o pós-operatório de 17º (0º a 45º). O tempo de internamento foi em média 6,3 dias (3 a 21). O tempo operatório médio foi de 3 horas e 30 minutos (mínimo 2h10m e máximo 6h05m) e as perdas hemáticas de cerca de 500 cc (150cc a 1200cc). Foram utilizados em média 8,5 parafusos por doente (mínimo de 2 e máximo de 14). Houve necessidade de reoperar 2 doentes, 1 por pull-out de parafusos proximais torácicos e outro por descompensação de curva torácica, no contexto de fusão lombar selectiva (curva 6C de Lenke).

Discussão:
A utilização dos parafusos pediculares permitiu-nos um melhor controlo das manobras intra-operatórias realizadas para a correcção das escolioses, em particular na desrotação da barra, na compressão e distracção e nas correcções com alavancas. Permitiu-nos, ainda, realizar a rotação vertebral directa por grupos de vértebras nos 17 casos em que se utilizou os sistemas VCM/VBD. Estas técnicas reflectiram-se numa percentagem de redução da curva de Cobb de 70,7%.

Conclusão:
A recente metodologia utilizada no nosso Serviço para o tratamento das escolioses idiopáticas tem-se revelado segura, não havendo registo de complicações graves. Os nossos resultados encontram-se em linha com os resultados de outras séries internacionais publicadas.

CL49 - **Caso Clínico – Artrite Séptica Interfacetária Unilateral – Extremamente Rara ou Extremamente Subdiagnosticada?**

Bruno Mota, Bruno Canilho, Marina Escobar, Nuno Geada, Nuno Lança, José Franco
(Hospital Nossa Senhora do Rosário)

Introdução:
A artrite séptica interfacetária (ASIF) hematogénea constitui uma entidade nosológica rara e pouco conhecida, atendendo ao escasso número de casos descritos na literatura a nível mundial. Trata-se de uma infecção localizada numa articulação interfacetária que se faz acompanhar de sintomas sobreponíveis aos de uma espondilodiscite. A dor é o sintoma mais precoce surgindo mais tarde a febre e potenciais alterações neurológicas, podendo culminar em complicações locais e/ou sistémicas. A ASIF pode ter origem hematogénea, por contiguidade, por inoculação directa ou após cirurgia da coluna.

Material e Métodos:
Reporta-se o caso clínico de uma doente do sexo feminino de 77 anos, com antecedentes pessoais de lombalgia crónica medicada com analgésicos em ambulatório e uma infecção urinária 3 semanas antes do internamento. Desencadeou-se a marcha diagnóstica após um episódio de dor aguda incapacitante, de localização lombar com irradiação pela face posterior da coxa direita e acompanhada de febre, tendo como principal suspeita uma espondilodiscite. Apenas através da ressonância magnética com injecção de contraste, foi possível determinar com a exactidão a localização do processo infeccioso. Procedeu-se ao levantamento dos dados constantes no processo clínico da doente diagnosticada com ASIF, incluindo os resultados de exames complementares de diagnóstico laboratoriais, de tomografia computorizada e de ressonância magnética com contraste. Apresentam-se os resultados das hemoculturas realizadas e da resposta clínica e serológica ao tratamento conservador, através da administração de vancomicina e meropenem durante 15 dias. O resultado da ressonância magnética de controle, realizada 3 meses após internamento, está igualmente documentado.

Resultados:
A clínica sugeriu a existência de um processo séptico lombar, com base na febre e padrão de distribuição da dor. As análises laboratoriais não revelaram leucocitose nem neutrofilia, a urocultura e hemoculturas foram negativas assim como todos os exames serológicos pedidos. A ressonância magnética realizada 20 dias após inicio de sintomas revelou alterações sugestivas de artrite séptica interfacetária L5-S1 direita com componente inflamatório/infeccioso intra-sagrado e retro-vertebral, coexistindo alterações degenerativas artrósicas interfacetárias L4-L5 bilateralmente. Após admnistração de antibioterapia endovenosa a remissão das queixas álgicas foi rápida, com recuperação da marcha, apiréxia e melhoria do estado geral. A

ressonância magnética de controle realizada 3 meses após diagnóstico excluiu a presença de qualquer processo infeccioso.

Discussão:
A etiopatogenia da ASIF e a razão da sua raridade comparativamente à espondilodiscite permanecem desconhecidas. No entanto, tendo em conta a vascularização somática, através do plexo venoso de Batson e casos relatados na literatura secundários a lesões degenerativas crónicas, podemos colocar uma hipótese para o caso clínico descrito; uma hemartrose ou alterações degenerativas interfacetárias crónicas, poderão constituir loci minoris resistentiae com risco acrescido de colonização bacteriana. Um processo inflamatório crónico na charneira lombo-sagrada pode ser alvo de infecção hematogénea, após um processo infeccioso à distância, como por exemplo: a infecção urinária da doente deste caso clínico.

Conclusão:
O caso relatado teve um diagnóstico rápido e dirigido com apoio nos meios complementares de diagnóstico mais sensíveis e específicos para este tipo de patologia. Mesmo nos casos em que não é possível isolar o agente, o inicio precoce da antibioterapia é essencial para prevenir complicações locais e sistémicas. Atendendo à percentagem de doentes com patologia degenerativa da coluna lombosagrada seria de esperar uma distribuição menos desiquilibrada entre espondilodiscite e ASIF dentro do quadro da artrite séptica. Segundo a literatura, é possível que esta pato

---

CL50 - **Clinical results of total disc replacement :5 year results with different procedures**
Jorge Mineiro, J. Cannas, L. Barroso

Introduction:
prospective study analysing midterm results of patients undergoing two types of procedures – total disc replacement alone and together with dynamic stabilization for the treatment of unremitting low back pain. To assess clinical outcomes in these two groups of patients

Material and Methods:
patients meeting the inclusion criteria were evaluated prospectively according to the Visual Analogue Scale (VAS), Owestry Disability Index (ODI) and other clinical parameters like gender, age, radiculopathy and previous operations. Postoperative improvement was recorded and analysed for influence of preoperative scoring and diagnosis.

Results:
Overall 42 patients were included with a mean follow-up of 57,7 months (47 to 67), mean age of 34,8 years and 25 patients were females. Patients were divided into three groups – Group 1 the 14 patients that underwent a total disc replacement and dynamic stabilization, Group 2 twenty four patients that were submitted to total disc replacement alone and Group 3 the four patients who had total disc replacement performed together with a fusion at an adjacent level. In groups 1 and 3 etiology was degenerative disc disease and failed back syndrome (4). Postoperatively there was a significant improvement of ODI, VAS and radiculopathy in both groups – Group 1 ODI preop.51 postop.11 and VAS preop.6,1 and postop.1,2. In group 2 ODI preop.54 postop.8 and VAS preop6,1 and postop.1,1. In group 3 ODI preop.56 postop.11 and VAS preop.6,5 and postop. 0. Under both scores , improvement was statistically significant (P<0,05). From the 21 patients with intermittent sciatica all resolved postoperatively although in one case it persisted for 2 months postoperative. 74% of our patients underwent preop. discography as part of the work up together with dynamic standing films, computed tomograms and magnetic resonance.

Conclusions:
Present study shows that total disc replacement is an alternative method of surgical treatment for unremitting low back pain in a younger age group. Male patients did persistently better all across the three groups but when we try to analyse the different groups by levels of implants the groups become even smaller and therefore due to the varying outcomes, indications for these procedures do need further investigation.

CL51 - **Artroplastia de disco cervical - resultados funcionais e radiologicos a longo prazo na prevenção da doença do disco adjacente**
Diogo Santos Robles, Sara Lima, Virginia Do Amaral, Sandra Martins, Jorge Alves, Carlos Sousa
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
Embora a descompressão e artrodese interssomática

por via anterior seja considerada o Gold Standard no tratamento da doença degenerativa da coluna cervical, está demonstrado que a fusão e consequente perda de mobilidade do segmento operado resulta numa sobrecarga mecânica dos segmentos adjacentes à fusão, dada a hipermobilidade e aumento do stresse intra-discal a que estão sujeitos. Alguns autores têm postulado que estas alterações biomecânicas poderão ser as responsáveis pelo desenvolvimento da degeneração e doença do segmento adjacente, pelo que se desenvolveu a artroplastia de disco cervical (ADC), como técnica alternativa à fusão, no sentido de preservar a mobilidade segmentar, na tentativa de diminuir a sobrecarga mecânica dos segmentos adjacentes.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo de uma série de 15 doentes submetidos a ADC entre 2005 e 2007 (5 Prestige LP® e 10 Bryan®)(follow-up médio=90,1 meses (SD=6,3)). A avaliação clinica e funcional foi realizada através do exame neurológico, Neck Disability Index (NDI), Visual Analogic Scale (VAS) para a dor axial e braquial e grau de satisfação global do doente. Imagiologicamente, foram utilizadas radiografias estáticas e dinâmicas da coluna cervical para avaliar a mobilidade do segmento operado, presença de ossificação heterotópica (OH) através da Mehren Heterotopic Ossification Grading System (MHOGS) e a degeneração dos segmentos adjacentes através da escala quantitativa proposta por Walraevens (EQW).

Resultados:
No período em estudo foram operados 18 doentes (3 perdidos no follow-up). Foram avaliados 15 doentes, 60% sexo masculino, idade média de 38,4 anos (SD=5,9) aos 18 e 90 meses de follow-up. O segmento mais afectado foi C5-C6 (67%). Clinicamente, foi obtida uma melhoria aos 18 meses do VAS axial e braquial de 4,7 e 7,7 pontos (p<0,001), respetivamente, sem agravamento de relevo (0,2 e 0,6 pontos (p>0,001)) aos 90 meses. Demonstrou-se, no entanto, um agravamento ligeiro no NDI médio final de 6,6 pontos (NDI final=21,1 pontos (p>0,001)(SD=9,1)), quando comparado com o NDI aos 18 meses. Radiologicamente, a mobilidade da ADC aos 18 meses melhorou 0,7º (mobilidade final=10,1º (p>0,001)(SD=2,6)) com um agravamento aos 90 meses de 3,4º (mobilidade final=6,7º (p<0,001)(SD=2,9)). Segundo o score de Mehren, 40% dos doentes desenvolveram OH grau II e 13% grau III. De acordo com a EQW, aos 90 meses foi observado um agravamento da degeneração do segmento superior e inferior de 0,8 (EQW final=1,6 (p<0,001)(SD=0,9)) e 0,9 (EQW final=2,3 (p<0,001)(SD=1,4)) pontos, respectivamente. Uma ADC foi convertida em fusão por migração anterior da prótese >2mm, embora sem agravamento da sintomatologia.

Discussão:
A ADC permitiu obter mobilidades médias semelhantes às descritas na literatura, bons scores funcionais e elevadas taxas de satisfação (93%), que se mantiveram ao longo do follow-up. Verificamos que a diminuição na mobilidade média se ficou a dever essencialmente aos doentes que apresentavam OH (p<0,001), sendo que os doentes com OH grau III apresentavam apenas mobilidade vestigial. Ao contrário de outros estudos, constatou-se uma ligeira diminuição na mobilidade dos doentes com OH grau II, embora sem significado estatístico (p>0,001). A presença de OH não se demonstrou preditora de piores resultados funcionais (p>0,001). Embora se tenha demonstrado um agravamento na degeneração do disco adjacente em 20 dos 30 segmentos adjacentes em estudo, o score EQW final foi em média baixo e não demonstrou correlação com a clínica ou com a OH (p>0,001). Estes resultados poderão, no entanto, dever-se à baixa idade média da nossa série, se considerarmos a hipótese de a degeneração não ser mais do que a consequência da história natural da doença discal.

Conclusão:
Embora tenha sido possível demonstrar degeneração do disco adjacente e OH no follow-up das nossas ADCs, tais factores não se correlacionaram com piores re

---

CL52 - **Abordagem das fraturas em U ou H do Sacro.**
Pedro Costa Rocha, Joana Teixeira, Joaquim Brito, Miguel Botton, António Tirado, Pedro Fernandes
(Hospital Santa Maria - CHLN)

Introdução:
As fracturas em U ou H do Sacro são fraturas caracterizadas por dissociação vertebro pélvica dada a presença da fratura horizontal do sacro permitindo o deslocamento anterior das primeiras peças sagradas. Ocorrem por traumatismo axial sendo conhecidas também por “Jumper’s fractures” e dada a sua raridade não existe ainda um amplo consenso na sua abordagem. Os autores apresentam a sua metodologia

terapêutica em três casos clínicos de fraturas em H do sacro e respectivos resultados.

Material e Métodos:
Nos últimos três anos foram tratadas três doentes do género feminino, idades 14, 34 e 80 anos, com fratura em H em 2 casos e em U em 1 caso com traço horizontal por S2S3 com ptose de S2 em 2 casos e listese >50% no terceiro caso todas com angulação cifótica. Os três casos apresentavam lesão da cauda equina com bexiga neurogénica e défices de S1 para baixo. As três fraturas foram estabilizadas com montagem lombopélvica (instrumentação de L5S1 e dois parafusos em cada iliaco, em dois casos; instrumentação L4L5 e um parafuso em cada ilíaco por via percutânea dada a idade da doente e o tempo de evolução (30 dias) no terceiro. Nos doentes mais jovens foi feita a descompressão da cauda equina. Procurando a redução parcial da cifose a fixação nos três casos foi bloqueada inicialmente no ilíaco e posteriormente fixada na coluna efetuando-se um momento de lordose com os membros inferiores.

Resultados:
A jovem com 14 anos, politraumatizada e com fractura associada de ambos os quadros obturados, apresentou uma infeção precoce com necessidade de dois desbridamentos cirúrgicos e remoção do material aos 6 meses após constatação da consolidação das fraturas. Esta doente e a de 34 anos, atualmente com 18 meses de follow up, apresentam ausência de défices neurológicos ou queixas álgicas com regresso ao desporto e atividade laboral. A doente de 80 anos, actualmente com 6 meses de evolução, tem vindo a exibir melhorias tendo resolvido por completo o quadro hiperálgico que durante o período pré-operatório impossibilitaram qualquer levante.

Discussão:
Várias são as técnicas descritas para tratar estas lesões passando pelas montagens triangulares vertebro-pélvicas ou parafusos iliosagrados percutâneos. Em nosso entender a montagem vertebropélvica confere uma excelente estabilidade permitindo um levante imediato com excelente resultado clínico como demonstra a série apresentada, apesar de radiograficamente persistir angulação significativa no sacro nos três casos. O papel da descompressão ainda não está perfeitamente esclarecido dada a melhoria constatada em doentes tratados com parafusos iliosagrados percutaneamente não tendo sido efetuada no terceiro caso também pela metodologia utilizada e pelo receio de criar uma fístula de líquor.

Conclusão:
As fraturas em H ou U do sacro devem ser encaradas como situações de dissociação entre o esqueleto axial e os membros inferiores pelo que são lesões instáveis. A fixação vertebro-ilíaca permite obter resultados excelentes em termos de estabilidade mecânica com evolução favorável dos défices neurológicos. A realização desta técnica por via percutânea deve ser encarada como extremamente promissora na abordagem precoce destas lesões no doente idoso.

CL53 - **Avaliação comportamental e histológica de um modelo animal, de rato, de rotura massiva da coifa dos rotadores**

Nuno Sevivas, Sofia Serra, Raquel Portugal, Fábio Teixeira, Miguel Carvalho, António Salgado
(Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho ICVS/3B's - Laboratório Associado)

Introdução:
As roturas massivas da coifa dos rotadores (RMCR) podem causar um ombro doloroso e pseudoparalítico onde a reparação cirúrgica é um desafio. Além disso, a cicatrização tendão-osso está seriamente comprometida porque a unidade músculo-tendinosa está retraída e associada a factores de mau prognóstico como a infiltração gorda e atrofia do músculo. Estas características fazem com que exista uma elevada probabilidade de recorrência da rotura após a cirurgia. Existe atualmente um grande interesse em novas modalidades terapêuticas, como a Medicina Regenerativa, para tentar melhorar os resultados clínicos do tratamento desta patologia. Contudo estas novas estratégias devem ser testadas previamente em ambiente laboratorial, nomeadamente recorrendo a um modelo animal adequado.

Material e Métodos:
Os objetivos deste estudo foram: (1) otimizar um modelo animal, de rato, de RMCR, que possa reproduzir a infiltração gorda e atrofia dos músculos da coifa dos rotadores, tal como acontece na prática clínica, (2) descrever os efeitos da lesão unilateral e bilateral, em termos de histologia e função. A lesão foi definida como secção de 2 tendões da coifa dos rotadores (supra-espinhoso e infra-espinhoso). Vinte e um ratos Wistar foram divididos aleatoriamente em quatro grupos: lesão bilateral (5 animais), lesão unilateral direita (5 animais), lesão unilateral esquerda (5 animais) e sham (6 animais). A análise do comportamento motor foi realizada às 16 semanas pós-lesão, em que a lesão é considerada crónica, com os testes Open-field e stair case. Após o sacrifício, a análise histológica dos músculos foi realizada, com colorações Oil-red-O e HE, para avaliar a infiltração gorda e atrofia.

Resultados:
No teste stair case, encontramos um número significativamente maior de pellets consumidos pelos animais Sham ($p = 0.0039$). Não encontrámos diferenças significativas no teste Openfield. Histologicamente, o lado lesionado teve de uma forma significativa mais alterações degenerativas quando comparado com o sham ou lado não lesado ($p < 0.05$), com uma maior constância e uniformidade no grupo de lesão bilateral.

Discussão:
As tentativas iniciais para desenvolver um modelo de rato, de RMCR, tiveram dificuldade na reprodução das alterações degenerativas associadas a esta condição. Os autores descrevem um modelo animal com secção de 2 tendões da coifa dos rotadores e que reproduz fielmente as alterações degenerativas, sobretudo quando o modelo de lesão bilateral é utilizado. Esta é a primeira vez que tal modelo animal com lesão bilateral, e sem necessidade de secção do nervo supra-escapular, é descrito.

Conclusão:
Novas abordagens terapêuticas para tratar esta patologia devem ser baseadas numa estratégia ancorada na ciência básica e testadas previamente num modelo animal, fácil de manusear e que mimetize fielmente a patologia. As alterações degenerativas encontradas, assemelham-se com precisão ao que acontece nos músculos da coifa dos rotadores humanos afectados por esta patologia. A gravidade destas alterações foi diretamente proporcional ao número de membros afectados.

CL54 - **Albumina e proteínas séricas como factores de risco independentes na Infecção da Ferida Operatória em Cirurgia Ortopédica**

Diana Henriques, Celine Marques, Ricardo Pereira, Inês Tellechea, Sofia Gama, Alexandra Resende
(Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Introdução:
As infecções de ferida operatória (IFO) em cirurgia ortopédica constituem uma preocupação persistente. Estão descritos diversos factores de risco associados, sendo fundamental o seu conhecimento e caracterização de modo a minorar a taxa de infeção pós-operatória. Foi objectivo principal deste estudo correlacionar as concentrações de albumina e proteínas séricas no periodo peri-operatório (valor médio e desvio padrão), com a incidência de IFO. Como objectivos secundários foi estudada a correlação entre os valores basais de albumina e proteínas, assim como os valores

mínimos de albumina e proteínas, com a prevalência de infecção da ferida cirúrgica no período pós-operatório.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo de coorte, prospectivo, observacional no qual foram incluídos 713 doentes consecutivos propostos para cirurgia eletiva entre Maio e Dezembro de 2012. Constituíram critérios de exclusão idade inferior a 18 anos, cirurgia em regime de ambulatório, cirurgia para resolução de infeção de ferida operatória prévia, barreira linguística ou limitação cognitiva. Como critérios de infecção de ferida operatória foram considerados: 1) sinais e sintomas de infecção (dor, eritema, rubor, deiscência de sutura, drenagem purulenta), 2) alterações laboratoriais concomitantes (aumentos dos parâmetros de reacção inflamatória) ou 3) culturas positivas até um mês após o procedimento cirúrgico. Os doseamentos de albumina e proteínas séricas foram determinados pré-operatoriamente, 2 horas e 24 horas após cirurgia. Albumina e proteínas totais pré-operatórias foram definidas como os últimos doseamentos antes da cirurgia. Todos os valores foram obtidos no mês anterior à cirurgia. A albumina e proteínas séricas pós-operatórias foram doseadas 2 horas e 24 horas após cirurgia. Definiu-se hipoalbuminémia como valor de albumina inferior a 3,5g/dL e hipoproteinémia como valor de proteínas totais inferior a 6,5g/dL. Em cada indivíduo foram calculadas as concentrações médias e o desvio-padrão de albumina e proteínas séricas. Foi também calculado o coeficiente de variabilidade para cada doente. Os valores mínimos de albumina e proteínas foram determinados como os menores valores obtidos durante o tempo do estudo. A análise univariada preliminar dos dados para determinar potenciais preditores incluiu testes paramétricos e não paramétricos. Os dados categóricos foram avaliados através do teste exacto de Fisher e teste do Qui-quadrado. As variáveis contínuas foram comparadas com recurso ao teste de Mann-Whitney ($p<0,05$). Todos os factores significativos foram incluídos numa regressão logística de variáveis múltiplas de forma a determinar o papel das características dos doentes e dos factores peri-operatórios como variáveis independentes na predição de IFO.

Resultados:
Num total de 307 indivíduos , 51,6% eram mulheres, com idade média de 59,16 ±18 anos . A incidência de IFO foi de 7,2% (24 doentes). Foi constatada hipoproteinémia pré-operatória em 33 doentes (11%). Em análise univariada, o valor de albumina média apresentou diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$), relacionando-se com a incidência de IFO. Em regressão logística binária, o valor médio de albumina ($p=0,05$), a duração de cirurgia ($p=0,025$) e a transfusão sanguínea intraoperatória ($p=0,025$) apresentaram relação com a incidência de IFO.

Discussão:
Os resultados obtidos demonstram a importância do estado nutricional dos doentes previamente à cirurgia, assim como o seu impacto nas complicações pós-operatórias. A albumina sérica constitui um factor preditivo independente para o desenvolvimento de infeção, sendo fundamental a sua optimização no período peri-operatório. Deste modo, poderemos contribuir de forma a minimizar complicações infecciosas, permitindo maximizar o resultado final da cirurgia ortopédica.

Conclusão:
O valor médio de albumina é um factor preditivo independente de IFO. A duração da cirurgia e a

---

CL55 - **Factores de crescimento na regeneração condral em modelo animal**
Nuno Ribeiro,
(British Hospital)

Introdução:
As lesões condrais não curam espontâneamente na cartilagem adulta, sendo um dos maiores desafios na prática do cirurgião ortopédico. Nas últimas décadas uma das alternativas no tratamento das lesões condrais e osteocondrais tem sido o transplante autólogo de condrócitos , com resultados bem estabelecidos. Os factores de crescimento plaquetários têm sido utilizados com o objectivo de tentar aumentar a proliferação celular e de estimular a cicatrização tecidular. O presente estudo tentou conjugar estas duas técnicas e avaliar a utilidade do uso dos factores de crescimento plaquetários em conjunção com o transplante autólogo de condrócitos, num modelo animal

Material e Métodos:
Trinta e seis lesões osteocondrais com 10x5 mm foram criadas nos condilos femorais de 12 ovelhas obtidos de centro nacional certificado (INRB - Centro de Actividades da Fonte Boa, ex-Estação Zootécnica Nacional, Vale de Santarém). 3-4 semanas depois e após

proliferação em laboratório, foi colocado no defeito um implante tridimensional de condrócitos e fibrina (ACI), sendo que em 12 dos defeitos o implante foi embebido e recoberto com factores de crescimento plaquetários previamente extraídos de 60 cc de sangue do animal. Os animais foram sacrificados seis meses após o implante e o estado da cartilagem foi estudado macro e microscopicamente.

Resultados:
A avaliação macroscópica evidenciou uma boa integração do implante em 83% dos casos, com preenchimento do defeito. Dos defeitos controlo (12) nenhum apresentou cicatrização. No grupo tratado apenas com ACI a superficie de cartilagem regenerada apresentava-se significativamente mais regular e microscopicamente a qualidade do tecido cartilagíneo foi superior.

Discussão:
A lesão da cartilagem é um problema habitual na prática ortopédica de dificil tratamento e cujos resultados são habitualmente incompletos e transitórios. A investigação tem tentado melhorar os resultados deste tratamento, quer com a fabricação de implantes que tentam mimetizar o ambiente ideal para a proliferação celular, quer com a utilização de factores que influenciem positivamente esta proloferação. Os factores de crescimento plaquetários têm sido utilizado para este propósito, mas nem sempre com fundamentação científica.

Conclusão:
O transplante autólogo de condrócitos tem sido utilizado nas últimas décadas no tratamento de lesões da cartilagem, em resposta a um crescente número de doentes com lesões osteocondrais, e apresenta resultados bem estabelecidos e reproductíveis. A evolução para a utilização de um implante 3D de cola de fibrina envolvendo as células, é uma forma segura e eficaz de promover a proliferação e a rediferenciação celular. A conjunção desta técnica com a utilização de factores de crescimento plaquetários parece ser de utilidade discutível e necessita de ulteriores estudos.

CL56 - **PAPEL DA NAVEGAÇÃO ASSISTIDA NA CORREÇÃO DE DEFORMIDADES ANGULARES DO JOELHO POR OSTEOTOMIA**

Pedro Miguel Marques, Filipe Duarte, Frederico Raposo, António Sousa, Luis Valente, Dragos Popescu (Hospital Clinic)

Introdução:
As osteotomias em torno do joelho para correção de deformidades angulares continuam um desafio na cirurgia ortopédica, pela dificuldade objectiva na correção no plano coronal sem alterações nos restantes planos. A utilização da navegação tem sido sugerida como uma vantagem no controlo tridimensional destas osteotomias. O objectivo do estudo foi determinar o papel da navegação no resultado final das osteotomias em torno do joelho.

Material e Métodos:
Material e Métodos Estudo retrospectivo de doentes com deformidades angulares do joelho submetidos a osteotomia tibial de natureza traumática ou degenerativa entre 2002 e 2012, com período médio de follow-up de 47 meses. As osteotomias foram fixadas com placa Tomofix e os defeitos preenchidos com aloenxerto. Registou-se o eixo mecânico pré e pós operatório em dois grupos de doentes: A-com navegação (13) e B-sem navegação (6).Determinou-se a variação do eixo mecânico entre o pré e pós-operatório e determinando-se a influência da navegação no mesmo. Realizamos avaliação estatística em SPSS V 20.0 ®, assumindo significância para p <0,05.

Resultados:
No grupo A: 62% das deformidades de causa pós-traumática, sendo 38% de causa degenerativa; a deformidade pré-operatória média era de 8º da varo (variando de 12º de valgo até 25º de varo); obteve-se um eixo médio de 0º (neutro) no pós-operatório, variando entre de 3º de valgo e 3ºde varo. No grupo B: 84% das deformidades de causa pós-traumática, sendo 16% de causa degenerativa; a deformidade pré-operatória média era de 7º varo (variando de 12ºvalgo até 13º varo); obteve-se um eixo médio de 2º de varo no pós-operatório (4ºvalgo-6ºvaro). Não encontramos diferenças com significado estatístico entre os grupos, no que concerne à correção do defeito angular. Em todos os doentes verificamos consolidação das osteotomias.

Discussão:
Do ponto de vista teórico e segundo os seus seguidores a osteotomia com auxílio de navegação permite um controlo permanente do eixo mecânico durante todo o acto cirúrgico, possibilitando uma melhor correção. O nosso estudo não demonstra contudo uma clara

vantagem na utilização da navegação na obtenção de melhores resultados em termos de alinhamento no plano coronal.

Conclusão:
Os autores recomendam a realização de estudos prospectivos e randomizados de forma a podermos perceber as vantagens da utilização da navegação nas osteotomias em torno do joelho.

CL57 - **Artroplastia total do joelho e Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica – estudo prospectivo cohort de 209 casos.**

Artur Antunes, António Sousa, Filipe Duarte, Frederico Raposo, Luis Valente, Paulo Oliveira
(Centro Hospitalar São João EPE)

Introdução:
A síndrome de resposta inflamatória sistémica (SIRS) é uma resposta "fisiológica" a várias noxas: neoplasias, trauma grave, infeção, queimaduras, agressão química ou cirurgica. A sua desregulação está relacionada com complicações mais ou menos graves, particularmente de natureza séptica. No trauma grave são vários os estudos que correlacionam a evolução do SIRS com prognóstico negativo e os procedimentos cirúrgicos como factor de agravamento. Também as cirurgias complexas isoladas são referidas como causa de SIRS. Os objetivos deste estudo foram: avaliar a incidência de SIRS após artroplastia primária do joelho (ATJ) e a sua relação com complicações no internamento, complicações de ferida cirúrgica e infeção aguda.

Material e Métodos:
Estudo prospectivo de cohort com avaliação de 209 artroplastias primárias do joelho realizadas em 2012. Foram excluídos 12 doentes por não apresentarem os dados necessários para este estudo. Avaliamos o desenvolvimento de SIRS entre as 24 -48horas após ATJ. Consideramos dois grupos de doentes: 62 com SIRS (GS); 135 sem SIRS (GC). Registamos as seguintes variáveis: idade, género, índice de massa corporal (IMC) e comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensão arterial, patologia cardíaca, dislipidemia, patologia respiratória, patologia venosa, patologia tiroideia, tabagismo e alcoolismo). Definimos como variáveis alvo (prognóstico negativo): desenvolvimento de complicações no internamento, tempo de internamento, complicações de ferida cirúrgica e infeção aguda. Estudamos a correlação entre as variáveis e a existência de SIRS com as variáveis alvo. A análise estatística foi realizada em SPSS V 20.0 ®, assumindo significância para $p < 0,05$.

Resultados:
Quanto à média de idade e género verificamos: GS-67,0±7,6 anos e 82,% sexo feminino; GC-68,1±6,8 anos e 84% sexo feminino. Na distribuição de comorbilidades: nenhuma (GS-40,3%: GC-41,5%), 1-2 (GS-46,8%: GC-45,2%), 3-4 (GS-11,3%: GC-8,9%), >4 (GS-3,2%, GC-3,7%). Tempos de internamento: GS-6,4±3,3 dias; GC 3,6±1,0 dias. Registaram-se 43 complicações no internamento (GS -74,4%: GC-25,6%), 17 complicações de pele (GS-88,2 %, GC-11,8%) e 2 infeções agudas (até 4sem) com recurso a cirurgia (GS-100%). Não verificamos correlação entre idade, género e as diferentes comorbilidades isoladas (ou em associação das mesmas) com SIRS. Encontramos uma relação muito significativa entre SIRS e desenvolvimento de complicações no internamento ($p<0,0001$), complicações de pele ($p<0,0001$), tempo de internamento ($p<0,0001$) e diagnóstico de infeção aguda ($p<0,0001$).

Discussão:
A desregulação do SIRS após procedimentos cirúrgicos complexos em trauma e oncologia, associada a complicações, está demonstrada na literatura: em politraumatizados (Menger et al. 2009; Bochicchio et al. 2002) e doentes oncológicos (Mocart et al. 2005; Velasco et al. 1996). Na ausência de um factor prévio como trauma ou doença oncológica a literatura é pouco esclarecedora quanto ao efeito da cirurgia no aparecimento do SIRS e evolução para complicações, sendo que o nosso estudo é único neste âmbito. Contrariamente a outros trabalhos, género e comorbilidades não estão correlacionadas com desenvolvimento de SIRS. Pelo contrário, o diagnóstico precoce de SIRS neste grupo de doentes, tem relação com maior tempo de internamento, maior incidência de complicações e de eventos sépticos definidos como complicações da ferida e infecção aguda.

Conclusão:
A monitorização do SIRS nas primeiras 24-48 horas, aparentemente é um factor discriminador de potenciais complicações, incluindo as sépticas, nos doentes submetidos a ATJ.

CL58 - **Relação entre a elevação dos valores de glicemia com complicações pós-operatórias em artroplastia total do joelho**

Pedro Miguel Marques, Frederico Raposo, António Sousa, Diego Reátegui, Dragos Popescu, Luis Lozano
(Hospital Clinic)

Introdução:
A diabetes encontra-se associada a um maior número de complicações pós-operatórias. Recentemente estudos clínicos demonstraram que a elevação da glicemia, em doentes diabéticos como não diabéticos, no pré e no período intraoperatório, está relacionada com maior número de complicações pós-cirúrgicas. O objectivo deste estudo é encontrar a relação entre a elevação da glicemia pré, peri e pós-operatória e a presença de complicações no 1º ano pós-cirurgia.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, de todos os doentes submetidos a artroplastia total joelho entre 2010 a 2011. Avaliou-se a presença de diabetes (tipo e medicação), os valores de glicemia pré-cirúrgica (2 meses antes), intra-operatória e pós-operatória (1ªs 24h) e as complicações ocorridas durante o 1º ano follow-up após cirurgia.

Resultados:
839 doentes cumpriram os requisitos propostos, não se tendo encontrado relação estatisticamente significativa entre a glicemia pré e intra-operatória e a ocorrências de complicações no 1º ano de follow-up. Contudo verificou-se relação com relevância estatística entre o aumento da glicemia pós-operatória e complicações no 1º ano follow-up (infecção profunda e superficial do local cirúrgico e cirurgia de reintervenção).

Discussão:
O maior número de complicações verificou-se sobretudo nos doentes que apresentaram valores aumentados de glicemia no pós-operatório imediato, tendo tido relevância estatística. Tanto os doentes diabéticos ou como os não diabéticos, apresentaram complicações quando ocorria elevações da glicemia pós-operatória, tornando importante a monitorização glicémica em todos os doentes.

Conclusão:
A monitorização dos valores glicémicos tanto no pré como no pós operatório é muito importante, de forma a podermos reduzir a taxa de complicações no pós-operatório, devendo ser efectuado tanto em diabéticos como em não diabéticos.

CL59 - **Influência da correcção da distorção radial em cirurgia artroscópica: estudo experimental**

Rui Duarte, Nuno Vieira Ferreira, Armando Mónica, Fernando Fonseca, Manuel Vieira Da Silva, Jorge Correia-pinto
(Hospital de Braga)

Introdução:
Os sistemas de vídeo utilizados habitualmente em artroscopia fornecem ao cirurgião um imagem bidimensional (2D HD), limitando informação adicional acerca de profundidade espacial. A recente introdução da endoscopia 3D visa melhorar a noção de profundidade mas, apesar das vantagens evidentes da estereoscopia na eficiência dos procedimentos cirúrgicos, ainda não se testemunhou um progresso da técnica para sistemas de vídeo artroscópicos. O objectivo deste estudo consiste na avaliação da performance do cirurgião na execução de procedimentos artroscópicos standardizados utilizando um sistema de correcção da distorção radial, em comparação com imagem convencional, relativamente à precisão e qualidade final do procedimento.

Material e Métodos:
Foi desenhado um estudo experimental comparativo no qual doze cirurgiões ortopédicos com treino básico em artroscopia realizaram um conjunto de procedimentos artroscópicos estandardizados em 2 postos de trabalho – com ou sem sistema de correcção da distorção radial. Durante os procedimentos foram sujeitos a uma avaliação objectiva do procedimento realizado, tendo sido utilizada uma adaptação da escala Global Rating Scale (University of Connecticut). Foram avaliados 4 universos: manobra dos instrumentos, percepção de profundidade, eficiência e qualidade final do procedimento. Foram também preenchidos questionários para uma avaliação subjectiva sobre a percepção da dimensão e profundidade do campo de visão. Para análise do questionário subjectivo utilizou-se o Teste de McNemar, enquanto que para a análise objectiva foi utilizado o Teste de Homogeneidade Marginal. O nível de significância utilizado foi o unilateral, obtido por métodos exatos, com um valor critério de 0.05.

Resultados:
Após análise estatística, verificou-se que a utilização do sistema de correcção da imagem está associada à percepção de um maior campo de visão (p=0.031) e de maior profundidade de campo (p=0.035) por parte dos formandos (sem que, no entanto, seja perceptível a existência de um procedimento de correcção de imagem (p=0.188)). Relativamente à avaliação objectiva, verificou-se que a correcção da imagem está associada a uma melhor classificação pelos formadores nos 4 critérios considerados: manobras de instrumentos (p=0.008), percepção da profundidade (p=0.001), eficiência (p<0.001) e qualidade final (p=0.003).

Discussão:
Com a introdução da correcção da distorção radial, foi possível verificar a percepção de um maior campo de visão e profundidade de campo por parte dos cirurgiões. Paralelamente verificou-se um incremento na avaliação objectiva da qualidade dos procedimentos. Trata-se do primeiro estudo experimental laboratorial sobre esta temática e apesar do número reduzido de sujeitos o estudo apresenta significância estatística com indicadores significativos nos parâmetros analisados.

Conclusão:
Os dados apontam para a existência de efeitos benéficos da correcção da imagem com um incremento objectivo na qualidade e precisão dos procedimentos cirúrgicos por artroscopia.

CL60 - **Influência das partículas não poliméricas na inflamação associada à falha de implantes da anca metal-polietileno**

Daniel Vasconcelos, Manuel Seara, Nuno Neves, António Mateus, Rui Pinto, Mário A. Barbosa
(INEB - Instituto de Engenharia Biomédica)

Introdução:
O descolamento asséptico é a principal causa de falha dos implantes da PTA. As partículas de polietileno geradas pelas próteses metal-polietileno (M/P) levam à inflamação e consequente osteólise. Por outro lado, as partículas e os iões metálicos estão geralmente associados à citotoxicidade ou a reações de hipersensibilidade nos tecidos periféricos às próteses metal-metal. Recentemente, foram reportados diversos casos de metalose em doentes com par articular M/P. A resposta biológica associada à presença simultânea de partículas poliméricas, metálicas e cerâmicas não é completamente conhecida. O presente trabalho procura caracterizar os efeitos das partículas metálicas e cerâmicas, libertadas por implantes M/P, na inflamação dos tecidos peri-implante.

Material e Métodos:
Doentes submetidos a revisão de PTA por descolamento asséptico, entre Setembro/2011 e Maio/2013. Estudo em 19 doentes, 13 mulheres e 6 homens, média de idades de 69 anos. Todos os doentes apresentavam par articular M/P, 14 PTA cimentadas e 5 não cimentadas. Recolhidos tecidos da cápsula, da sinovial e das interfaces femoral e acetabular, e os implantes. Tecidos fixados em formalina e embebidos em parafina para análise histológica. Realizadas as colorações hematoxilina e eosina e tricómio de Masson para avaliação da morfologia do tecido e fibrose. Adicionalmente foi realizada a marcação por imunohistoquímica de macrófagos (CD68), linfócitos T (CD3) e B (CD20). Presença de partículas poliméricas avaliada através de microscopia com luz polarizada. Deposição de elementos metálicos nos tecidos verificada por coloração de Perls e microscopia electrónica acoplada com sistema de espectroscopia de energia dispersiva (EDS). Implantes recolhidos analisados macroscopicamente e por ME tendo em vista potenciais processos de abrasão e corrosão.

Resultados:
Foram identificados achados histológicos de exposição excessiva a elementos metálicos em 5 dos 19 doentes. Dos 5 doentes, 2 apresentaram número aumentado de linfócitos T e B e ligeira diminuição na prevalência de macrófagos. Os mesmos tecidos apresentaram grandes quantidades de partículas ricas em ferro, embora macroscopicamente estes tecidos não exibissem sinais de metalose. Nos 2 doentes havia sinais de abrasão na interface cabeça-colo. Os tecidos dos restantes 3 doentes, 2 dos quais com implantes não cimentados, mostraram sinais de metalose, regiões de necrose assim como acumulação de partículas metálicas no interior dos macrófagos. Nos tecidos dos doentes com implantes cimentados (14/19) foi detectada uma concentração considerável de partículas de zirconia (ZrO_2) ou sulfato de bário ($BaSO_4$). As partículas de ZrO_2 apresentaram, em alguns doentes, uma co-localização com os depósitos de ferro.

Discussão:
O estudo procurou avaliar a influência que as partículas metálicas e cerâmicas poderão ter na inflamação associada à falha dos implantes. Em 14 dos doentes, as

partículas de polietileno induziram uma resposta de corpo estranho mediada por macrófagos. Contudo, foram detectadas partículas de ZrO2, provenientes do cimento, no interior dos macrófagos. O contínuo estímulo das partículas de ZrO2 em simultâneo com o polietileno poderá contribuir para perpetuar a inflamação crónica associada à osteólise. Foi apresentado quadro de hipersensibilidade ou citotoxicidade por elementos metálicos em 5 doentes. A libertação de partículas e iões metálicos em próteses M/P ocorre mesmo sem sintomatologia. Os casos com aumento do número de linfócitos parecem indicar uma hipersensibilidade ligeira. Os 3 doentes com níveis mais elevados de partículas metálicas apresentavam eventos histológicos associados a efeitos citotóxicos.

Conclusão:
A acumulação simultânea de elementos metálicos e cerâmicos parece ocorrer em tecidos periféricos a próteses M/P. Os produtos de degradação metálicos poderão induzir respostas inflamatórias como a hipersensibilidade ou mesmo a necrose dos tecidos

---

CL61 - **Avaliação dos níveis de Vitamina D na população geriátrica – um estudo prospectivo**

João Sarafana, R. Correia Domingos, Gonçalo Viana, Hermengarda Azevedo, Fernando Xavier, Carlos Evangelista
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
O envelhecimento populacional origina desafios no tratamento de doentes Ortopédicos. A população geriátrica apresenta diminuição da agilidade e da acuidade sensorial, assim como alta prevalência de osteoporose, com diminuição do capital ósseo e degeneração da microarquitectura óssea, originando maior taxa de fracturas. A vitamina D é obtida principalmente por produção endógena após exposição cutânea a raios UV-B, sofrendo activação hepática e renal. Promove a absorção intestinal de cálcio e a remodelação óssea, sendo usado como coadjuvante no tratamento da osteoporose e recomendada a sua administração em doentes idosos com fracturas proximais do fémur. Tem efeito preventivo na síndrome de fragilidade, diminuindo a taxa de quedas. Realizámos um estudo prospectivo para caracterização dos níveis de vitamina Dl na população geriátrica.

Material e Métodos:
Foram avaliados 139 doentes com idade superior a 65 anos e internamento superior a 3 dias, nos períodos entre Janeiro de 2012 e Setembro de 2012 e entre Janeiro de 2013 e Março de 2013. A idade média dos doentes avaliados foi 77,1 anos. 95 (68,3%) eram do sexo feminino. 43 doentes (30,9%) tinham patologia traumática, 96 (69,1%) tinham patologia degenerativa. 65 (46,8%) doentes foram avaliados entre Janeiro de 2012 e Março 2012 ou Janeiro de 2013 e Março de 2013. 74 (53,2%) doentes foram avaliados entre Abril 2012 e Setembro 2012. Foi realizado o doseamento de vitamina D hidroxicalciferol em todos os doentes. Foi usado um só laboratório com o mesmo método de doseamento e os seguintes valores de referência: deficiência < 10 ng/ mL; insuficiência 10-30 ng/mL; suficiência 30-100 ng/mL; toxicidade > 100 ng/ mL. Dos doentes avaliados, 86 (61,9%) apresentavam insuficiência de vitamina D, 52 (37,4%) apresentavam deficiência de vitamina D e 1 (0,7%) apresentava suficiência. O valor médio de vitamina D nos doentes do sexo feminino foi 12,55 ng/mL e no sexo masculino 14,75 ng/mL. O valor médio de vitamina D nos doentes com patologia traumática foi 12,4 ng/mL e nos doentes com patologia degenerativa foi 13,8 ng/mL O valor médio de vitamina D avaliado nos meses de menor exposição solar (Janeiro-Março) foi 12,36 ng/mL e nos meses de maior exposição solar (Abril-Setembro) foi 14,58 ng/mL.

Resultados:
Dos doentes avaliados, 86 (61,9%) apresentavam insuficiência de vitamina D, 52 (37,4%) apresentavam deficiência de vitamina D e 1 (0,7%) apresentava suficiência. O valor médio de vitamina D nos doentes do sexo feminino foi 12,55 ng/mL e no sexo masculino 14,75 ng/mL. O valor médio de vitamina D nos doentes com patologia traumática foi 12,4 ng/mL e nos doentes com patologia degenerativa foi 13,8 ng/mL O valor médio de vitamina D avaliado nos meses de menor exposição solar (Janeiro-Março de 2012 e 2013) foi 12,36 ng/mL e nos meses de maior exposição solar (Abril-Setembro de 2012) foi 14,58 ng/mL.

Discussão:
A deficiência de vitamina D foi mais marcada nos meses de menor exposição solar, com provável relação com a via de síntese endógena. A existência de défice maior em mulheres e doentes de trauma encontra-se documentada. A associação com patologia traumática poderá relacionar-se com o papel documentado da vitamina D na prevenção de quedas e do síndrome de fragilidade, dado não estar definida na literatura uma

associação directa com taxa de fracturas. Destacamos a presença de insuficiência generalizada e transversal na amostra avaliada.

Conclusão:
O estudo efectuado revelou uma taxa de deficiência de vitamina D na população geriátrica superior à apresentada em estudos internacionais. Esta poderá representar um problema epidemiológico emergente no contexto de envelhecimento populacional e aumento de incidência de osteoporose. Consideramos necessários novos estudos neste campo para avaliação da relação entre vitamina D e osteoporose, nomeadamente com avaliação de taxa de osteoporose com recurso a densitometria ou índice FRAX.

CL62 - **Parâmetros morfometricos de S1 e sua implicação na instrumentação do sacro**

Filipa De Freitas, Manuel Santos Carvalho, Eurico Monteiro, André Pinho, Francisco Serdoura, Vitorino Veludo
(Hospital São João)

Introdução:
A fusão lombosagrada e a instrumentação do sacro são procedimentos comuns para várias doenças da coluna vertebral. Os parafusos em S1 podem ser inseridos na asa sacro (anterolateralmente) ou no promontório (anteromedialmente). A orientação anteromedial dos parafusos, em oposição à anterolateral tem vantagens biomecânicas: o parafuso é maior e o promontório apresenta maior densidade mineral óssea. É necessário ter conhecimentos anatómicos de modo a evitar um mau posicionamento dos parafusos e a suas complicações. As diferenças anatómicas entre as várias populações étnicas são conhecidas. O objectivo deste estudo centra-se na morfometria detalhada de S1, de modo a melhorar conhecimentos anatómicos da população portuguesa, nos parâmetros cirúrgicos relevantes.

Material e Métodos:
Estudo populacional da morfometria de S1 na população portuguesa. Foram seleccionadas 100 exames de TC lombosagrada no nosso Hospital entre Janeiro de 2011 a Janeiro de 2012. Todos os indivíduos são cidadãos portugueses com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos. As medidas foram feitas numa única vezes por um observador e foram feitas em imagens já calibradas, em milímetros e arredondadas para 1 casa decimal, e executadas com a resolução corrigida na imagem TC. Efectuaram- se 21 medições em S1, em cada doente, entre parâmetros lineares e angulares, com medidas à esquerda e à direita, sempre que aplicável. Todas as medidas são apresentadas como média e ± desvio padrão.

Resultados:
No plano axial, verificamos que a medida do parafuso anteromedial e ângulo do mesmo seriam em média de 53, 76 ± 4,28 e 31.73º± 3,5, respectivamente; o parafuso anterolateral e respectivo ângulo de 34, 08 ± 4,86 2 e de 54,19 º ± 8,39; o parafuso postero- anterior pode ter em média 26,92 ± 3,28. O pedículo direito tem em média 10,22± 3,65 e o esquerdo 11,62 ± 3,43; S1 tem em média 113, 22 ± 6,01 de comprimento transverso; 67,94 ±5,77 de comprimento anteroposterior; o diâmetro antero-posterior e transverso do canal foram 15,86 ± 2,81 e 33, 70± 2,97, respectivamente. No plano sagital a altura pedículo direito e esquerdo foram 10,12 ± 1,83 e 11,65 ± 3,41, respectivamente; o ângulo do pedículo direito e esquerdo de 21, 06 ±3,44 e 21, 42 ± 3,60 respectivamente. No plano coronal, o espaço interforaminal apresenta em média 52,26 ± 3,36.

Discussão:
Os medições obtidas são mais úteis para a clínica, quando comparadas com as dos estudos em cadáver, por exemplo. Em média os parafusos anteromediais podem ter 53, 75 ± 4,28 mm enquanto os anterolaterias 34, 08 ± 3,28 mm. No estudo de Arman e al a distancia anteromedial era 51mm. Em média as mulheres tem comprimento anteromedial de 52, 15 ±3,54 mm enquanto homens tem 56,16 ± 4,78 mm. A altura de S1 foi 10,92 ± 2,63, esta distância reflete o limite vertical, sem riscos, na colocação parafuso em S1. A média do diâmetro sagital e transversal do canal vertebral foi respectivamente de 15,41± 2,34 mm e 32,98 ± 2,53 mm mulheres e de 16,53±3,39 mm e 34,77± 3,33 mm no homem. A média do comprimento do espaço interforaminal foi de 52, 26± 3,36 mm e a média do parafuso anteromedial foi de 53, 75± 4, 28 mm, muito semelhantes, tal como o obtido no estudo de Okutan. Assim, a distância interforaminal poderá ser utilizada para determinar o comprimento deste parafuso.

Conclusão:
Os avanços tecnológicos levam a um aumento do número e tipos de procedimentos cirúrgicos na região do sacro, pelo que é essencial conhecer a morfometria de S1, a mais instrumentada do sacro, diminuindo assim

o mau posicionamento dos parafusos e as suas complicações.

CL63 - **Uso de um método de imagem 3D para inferir as propriedades mecânicas do ligamento cruzado anterior**

Miguel Marta, Bruno Correia, Mário Fernandes, Rui Guedes, Rui Pinto
(São João)

Introdução:
A lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) é muito comum, particularmente em atletas e praticantes de desporto que envolvam movimentos de rotação do joelho. Para o diagnóstico das lesões agudas do LCA é importante uma história clínica detalhada e exame físico completo, sendo que os exames de imagem surgem como um complemento fundamental. Neste contexto, a ressonância magnética (RM) surge como o método de imagem mais útil para o diagnóstico deste tipo de lesões, consistindo num exame não-invasivo e preciso para o diagnóstico da lesão do LCA. As propriedades mecânicas (distensibilidade, módulo de elasticidade, ponto de ruptura) do LCA são passíveis de ser estudadas laboratorialmente. É no entanto um método invasivo e potencialmente destrutivo, pelo que há vantagem em ser substituído por um método não invasivo. Este trabalho de investigação tem por objetivo a definição de um modelo matemático do LCA, sua conjugação com os dados mecânicos obtidos laboratorialmente e correlação de ambos, de forma a poder inferir as propriedades mecânicas através de um método não invasivo.

Material e Métodos:
Na elaboração do estudo foram utilizadas 20 articulações diferentes de cadáver para a obtenção das características mecânicas do LCA e aplicação das mesmas a um modelo matemático de joelho com LCA. As características mecânicas do LCA foram obtidas por dissecção anatómica do mesmo em modelo cadavérico, seguidas de análise de deformidade e distensibilidade do LCA em diferentes graus de flexão do joelho. Os dados experimentais foram introduzidos num modelo matemático do joelho obtido anteriormente através de um estudo por RM de joelhos. Utilizou-se um software de reconstrução tridimensional, transformando imagens bidimensionais num modelo tridimensional. O software de reconstrução tridimensional parte de parâmetros de entrada como densidade média, contorno e opacidade. Obtiveram-se imagens do LCA assim como das estruturas ósseas pretendidas, através do isolamento respectivo dos componentes "fatia a fatia". Posteriormente, recorreu-se ao software Materialise Mimics® para realizar a seleção e reconstrução tridimensional do LCA e das partes ósseas de interesse para o estudo das suas propriedades.

Resultados:
A obtenção laboratorial das propriedades mecânicas do LCA demonstrou ser um processo difícil e moroso, de muito limitada aplicação clínica. A aplicação das características obtidas no modelo matemático do joelho demonstrou uma correlação positiva no que respeita ao modelo de ruptura do LCA.

Discussão:
A necessidade de trabalhar com um modelo tridimensional do joelho, para aplicação correcta de forças, levou à realização de um processo de obtenção de dados de 2 fontes. Um morfológico, a partir de imagens de RM, e outro mecânico, a partir de dados laboratoriais. O modelo matemático do joelho, obtido a partir dos dados morfológicos da RM, é incompleto sem o conhecimento das características mecânicas das diferentes estruturas do joelho. A partir dessa adição dispomos de um modelo matemático completo, que permite o estudo de aplicação de forças, deformação e mesmo ruptura dos componentes do joelho, o que permite não só o estudo das causas da ruptura mas também a optimização das técnicas de tratamento.

Conclusão:
A definição de um método optimizado de tratamento das lesões do LCA, do tipo de substituto ligamentar a utilizar e do protocolo de reabilitação a seguir necessita um conhecimento correcto das características do LCA. Essas características podem ser obtidas experimentalmente, por um método invasivo. A validação de um método não invasivo como uma forma de obter os mesmos dados permite maior facilidade no manuseio destas lesões e é um 1º passo para a validação de uma solução de substituição do LCA por um ligamento artificial.

CL64 - **Impacto da re-infusão de sangue autólogo na necessidade de transfusão de sangue alogénico após Artroplastia Total do Joelho: resultados de um ensaio clínico controlado e randomizado**

Sara Machado, Paulo Ribeiro De Oliveira, Manuel Seara, António Matos Coutinho, Isabel Almeida Pinto, Rui Pinto
(centro hospitalar de s. joão)

Introdução:
A Artroplastia Total do Joelho (ATJ) é um procedimento comum no universo ortopédico, sobretudo numa população progressivamente mais envelhecida. Associa-se a perdas sanguíneas substanciais, com prevalências de transfusão relatadas em estudos internacionais de 20-50%. Apesar da implementação de medidas que visam diminuir o risco de transmissão infeciosa com a transfusão de sangue alogénico, esse risco não é nulo. A transfusão de sangue de dador foi também associada a aloimunização, imunomodulação, maiores taxas de infeção pós operatória, estadias hospitalares prolongadas e custos globalmente aumentados. Cada unidade de sangue tem um custo aproximado de 164 euros e cada teste de compatibilidade sanguínea entre recetor/dador um custo de 38 euros. Foram relatadas complicações em 10-20% das transfusões, dependendo das séries. Estes fatores resultaram na pesquisa de técnicas capazes de reduzir o número de transfusões de sangue alogénico, como é o caso dos sistemas de recuperação de sangue autólogo. Foi objetivo deste estudo avaliar a segurança e a eficácia da utilização de recuperadores de sangue autólogo após Artroplastia Total do Joelho na redução da necessidade de transfusão de sangue alogénico.

Material e Métodos:
Entre Janeiro e Maio de 2013 selecionaram-se os doentes com gonartrose propostos para ATJ, a serem intervencionados pela mesma equipa cirúrgica e com recurso ao mesmo tipo prótese. Doentes com anemia ou distúrbios da coagulação foram excluídos. Efetuou-se um ensaio clínico randomizado e controlado. Formou-se um grupo A submetido à colocação de um recuperador de sangue autólogo que permite a recolha, filtragem, lavagem, centrifugação e re-infusão do sangue perdido pelo local cirúrgico nas primeiras 6h pós operatórias, e um grupo B de controlo sem recuperador. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o software IBM SPSS statistics 20 e foi definido um valor de $p<0,05$ para avaliação da significância.

Resultados:
Caraterísticas como idade, género, índice de massa corporal, valor de hemoglobina prévia, tempo cirúrgico e perdas sanguíneas pós-operatórias são similares em ambos os grupos. 90% dos doentes são do sexo feminino, com uma idade média de 65 anos [62-73] e com um valor prévio de hemoglobina média de 13,7 g/dl [12,8-14,5]. O grupo A recebeu 500±215 ml de sangue autólogo. Nenhum doente no grupo A necessitou de transfusão de sangue alogénico, contrariamente a 40% dos doentes no grupo B. Foi encontrada em relação à re-infusão de sangue autólogo uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,037$) entre o grupo de casos e o de controlos. A descida no valor da hemoglobina foi de 2±1,1 g/dl no grupo A e 3,7±3g/dl no grupo B, com um valor médio de hemoglobina às 24h de 12 g/dl e 9,4 g/dl respetivamente. Não foram registados efeitos adversos com a administração do sangue autólogo. Todos os doentes demonstraram preferência pelo recurso ao recuperador de sangue autólogo em relação à eventual necessidade de sangue alogénico.

Discussão:
As complicações reconhecidamente associadas à transfusão de sangue alogénico conduziram à busca por novas técnicas que permitissem a redução da necessidade dessas transfusões, como é o caso dos sistemas recuperadores de sangue autólogo. Contudo dúvidas surgiram quanto à sua eficácia e segurança. Os resultados obtidos neste ensaio clínico, controlado para diversos factores peri-operatórios, demonstraram um risco substancialmente menor para transfusão de sangue alogénico nos doentes submetidos a ATJ com re-infusão de sangue autólogo, que simultaneamente aparenta ser um método seguro, sem registos de qualquer reação adversa.

Conclusão:
A transfusão do sangue autólogo recuperado na ATJ é um método seguro, capaz de reduzir a necessidade de transfusão de sangue alogénico, reduzindo custos, complicações decorrentes da transfusão de sangue alogénico e a demanda por reservas de sangue, tão preciosas quanto escassas.

CL65 - **Impacto da hiperglicemia na Infecção da Ferida Operatória (IFO) em Cirurgia Ortopédica**
Diana Henriques, Ricardo Pereira, Celine Marques, Inês Tellechea, Rita Santa Bárbara, Alexandra Resende
(Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Introdução:
As infecções da ferida operatória (IFO) são as infecções nosocomiais mais comuns em doentes cirúrgicos, sendo responsáveis por 38% das infecções em contexto

hospitalar. Estudos prévios demonstraram que a IFO em cirurgia ortopédica está relacionada com inúmeros factores de risco. Embora os doentes diabéticos apresentem uma maior incidência de complicações pós-operatórias, o desenvolvimento de hiperglicemia aguda peri-operatória em não diabéticos é igualmente reconhecido como um factor preditor de resultados adversos. Durante o período intra-operatório ocorrem profundas variações na glicemia induzidas pelo stress cirúrgico, trauma ou doença crítica, independentemente da presença de diabetes. Neste trabalho, os autores relacionam a presença de hiperglicemia com a ocorrência de IFO em cirurgia ortopédica, independentemente das co-morbilidades dos doentes.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo de coorte, prospectivo, observacional entre Maio e Dezembro de 2012. Foram recrutados todos os doentes propostos para procedimentos cirúrgicos electivos. Foram excluídos doentes menores de 18 anos, doentes propostos para cirurgia de ambulatório, doentes submetidos a cirurgia para resolução de IFO prévia e doentes com barreira linguística ou limitação cognitiva. A glicemia pré-operatória foi definida como a última medição de glicemia antes do procedimento cirúrgico. Os doseamentos de glicemia intra-operatória foram determinados à entrada da sala operatória, 15 minutos após incisão cirúrgica e no final da cirurgia. A glicemia pós-operatória foi determinada às 2 horas e 24 horas após cirurgia. Foi definida como hiperglicémia valores de glicose sérica superiores a 180g/dL. Em cada indivíduo foi determinado o valor médio e o desvio-padrão da glicemia peri-operatória. Foi calculado o coeficiente de variabilidade para cada doente. O valor máximo de glicose foi determinado como o valor mais alto obtido durante o decorrer do estudo. O resultado principal foi definido como a correlação entre variação de glicemia peri-operatória e IFO. Os resultados secundários foram definidos como relação entre glicemia basal e IFO assim como valor máximo de glicemia e IFO. A análise univariada preliminar dos dados para determinar potenciais preditores incluiu testes paramétricos e não paramétricos. Os dados categóricos foram avaliados através do teste exacto de Fisher e teste do Qui-quadrado. As variáveis contínuas foram comparadas com recurso ao teste de Mann-Whitney ($p<0,05$).

Resultados:
Foram recrutados um total de 713 doentes, dos quais 307 eram eligíveis. Após obtenção de consentimento informado foram incluídos dados de 307 doentes, dos quais três apresentavam dados em falta para o resultado principal. A incidência de IFO foi de 7,2% (24 doentes). Foi observada hiperglicemia peri-operatória em 18 doentes (5,8%). Em análise univariada com teste de Mann-Whitney, o valor de glicemia basal correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com a presença de IFO ($p=0,007$).

Discussão:
Avaliando os resultados obtidos verifica-se que não foi possível encontrar uma correlação estatística entre a variação de glicemia peri-operatória e presença de infecção de ferida operatória. De igual modo, também não foi possível correlacionar o valor máximo de glicemia peri-operatória com o desenvolvimento de infecção. No entanto, determinou-se que o valor pré-operatório de glicemia se correlaciona de forma estatisticamente significativa com a presença de IFO, conferindo grande importância aos valores de glicemia pré-operatórios. Este resultado sugere a forte necessidade do melhor controlo deste parâmetro em todos os doentes, de modo a optimizar a incidência de IFO em cirurgia ortopédica.

Conclusão:
O valor pré-operatório da glicemia correlaciona-se diretamente com a ocorrência de infeção de ferida operatória. A optimização deste parâmetro deverá ser realizado em contexto pré-operatório de modo a minimizar o risco de complicações infecciosas.

Joelho

CL66 - **Patient-Specific Intrumentation – Tecnologia que podemos pagar?Estudo Casos-Controlos e Avaliação Económica**

João Vide, Diogo Gomes, Joana Ovidio, Tania Freitas, Henrique Cruz, João Paulo Sousa
(Hospital Particular do Algarve - Gambelas/Faro)

Introdução:
A artroplastia total do joelho é um procedimento com elevada eficácia. Prevê-se que o aumento exponencial de intervenções primárias, venha associado com o aumento das intervenções de revisão. Esta massificação vai colocar a médio-prazo um problema de sustentabilidade do sistema de saúde. Investimentos em novas tecnologias têm sido realizados no sentido de melhorar o posicionamento dos implantes, com a perspectiva de melhorar a sobrevida do implante. A cirurgia guiada por computador, promissora em conceito, coloca problemas associados a custos, curva de aprendizagem e tempos cirúrgicos elevados e falhou em obter resultados superiores. Recentemente, instrumentação específica para o paciente através de blocos de corte customizados, foi desenvolvida. Esta tecnologia apresenta o benefício teórico de maior precisão dos cortes ósseos, diminuição dos tempos cirúrgicos, recursos intra-operatórios mais eficientes e menor perda hemática. Não existe consenso na literatura sobre estes benefícios, quer a nível clínico, quer no seu impacto a nível económico. Os objectivos do trabalho são (1) comparar os resultados clínicos entre a instrumentação standard (STD) e a instrumentação customizada ao paciente (PSI) e (2) avaliar o impacto económico desta tecnologia através de um modelo de custo baseado na atividade.

Material e Métodos:
Estudo de casos-controlos de 80 joelhos (40 STD/40 PSI) com gonartrose primária, operados entre Março 2011 e Janeiro 2013. Avaliaram-se diferenças na dor e função, através do VAS e Knee Society Score (KSS); no alinhamento coronal, com extra-longo dos membros inferiores; e nas perdas hemáticas, através da comparação das unidades de concentrado eritrocitário transfundidas. O impacto económico das intervenções foi calculado determinando todos os custos associados às variáveis entre as técnicas, considerando-se o custo dos blocos de corte, do estudo imagiológico pré-operatório e custos de esterilização, calculando para os casos apresentados, a diferença de custo com as unidades de concentrado transfundidas e tempo de utilização do bloco operatório, na nossa instituição. Análise estatística, com nível de significância de 0.05.

Resultados:
O follow-up médio foi de 78 e 83 semanas para o grupo STD e PSI, respectivamente. Ganho médio de 4,8 para STD e 5,1 pontos para PSI, no VAS. No KSS, ganho de 32 pontos para STD e 37 pontos para PSI, sendo que 78 % dos pacientes com bom/muito bom. O eixo mecânico médio foi 3,7º para STD e 1,5º para PSI. 19% dos casos STD receberam transfusões, em oposição a 5,4% do PSI. Observou-se uma redução do tempo médio cirúrgico de 9,3 minutos (14%). Na análise económica verificou-se um custo acrescido com a técnica PSI, associado ao preço dos blocos de corte (+550€) e realização de RM (+100€), enquanto o grupo STD apresentou custos superiores na esterilização (+50€), transfusões (+30€) e utilização do bloco operatório (+114€).

Discussão:
Os resultados do nosso estudo apontam para um benefício clínico com a utilização da técnica PSI. Embora com evidência contraditória, a maior parte indica um resultado superior, realizado em menor tempo cirúrgico. A análise económica realizada mostra um encargo superior com esta tecnologia (+466€/procedimento) na nossa instituição. Embora estes resultados sejam limitados, pela dificuldade de estimativa dos custos associados ao tempo de utilização e pela variabilidade dos custos entre diferentes instituições, a maior parte dos estudos não encontram benefício económico com PSI. Há que considerar outros potenciais benefícios económicos com esta técnica, que não foram analisados: gastos inferiores com complicações associadas a transfusões e gastos inferiores com revisões, caso se verifique uma maior sobrevida do implante devido a um melhor alinhamento coronal/rotacional.

Conclusão:
A instrumentação customizada ao paciente reduz o tempo cirúrgico, a taxa de transfusões e melhora o alinhamento coronal

---

CL67 - **Implementação de programa de cirurgia fast-track na artroplastia total do joelho, estudo comparativo 2008 e 2012 – 196 casos**

Artur Antunes, Sara Machado, André Sá Rodrigues, António Sousa, Paulo Oliveira, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João EPE)

Introdução:
O trauma cirúrgico na artroplastia total do joelho (ATJ) provoca dor, catabolismo, alteração do metabolismo basal e aumento do risco tromboembólico, podendo condicionar reabilitação e internamentos prolongados. A otimização dos componentes de cuidados individuais dos doentes no perioperatório, no internamento e no período pós-operatorio pela metodologia fast-track (neste caso, programa Rapid Recovery – Biomet ®), permite uma mobilização precoce, uma redução da morbilidade e do tempo de internamento, economizando recursos, sem aparente aumento de complicações. Pretendemos com este estudo avaliar a introdução do programa Rapid Recovery – Biomet ® (RR) na ATJ primária na nossa instituição.

Material e Métodos:
Realizamos um estudo cohort incluindo os primeiros 101 doentes intervencionados em 2012 no âmbito do programa RR e 98 doentes submetidos a ATJ em 2008 (GC) que cumpririam os atuais critérios de inclusão do programa Rapid Recovery ®. Avaliamos: idade, género, comorbilidades, tempo total de internamento, dias em pré-operatório, dias em pós-operatório, complicações no internamento, complicações de ferida operatória e reinternamentos precoces (definido pelos autores como até 30 dias) por qualquer motivo. A análise estatística foi efetuada em SPSS v20.0 ®, considerando resultados significativos para $P<0,05$.

Resultados:
No GC: média de idade 64,62 ± 5,67 anos, 80,2% sexo feminino, lateralidade - 67,67% direita. No grupo RR, média de idade 65,81 ± 6,44 anos, 62% sexo feminino, lateralidade - 62% direita. Na distribuição de comorbilidades: Nenhuma (GC 30,2%; RR 32%), 1 a 2 (GC 50,2%; RR 55%), 3 a 4 (GC 11,4%; RR 9%) e >4 (GC6,25%; RR 5%). Tempos de internamento: total (GC 7,45 ± 2,44 dias; RR 4,65 ± 2,03 dias), pré-operatório (GC 1,67 ± 0,707 dias; RR 1,15 ± 0,762 dias), pós-operatório (GC 4,95 ± 2,49 dias; RR 3,92 ± 1,38 dias). Complicações registadas: internamento (GC 5,20%;RR 6%), complicações de pele (GC 6,20%; RR 4%), reinternamentos precoces (GC 0%; RR 0%), outras (GC 1,0417%; RR 0%). Não se registou diferença estatisticamente significativa entre ambos os grupos em relação a idade (ANOVA p=0,715), género (p=0,459) co-morbilidades (p=0,612), complicações no internamento (t Student p= 0,068), complicações de pele (t Student p= 0,251) e reinternamentos precoces (t Student p= 0,278). Registamos uma significativa redução do tempo de pré-operatório (ANOVA p<0,001), total de internamento (ANOVA p<0,001) e pós-operatório (ANOVA p=0,032) no grupo RR. Registamos no GC 3 revisões para colocação de componente rotuliano e 2 revisões por infeção (diagnosticadas aos 2,5 e 3 anos). No grupo RR não houve até à data novas intervenções.

Discussão:
Verificamos uma significativa redução do tempo médio de internamento do GC para o RR. A avaliação multimodal e preparação adequada do paciente no período que antecede o internamento permitiram uma redução do período pré-operatório. A reabilitação precoce, normalização de medidas de cuidado, analgesia eficaz e seguimento de critérios definidos para alta permitiu no grupo de RR uma significativa redução de período de internamento pós-operatório. A associação destas abordagens reduziu de forma significativa o tempo total de internamento no grupo RR. Não registamos aumento de complicações precoces, descritas por alguns autores para este tipo de abordagem à ATJ primária. As taxas de complicações em ambos os grupos estão de acordo com os dados publicados para este procedimento.

Conclusão:
A introdução do programa de Rapid Recovery ® em ATJ na nossa instituição permitiu uma padronização do acesso, da reabilitação e dos critérios de alta, reduzindo de forma significativa o tempo de internamento, sem demonstrar um aumento de número de complicações.

CL68 - **Protocolo pré-operatório de descolonização de Staphylococcus aureus para redução do risco de infeção em artroplastias totais da anca e joelho – resultados de um estudo prospetivo randomizado**

Pedro Santos Leite, Luís Dias Costa, Pedro Brandão Barreira, Pedro Neves, Maria Helena Ramos, Ricardo Sousa
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António)

Introdução:
A infeção é uma das complicações mais frequentes após artroplastias da anca e joelho. Dados prévios da nossa instituição revelam que mais de 50% das infeções protésicas se devem a S.aureus e quase dois terços são meticilino-resistentes (MRSA). Diversos estudos internacionais têm demonstrado que a identificação e descolonização pré-operatória dos portadores podem

reduzir o risco de infeção protésica mas não existem ainda dados sobre a eficácia deste tipo de programas em contextos de alta prevalência de MRSA como o nosso. O objetivo deste estudo é avaliar o verdadeiro impacto de um protocolo pré-operatório de descolonização de S.aureus na redução da taxa de infeção no contexto português: 1)descrever a prevalência de colonização por S.aureus nos candidatos a artroplastias primárias da anca e joelho; 2)determinar se o estado de portador se relaciona com risco aumentado de infeção; 3)determinar se o tratamento pré-operatório dos portadores é realmente eficaz na redução do risco.

Material e Métodos:
Trata-se de um estudo prospetivo randomizado realizado numa única instituição entre Fevereiro de 2009 e Dezembro de 2012 envolvendo candidatos a artroplastias primárias da anca e joelho. A identificação dos portadores foi feita por estudo cultural de zaragatoas nasais com pelo menos duas semanas de antecedência em relação à cirurgia. Os portadores de S.aureus identificados foram randomizados para tratamento pré-operatório de descolonização com banhos de cloro-hexidina e mupirocina nasal diária durante os cinco dias que antecedem a cirurgia. Informações demográficas e comorbilidades relevantes foram registadas e foi levada a cabo análise estatística multivariável por regressão logística.

Resultados:
Durante o período do estudo foram realizadas 1312 artroplastias primárias da anca ou joelho (69% mulheres; idade média 67 anos). A determinação do estado de portador foi realizada em 1033 casos, ou seja taxa de inclusão no protocolo de 79%. Entre os doentes rastreados, 229(22.2%) apresentaram colonização nasal por S.aureus sendo que apenas em 8 casos a estirpe era meticilino-resistente. Apesar dos portadores serem estatisticamente mais novos (64 vs 67 anos; p=0.04) não se verificam diferenças significativas na prevalência de obesidade, diabetes ou classificação ASA. A taxa de infeção global durante o período do estudo foi 2.2%. A análise por subgrupos revela que a taxa de infeção no grupo de doentes não colonizados foi 1.6% (13/804). No grupo de doentes colonizados foi 3.9%(9/229): 4.3%(6/140) nos doentes não tratados e 3.4%(3/89) nos tratados. A diferença na taxa de infeção entre os doentes não colonizados e os portadores não tratados é estatisticamente significativa (p=0.04,OR=2.7,IC95%=1.1-7.3). Para além disso a obesidade (p=0.02,OR=2.6,IC95%=1.2-5.2), classificação ASA =3 (p=0.02,OR=2.6,IC95%=1.2-5.5) e a duração da cirurgia superior ao percentil 75 (p=0.01,OR=2.7,IC95%=1.3-5.7) também surgem como fatores de risco estatisticamente significativos para infeção protésica. A associação entre estado de portador de S.aureus não tratado e infeção protésica mantém-se significativa após a análise multivariável destinada a ajustar para todas as restantes variáveis possivelmente confundidoras (p=0.05,OR=2.8,IC95%=1.0-7.7). Comparando a taxa de infeção entre os portadores não tratados e os portadores tratados não se encontra uma diferença estatisticamente significativa.

Discussão:
Apesar do entusiasmo inicial em redor do eventual benefício da implementação de um programa pré-operatório de identificação e descolonização de portadores de S.aureus na redução da taxa de infeção em cirurgia ortopédica, o verdadeiro valor no caso de cirurgia de substituição protésica em especial num contexto de alta prevalência de MRSA não foi ainda definitivamente demonstrado.

Conclusão:
Os resultados deste estudo confirmam que o estado de portador de S.aureus é um fator de risco independente para

---

CL69 - **Orientação do componente tibial: intramedular vs extramedular - Influência no alinhamento do membro após artroplastia total do joelho**
Artur Antunes, António Sousa, Filipe Duarte, Frederico Raposo, Luís Valente, Paulo Oliveira
(Centro Hospitalar São João EPE)

Introdução:
A sobrevida da artroplastia total do joelho (ATJ) depende, entre outros fatores, de um alinhamento correto dos componentes, nomeadamente do componente tibial. Na literatura verifica-se alguma controvérsia sobre as diferenças entre o alinhamento intramedular (Reed e tal.; Brys et al,; Parment et al.) e o extramedular (Dennis et al; Ishii et al.). O objetivo deste estudo é avaliar a influência do alinhamento intramedular (IM) vs extramedular (EM), na orientação do componente tibial.

Material e Métodos:
Estudo de cohort com dois grupos de doentes

submetidos a ATJ entre 2008 e 2011, por dois cirurgiões diferenciados em cirurgia do joelho que utilizam preferencialmente uma das técnicas, e nos quais seria possível realizar abinício qualquer delas (35 IM e 32 EM). Foram excluídos joelhos com varo ou valgo pré-operatório >15º e/ou estudo radiográfico insuficiente para o cálculo do alinhamento. Avaliámos: idade, lateralidade, índice de massa corporal (IMC), joelho varo ou valgo, radiografia pré e pós-operatória com cálculo do alinhamento do componente tibial no plano coronal em relação ao eixo mecânico tibial (metodologia descrita por: Reed et al., Morlenad et al. e Ishii et al.). Consideramos, pelos valores da literatura atual, dois alinhamentos corretos: 2º de varo ou valgo em relação ao eixo mecânico da tíbia (Vc2º); 5º de varo ou valgo em relação ao eixo mecânico da tíbia (Vc5º). Realizamos avaliação estatística em SPSS V 20.0 ®, assumindo significância para p <0,05.

Resultados:
No grupo IM,74,2% doentes do sexo feminino, média de idade de 66,9±7,1 anos, IMC médio de 28,2±4,4 Kg/m2, 82,8% joelhos varos, alinhamento médio do componente tibial de 2,5 ± 1,4º, sendo em 62,8% dos casos, desvio em valgo. No grupo EM, 68,75% doentes do sexo feminino, média de idade de 65,9±8,4 anos, IMC médio de 27,9±4,6 Kg/m2, 81,25% joelhos varos, alinhamento médio do componente tibial de 2,8 ± 1,5 º, sendo em 59,3% dos casos, desvio para valgo. Alinhamentos corretos: Vc2º- IM (71,4%) , EM (65,6%); Vc5º– IM (97,14%), EM (93,75%). Não verficamos diferenças siginificativas entre os grupos nas variáveis: idade, género, IMC, deformidade pré-operatória ou orientação do desvio. No grupo IM verificou-se sginificativamente um maior número de alinhamentos corretos Vc2º (p<0,001). Considerando alinhamentos corretos Vc5º, não se verificaram diferenças siginificativas entre ambos os grupos (p=0,352). Não verficamos até à data, descolamentos ou necessidade de revisão protésica nos dois grupos.

Discussão:
Os defeitos de alinhamento dos componentes protésicos são factores de falência precoce referidos na literatura. Na ATJ desvios no plano coronal entre 2-5º em varo e valgo são aceitáveis pela maioria dos autores -Insall et al. (1985), Bargren et al (1983), Fang et al.(2009), Ritter et al. (2011), sendo que os desvios em valgo são melhor tolerados. No nosso estudo, o alinhamento IM apresentou melhores resultados quando considerado o limite de 2º, corroborando dados anteriomente descritos por Reed et al. Contudo quando considerado o limite de 5º não encontramos diferenças entre as duas técnicas no concerne ao alinhamento no plano coronal. Verificamos um estudo radiográfico inadequado em 34,9% dos doentes deste estudo, que é comparável a trabalhos semelhantes publicados (Reed et al.).

Conclusão:
O alinhamento IM e EM apresentam resultados aceitáveis segundo os limites referidos na literatura, devendo depender a sua utilização, do critério e experiência do cirurgião.

CL70 - **Medida da Deformação do Ligamento Cruzado Anterior**

Bruno Manuel Lopes Correia, Dr. Miguel Marta, Dr. Rui Pinto, Mário Fernandes, Prof. Doutor Rui Guedes
(Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio)

Introdução:
O Joelho é uma articulação complexa e de primordial importância na locomoção humana. Por estar constantemente sujeito a cargas elevadas, o risco de rotura dos seus ligamentos é elevado, em particular do ligamento cruzado anterior (LCA). A rotura do LCA está associada geralmente à necessidade de intervir cirurgicamente para efetuar a restauração das suas funções. O conhecimento da biomecânica do LCA pode facilitar o tratamento das suas lesões, através da compreensão do seu funcionamento e da introdução de novas técnicas que possibilitem a recuperação mais rápida e efectiva do ligamento. Para a caraterização do LCA é necessário conhecer em detalhe as deformações a que está sujeito durante os movimentos da articulação do joelho. Este trabalho experimental tem por objetivo a medição das deformações do LCA, através de um modelo matemático obtido a partir da reconstrução tridimensional de imagens de ressonância magnética.

Material e Métodos:
Foram avaliados 10 exames de ressonância magnética, em voluntários saudáveis, obtidas em extensão e em vários graus de flexão do joelho. As imagens médicas foram obtidas por ressonância magnética. Recorreu-se ao software Mimics® para realizar a seleção e reconstrução tridimensional do LCA e das partes ósseas de interesse. A edição do modelo tridimensional fez-se pelo 3-Matic. Por último, escolheu-se o software

SolidWorks® para a caraterização das deformações do LCA recorrendo ao Método dos Elementos Finitos (MEF). Este MEF foi depois usado como modelo matemático do LCA.

Resultados:
A partir do modelo matemático do LCA, aplicou-se uma força num ponto de referência, local de inserção do LCA na tíbia. Foi aplicada uma força de tração de 350 N, força média a que o LCA está sujeito durante uma atividade física normal, com posterior registo e estudo do deslocamento e deformação máximas do ligamento. Estudou-se também a simulação do movimento de flexão do joelho.

Discussão:
A análise matemática dos deslocamentos e deformações do LCA, aplicando forças a que o ligamento está normalmente sujeito, permite a melhor caracterização do LCA e respetiva caracterização de propriedades. A utilização de vários modelos tridimensionais, assim como o estudo de diferentes indivíduos, com as variações anatómicas inerentes, permitiu obter um significado biomecânico relevante. Em adição, a aplicação do MEF a um modelo tridimensional do LCA, aliado a porções de tíbia e fémur, permitiu simular de forma mais real a biomecânica do joelho. Por outro lado, validou-se o conjunto de software utilizado como ferramentas viáveis para inferir a deformação do LCA.

Conclusão:
O estudo e a caracterização da deformação do LCA, mediante a aplicação de forças conhecidas, representam um passo intermédio primordial no estudo dos mecanismos de lesão, abrindo possibilidade de novos tratamentos mais eficientes no futuro.

CL71 - **Método inovador e compatível com RM para a avaliação dinâmica da morfologia e função do ligamento cruzado anterior: Porto Knee Testing Device**

Rogério Barbosa Pereira, Hélder Pereira, Alberto Monteiro, José Carlos Vasconcelos, Rui Reis, João Espregueira-mendes
(Clínica Espregueira Mendes Medical Centre of Excellence)

Introdução:
A avaliação objectiva da translação ântero-posterior e rotatória do joelho permanece um desafio. A imagem apenas não diz da competência biomecânica nas roturas parciais ou totais do LCA. O objetivo é avaliar a eficácia clínica de um novo dispositivo de avaliação: Porto-knee testing device (PKTD). Este dispositivo reúne as características reivindicadas em artigos recentes (Nicola Lopomo et al. 2013; e do David Dejour et al. 2013).

Material e Métodos:
entre 2010 e 2012, 35 pacientes com lesão do LCA foram incluídos.Todos os pacientes foram avaliados no consultório e sob anestesia com os testes de Lachman, lateral pivot-shift e da gaveta anterior. Todos os casos foram estudados em pré-operatório com o KT-1000 e ressonância magnética com o PKTD, tendo os exames sido realizados por observadores independentes e cegados no que diz respeito à avaliação clínica. Durante a ressonância magnética, usamos um PKTD que promove a translação ântero-posterior e a rotação tibial interna e externa através de uma pressão padronizada (46.7 kPa) na região proximal e posterior da perna e no pé estabilizado a 90º, respectivamente. Fez-se a avaliação bilateral e procedeu-se à sua comparação. Seis pacientes com roturas parciais revelaram resultados distintivos, pelo método PKTD com confirmação por RM do padrão de lesão, mas foram excluídos do grupo por razões metodológicas. Ângulos de rotação entre as linhas posteriores dos côndilos femorais e tibiais: em repouso/sem pressão e com translação anterior simultânea com rotação, primeiro interna e em seguida externa, também foram avaliados.

Resultados:
Comparou-se os valores de CPRI PTE, CPRE PTI, angulo neutro, angulo RI e angulo RE entre os grupos com rutura total, rutura parcial e o controlo. Verificou-se existirem apenas diferenças significativas nos valores de CPRI PTE e PCRE PTI para os grupos com rutura totais e o controlo (p=0,015 e p=0,009, respetivamente) e nos valores de CPRI PTE entre os grupos com rutura total e rutura parcial (p=0,046).

Discussão:
A quantificação da instabilidade dinâmica da translação ântero-posterior simultânea com as rotações tibiais interna e externa aferidas pelo PKTD, suportam a sua eficácia e fiabilidade comparativamente aos controlos. O PKTD revela potencial para a caracterização das consequências artrocinemáticas que decorrem de diferentes lesões do LCA. Os resultados distintivos

verificados por aferição do PKTD nas roturas parciais carecem de evidência pelo fato do número baixo de casos não permitir uma análise rigorosa por sub-categorias. Além disso, existem casos de roturas parciais confirmadas com valores aproximados daqueles de instabilidade rotatória verificada em roturas totais. Estudos futuros com maior número de casos e com recurso à translação anterior combinada com a rotação tibial interna ou externa, podem trazer dados que permitam a melhor definição do algoritmo de tratamento, em função dos perfis de instabilidade aferidos. Estes dados apontam para a necessidade de avaliação dinâmica em simultâneo com a ressonância magnética de forma a definir a competência biomecânica do ligamento, quer em roturas totais ou parciais. A opção pelo tratamento conservador, pelo tratamento cirúrgico diferenciado, através do PKTD, encontra os critérios preoperatórios que sustentam melhor a categorização em copers ou noncopers, assim como a técnica cirúrgica mais indicada para os noncopers. Além disto, a exploração dinâmica da instabilidade em simultâneo com ressonância magnética, faz do PKTD, uma ferramenta de valor diagnóstico anatomo-funcional, contribuindo para diferenciar entre roturas parciais e totais, e para caracterizar o comprometimento artrocimático na sua expressão quantitativa e qualitativa da lesão.

Conclusão:
o PKTD provou ser uma ferramenta confiável na avaliação da translação ântero-posterior combinada com rotação interna e externa forçadas, diferenciando os joelhos lesados dos cont

---

CL72 - **Fratura da rótula no adulto jovem tratada por patelectomia total – revisão com 27 anos de seguimento**

Nuno Vieira Ferreira, Rui Duarte, Norberto Nunes; Ramiro Fidalgo, César Igreja Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
Existe na literatura alguma controvérsia acerca da morbilidade a longo prazo após a excisão completa da rótula no contexto de fratura. Parece ser um procedimento necessário nos casos de fratura da rótula com cominuição extensa, quando não é possível reconstruir a superfície articular nem preservar pelo menos o terço proximal ou distal. Não há estudos de follow-up recentes e os existentes apresentam resultados clínicos divergentes não se conhecendo com exatidão o impacto deste procedimento ao longo da vida do doente. Este trabalho pretendeu avaliar os resultados deste procedimento, a longo prazo, num grupo de doentes com joelhos previamente saudáveis (doentes jovens).

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo incidindo sobre todos dos doentes admitidos na nossa instituição com diagnóstico de fratura da rótula durante 10 anos (entre 1980 e 1990). Aplicaram-se os critérios de inclusão: idade inferior a 40 anos; diagnóstico de fratura cominutiva da rótula; submetido a patelectomia total. Excluíram-se todos os doentes com gonartrose prévia ou qualquer outra comorbilidade e doentes com fratura da rótula bilateral. Os doentes incluídos no estudo foram avaliados clinica, radiologicamente e subjetivamente. Avaliada força muscular do quadricipete e arco de mobilidade. Calculado KSS, WOMAC Score e avaliado grau de satisfação subjetiva do doente. Analisadas radiografias do joelho em carga (face) e em perfil, avaliada a calcificação do tendão rotuliano e classificada a respetiva artrose segundo Kellgreen and Lawrence. Estabeleceu-se como end-point do estudo a realização de artroplastia total ou parcial no joelho afetado ou contra-lateral e calculou-se a sobrevida segundo as curvas de Kaplan-Meyer. Em todo o estudo foram avaliados os 2 joelhos e comparado o afetado com o contra-lateral. Os dados recolhidos foram analisados no software SPSS versão 17.0, utilizando um grau de confiança de 0.95.

Resultados:
Aplicando os critérios de inclusão e exclusão obteve-se uma amostra de 32 doentes. Não foi possível avaliar 8 doentes pelo que integraram este estudo 24 doentes. A idade média foi de 25.2 anos (17-39) e o seguimento médio de 27 anos (mínimo 23 e máximo 32). Em 56.3% afetado o lado direito e em 43.7% o esquerdo. Em 21.88% dos casos (7 doentes) a fratura cominutiva da rótula era exposta e em 78.12% dos casos (25 doentes) era fechada. O procedimento adotado e a técnica cirúrgica empregue foram os mesmos em ambos os grupos. 96.75% Em doentes do sexo masculino e 3.25% (1 doente) no sexo feminino. Todos os casos resultaram de traumatismo de alta energia, sendo a principal causa o acidente de viação em veículo de 2 rodas (58% dos casos). 62,5% dos doentes tinham arco de mobilidade completo. Todos os doentes apresentaram diminuição da performance isocinética do quadricípite (78% do contra-lateral). O KSS médio foi de 79 no lado afetado e

de 84 no contra-lateral. O Womac médio foi de 77.3 e de 80.3 no contra-lateral. Calcificação do tendão rotuliano visualizada em 37.5% dos doentes. 83.3% dos doentes apresentavam gonartrose Kellgreen and Lawrence grau II

Discussão:
O arco de mobilidade encontrado não foi diferente do contra-lateral (p>0.05). Todos os doentes apresentaram diminuição da performance isocinética do quadricípite mas não se verificou relação estatisticamente significativa entre a performance e os scores nem entre a performance e a satisfação do doente. Na maior parte dos doentes não se verificou diferença (p>0.05) no grau de artrose entre os 2 joelhos e não se encontrou correlação entre calcificação do tendão rotuliano e scores clínicos avaliados. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre idade do doente e grau de artrose.

Conclusão:
A excisão total da rótula conduz à diminuição da força muscular do quadricípite mas sem repercussão funcional importante. É um procedimento bem tolerado pelo doente jovem, não havendo evidência de que cond

---

CL73 - **Utilização de Drenos de Reinfusão na Artroplastia Total de Joelho – estudo retrospectivo de 200 casos**

João Pedro Antunes, Vasco Oliveira, António Mendes, Daniel Peixoto, Susana Ângelo, Fernando Pereira
(Hospital Distrital da Figueira da Foz)

Introdução:
A artroplastia total do joelho (A.T.J) é um procedimento geralmente associado a perda sanguínea acentuada no período pós-operatório, podendo haver necessidade de efectuar transfusão alogénica de sangue. A preocupação acerca dos riscos biológicos e custos económicos da transfusão alogénica levou ao desenvolvimento de métodos para diminuir o número de transfusões. Uma solução é a utilização de drenos de reinfusão de sangue autólogo no período pós-operatório imediato. Apesar dos benefícios clínicos da utilização de sangue autólogo em relação à transfusão alogénica estarem bem descritos, na literatura encontram-se estudos com resultados contraditórios acerca da eficácia na manutenção de níveis pós-operatórios de hemoglobina adequados e consequente diminuição do número de transfusões alogénica, e acerca do custo-benefício da utilização destes drenos. Este estudo pretende investigar se a introdução da utilização de drenos de reinfusão no Serviço se traduziu na redução do número de unidades de sangue alogénico transfundidas, bem como investigar se essa utilização se traduziu na diminuição de custos para a instituição.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, com inclusão de 200 A.T.J primárias consecutivas realizadas no nosso Serviço entre Janeiro de 2011 e Março de 2013; 100 casos com utilização de dreno aspirativo de vácuo (DAV) e eliminação do sangue drenado, e 100 casos com utilização de dreno de reinfusão (DR). Os critérios utilizados para transfusão alogénica de sangue foram uniformes em ambos os grupos. Colheita de dados relevantes relativos ao doente, ao procedimento e ao internamento. Análise estatística das variáveis recolhidas com realização do teste t, teste Qui-quadrado ou teste Mann-Whitney, conforme apropriado, através da utilização do software SPSS v20.

Resultados:
Não se demonstrou diferença estatisticamente significativa nos dados demográficos, volume drenado, número de unidades transfundidas, dias de febre ou reacções adversas, entre os dois grupos estudados. No grupo DR, foram transfundidas 44 unidades de sangue alogénico (em 21% dos doentes), em comparação com 62 unidades transfundidas (em 27% dos doentes) no grupo DAV (p=0,2). A contagem de hemoglobina diminuiu em média 2,95g/dl no grupo DR e 3,49g/dl no grupo DAV. Esta diferença foi estatisticamente significativa (p=0,003). O tempo médio de internamento foi de 8,54 dias no grupo DR e de 9,91 dias no grupo DAV. Esta diferença foi estatisticamente significativa (p=0,002). A média dos volumes drenados foi sobreponível nos dois grupos (DR 703,30ml vs DAV 705,60ml). O volume médio reinfundido no grupo DR foi de 412,45ml, ou seja, em média foi reinfundido apenas 58,6% do sangue drenado. Em 13% dos casos a reinfusão foi insatisfatória: em 5 casos não foi reinfundido qualquer volume, e em 8 outros casos foi reinfundido volume igual ou inferior a 100ml. Os custos directos associados ao dreno utilizado e à transfusão de sangue alogénico quando necessária, foram, em média, de 201,77€/paciente no grupo DR e de 133,12€/paciente no grupo DAV.

Discussão:
A introdução dos drenos de reinfusão não se traduziu

no aumento de efeitos secundários, nomeadamente dias de febre ou fenómenos tromboembólicos. No grupo DR houve um acréscimo nos custos directos em cerca de 70€/doente em comparação com o grupo DAV. O custo acrescido associado à utilização do dreno de reinfusão não foi compensado pela diminuição dos custos associados à menor utilização de sangue alogénico. No entanto, este estudo não teve em conta benefícios clínicos e financeiros de difícil avaliação, como diminuição dos riscos de infecção na reinfusão em comparação com a transfusão alogénica, ou os ganhos associados a um internamento de menor duração.

Conclusão:
A introdução dos drenos de reinfusão no nosso Serviço resultaram na diminuição do número de transfusões de sangue alogénico associadas à A.T.J., no entanto, essa diminuição não foi estatisti

---

CL74 - **Utilização do indice do LCP para avaliação de ligamentoplastia do LCA**
Pedro Miguel Marques, Frederico Raposo, Filipe Duarte, Luis Valente, António Sousa, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
Após rotura do ligamento cruzado anterior (LCA) ocorre uma translação anterior do fémur e uma rotação externa da tíbia. Esta sub-luxação do joelho altera a morfologia do ligamento cruzado posterior, aumentando a sua curvatura proximal. Esta pode ser medida através de RMN com o índice LCP (IndLCP), (está reduzido na presença de rotura do LCA). Os objectivos do trabalho foram: verificar a existência de variação no IndLCP entre joelhos com e sem rotura do LCA e verificar a sua utilidade na avaliação da eficácia da cirurgia de reconstrução.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo de 53 doentes com diagnóstico de rotura do LCA, submetidos a ligamentoplastia entre 2008-2009. Procedeu-se à medição do IndLCP em RMN 3 Tesla no plano sagital (distância entre uma linha que passa na inserção mais anterior femoral e a mais posterior tibial, e o ponto de maior curvatura do LCP) em doentes com idade inferior a 40 anos. Fizemos medições em 3 grupos de doentes: A- sem rotura do LCA escolhidos de forma aleatória (26); B- com rotura do LCA (27); C- doentes do grupo B submetidos a reconstrução do LCA. Registamos as seguintes variáveis: IKDC, IKS e nível satisfação dos doentes. Comparamos a variação do IndLCP entre os grupos A e B para avaliar a reprodutibilidade do método na nossa população. Estudamos esta variação entre os grupos B e C para avaliarmos a capacidade da reconstrução restabelecer o IndLCP. Correlacionamos também as variáveis consideradas com o IndLCP.

Resultados:
O valor médio do inLCP no grupo A, foi de 8.8 mm (desvio padrão de 1.8) enquanto que no grupo B foi de 5.4mm (dvp 1.6), e no grupo C de 7.2mm (dvp 1.3). A comparação entre grupo A e B, demonstra que na presença de rotura do LCA existe um diminuição do IndLCP ($p<0,001$). Por outro lado a comparação entre o grupo A e o grupo C, verificamos que neste grupo de doentes, após reconstrução ligamentar promoveu-se um incremento do IndLCP ($p<0,001$). Em relação às variáveis consideradas verificamos um aumento do IKDC e uma correlação fortemente positiva quanto ao nível de satisfação e o aumento do IndLCP após ligamentoplastia.

Discussão:
Neste estudo existe uma clara diminuição do IndLCP nos joelhos após rotura do LCA, tal como demonstrado por Siwinski et al. O incremento deste índice para valores próximos da "normalização" após cirurgia de reconstrução do LCA está relacionada com melhoria do IKDC e satisfação dos doentes, pelo que esta parâmetro será importante na avaliação dos resultados imagiológicos dos doentes submetidos a este tipo de procedimento cirúrgico.

Conclusão:
Os resultados obtidos permitem-nos concluir que o IndLCP poderá ser uma ferramenta útil de controlo imagiológico no que concerne à avaliação dos resultados das reconstruções do LCA.

CL75 - **Instabilidade patelo-femoral objetiva – resultados do tratamento cirúrgico através da reconstrução do ligamento patelo-femoral medial**
Diogo Santos Robles, Virginia Do Amaral, Sofia Esteves Vieira, Joana Leitão, Nuno Ferreira, Jorge Mendes
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
A instabilidade patelo-femoral continua a ser um desafio terapêutico, dada a complexa biomecânica

patelo-femoral e aos múltiplos factores que podem estar na sua génese. A luxação aguda da rótula provoca rotura do ligamento patelo-femoral medial (LPFM) na maioria (87%) dos casos, sendo que este corresponde ao principal estabilizador medial contra a translação lateral da rótula, entre os 0° e 30° de flexão, proporcionando cerca de 53% do total da estabilização medial desta. Assim se compreende a crescente importância prestada à reconstrução do MPFL, cirurgia preservadora da anatomia articular.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo de uma série de 20 doentes (24 joelhos), submetidos a reconstrução do MPFL pela técnica descrita por Schoettle, entre 2010 e 2012 (follow-up médio de 14,9 meses (SD=6,08); follow-up mínimo: 6 meses). Os doentes que apresentavam TAGT pré-operatória maior que 20 foram submetidos adicionalmente a uma medialização da tuberosidade anterior da tíbia (n=5), criando uma situação pós-operatória equivalente para todos os doentes. Foi realizada uma avaliação clínica, funcional e radiológica de todos os doentes. A avaliação funcional foi realizada através da Kujala Patellofemoral Scoring System (KPSS), Lysholm Knee Scoring Scale (LKSS), Visual Analogic Scale (VAS) para a dor e a Tegner Activity Scale (TAS). Imagiologicamente, 54% dos doentes apresentavam displasia troclear, TAGT médio de 13,6 (SD=4,23) e um índice de Caton de 1,13 (SD=0,19).

Resultados:
Foram avaliados 24 joelhos, 71% do sexo feminino, idade média de 23,5 anos (SD=6,8). À data da última avaliação, foi possível demonstrar: 23 joelhos com um stop seguro na translação lateral; 1 com apreensão positiva; 5 com dor patelo-femoral residual; 11 com crepitação patelo-femoral e 8 com dor no epicôndilo medial. Artroscopicamente constataram-se 5 lesões condrais rotulianas grau II e 3 grau III de Outerbridge. Obtivemos melhorias no KPSS e TAS médios pós-operatórios de 31,4 pontos (p<0,001) (KPSS final=88,75; (SD=7,6)), e 0,61 pontos (p<0,05) (TAS final=4,35;(SD=0,83)). Os scores LKSS e VAS para a dor médios pós-operatórios foram de 88,2 (SD=9,5) e 1,71 pontos (SD=1,52), respetivamente. A avaliação radiológica demonstrou melhorias significativas nos ângulos médios pós-operatórios de congruência e de báscula rotuliana, com ganhos médios de 16,24 ((p<0,001)(SD=11,44)) e 24,2 graus ((p<0,001) (SD=7,44)), respectivamente. Não ocorreram novos episódios de luxação. Há no entanto que assinalar que os dois doentes que se demonstraram insatisfeitos com a cirurgia, corresponderam aos piores resultados clínicos obtidos. Uma análise dos casos demonstrou um sobre-tensionamento do enxerto em um dos casos e um mau posicionamento do túnel femoral no outro, em TC pós-operatória.

Discussão:
A técnica cirúrgica utilizada permitiu obter excelentes resultados funcionais, com melhoria significativa da dor patelo-femoral, equiparáveis aos demonstrados pela literatura internacional mais recente Analisando mais detalhadamente os resultados, foi possível observar uma tendência para a melhoria das taxas de satisfação e resultados funcionais nos doentes com maior follow-up, (p>0,05). Já nos parâmetros relativos à dor, demonstrou-se estatisticamente significativa (p<0,05) a correlação entre os piores resultados funcionais e os doentes com lesões condrais de mais alto grau. Embora se tenha atingido uma correção significativa dos parâmetros radiológicos, não foi possível normalizar os mesmos. Esta facto não teve no entanto influencia no bom resultado funcional obtido. Não é, no entanto, uma técnica sem complicações. Os aspetos mais importantes na técnica cirúrgica são a correta tensão do enxerto e posicionamento dos túneis, pois um erro nestes poderá levar à alteração da normal dinâmica de mobilidade da rotula, provocando dor e deterioração da cartilagem, pelo aumento das forças de contacto.

CL76 - **Reconstrução artroscópica all-inside transtibial do ligamento cruzado posterior (LCP) utilizando enxerto autólogo (isquiotibiais) em feixe único em doentes com lesão isolada do LCP**

André Costa, Paulo Carvalho, Joaquim Lebre, Tiago Torres, Daniel Saraiva, Rui Rocha
(Centro Hospitalar VN Gaia / Espinho)

Introdução:
A reconstrução do PCL tem como objectivo restaurar a cinemática do joelho semelhante à articulação nativa. Neste estudo retrospectivo apresentamos os resultados clínicos e funcionais após reconstrução do LCP utilizando enxerto autólogo (isquiotibiais) em feixe único em doentes com lesão isolada.

Material e Métodos:
Foram submetidos a artroscopia de reconstrução do PCL 6 doentes pela técnica all-inside transtibial com isquiotibiais em feixe único, entre 2009 e 2013. Todos os doentes eram do sexo masculino, com idade média

de 32 anos (entre 20-38 anos). Follow-up médio foi de 22 meses (intervalo de 10 a 42 meses). O tempo médio de espera até ao tratamento foi de 8 semanas (entre 4 semanas a 12 semanas) em fase sub-aguda. Os doentes foram intervencionados por cirurgiões experientes e foram utilizados sistemas de apoio cortical femural e parafusos de interferência na fixação tibial. Todos os pacientes completaram uma avaliação clínica utilizando os scores de Lysholm, score subjectivo IKDC e escala de activiadade Tegner.

Resultados:
Nas avaliações seriadas de follow-up verificou-se a estabilidade imediata desde o pos-operatório até às avaliações mais recentes em todos os casos, com a confirmação através do teste de gaveta anterior e posterior. Os melhores resultados médios de cada doente no follow-up foram: no score Lysholm 88 (com um score máximo de 94 e mínimo de 82); IKDC foi 80 (com um score máximo de 86 e mínimo de 74). O melhor resultado médio pela escala de actividade Tegner foi 6 (intervalo entre 5-7). Nenhum apresentou lesões iatrogénicas secundárias ao procedimento cirúrgico. Não se verificaram complicações pos-operatórias de cicatrização, infecção intra-articular ou sinovite, assim como, não se verificaram re-rupturas observadas no grupo de doentes em estudo.

Discussão:
Apesar do procedimento ser tecnicamente exigente obtivemos um resultado clínico favorável neste grupo de doentes, com melhoria dos scores funcionais e objectivamente com correcção da instabilidade posterior e melhoria dos sintomas. Pela dimensão reduzida da amostra não conseguimos obter resultados estatíticamente significativos. Comparativamente aos scores pré-cirurgicos, o valor médio do score Lysholm 46 melhorou para 88, o valor médio do IKDC 38 melhorou para 80 e os valores da escala Tegner subiram de 3,5 para 6. As queixas álgicas desapareceram nos 6 doentes intervencionados com estabilização articular conseguida. A recuperação do arco de mobilidade foi completa em todos os doentes.

Conclusão:
Nesta série de doentes concluímos que a reconstrução all-inside transtibial com feixe único de isquitibiais do PCL pode ser uma técnica válida no tratamento e estabilização de joelhos com lesão isolada do PCL

CL77 - **Artroplastia total do joelho após patelectomia prévia: técnica original de reconstrução patelar com autoenxerto de prato tibial externo.**
Luís Dias Da Costa, Vânia Oliviera, Pedro Neves, Pedro Leite, Daniel Esteves Soares, Ricardo Sousa
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António)

Introdução:
A rótula desempenha um papel fundamental no funcionamento do aparelho extensor do joelho, permitindo uma maior eficácia da ação do quadricipite e em doentes com artroplastia total do joelho (ATJ) é um estabilizador anterior quando aplicada uma prótese não constritiva. A literatura revela que a realização de ATJ em doentes previamente patelectomizados apresenta piores resultados funcionais e menos previsíveis quando comparado com as artroplastias primárias clássicas. Este trabalho tem como objetivo a descrição de técnica original para reconstrução patelar com autoenxerto de prato tibial externo e apresentação dos resultados funcionais e radiológicos de um caso.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino com 68 anos e antecedentes de patelectomia total cerca de 9 anos antes por artrose patelo-femoral. Pré-operatoriamente apresentava uma amplitude articular ativa de 10º-100º e passiva de 0º-100º, com força grau 4/5 da extensão do joelho. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) de 30 pontos para a dor, 29 pontos para os sintomas, 32 pontos para as atividades da vida diária, 0 pontos para as atividades desportivas e de lazer e 0 pontos para a qualidade de vida; Kujala score de 39 pontos; Hospital for Special Surgery Patella Score (HSS PS) de 40 pontos. A doente foi submetida a ATJ por abordagem parapatelar interna clássica. Técnica cirúrgica: 1) Realização dos cortes tibiais e femorais segundo técnica standard (Nexgen Zimmer®). 2) Utilização do prato externo para confeção da neo-rótula com as dimensões da rótula do joelho contralateral. 3) Confeção de uma bolsa na sinovial sub-tendinosa par a colocação do enxerto. A localização da bolsa determina a altura da rótula que determinada pré-operatoriamente por comparação com o joelho contralateral. 4) Marcação do tracking rotuliano com colocação de azul metileno na tróclea do componente femoral e realização de "cycling" do joelho. 5) Realização de 3 pares de orifícios no enxerto (1 central que se fixou ao centro do tendão determinado previamente e 2 paramedianos para reforçar a fixação trans-óssea ao tendão). 6) Encerramento por planos após colocação cimentada dos componentes definitivos.

Resultados:
Na última consulta, a doente encontrava-se muito satisfeita com a cirurgia, com mobilidade articular passiva e ativa de 0º-120º; KOOS de 83 pontos para a dor, 64 pontos para os sintomas, 84 pontos para as atividades da vida diária, 25 pontos para as atividades desportivas e de lazer e 75 pontos para a qualidade de vida; Kujala score de 78 pontos; HiSS PS de 90 pontos. No estudo radiológico a neo-rótula encontra-se centrada na chanfradura do componente femoral, sem sinais de reabsorção, fraturas ou migração do enxerto ósseo (índice de Caton-Deschamps de 1,1).

Discussão:
A realização de ATJ em doentes previamente patelectomizados está universalmente associado a resultados inferiores, nomeadamente manutenção da diminuição da força do aparelho extensor e instabilidade antero-posterior da articulação. Apesar disso, a utilização de próteses com sacrifício do LCP e mecanismo de estabilização AP tipo "cam-post" apresenta os melhores resultados. Mesmo que não se reconstrua a rótula são de esperar benefícios inegáveis na dor e qualidade de vida nestes doentes. No entanto, a reconstrução da rótula permite alcançar melhores resultados do ponto de vista funcional. Na literatura estão descritos vários casos de reconstruções da rotula com auto-enxerto de ilíaco com melhoria funcional. No entanto, como é sabido, a colheita de enxerto do osso ilíaco apresenta uma taxa de complicações e morbilidade significativa. Os autores acreditam que a utilização do prato tibial como enxerto ósseo para a reconstrução da rótula tal como foi apresentado é uma alternativa vantajosa .

Conclusão:
A artroplastia total do joelho em doentes previamente patelectomizados é um procedimento desafiante para os cirurgiões ortopédicos

---

CL78 - **Avaliação do índice da chanfradura, distância bicondiliana e largura da chanfradura intercondiliana como factores de risco para lesão do LCA. Estudo comparativo**

Fernando Leal, Manuel Mendonça, Nuno Tavares, Vera Resende, Ricardo Frada, João Teixeira (CHEDV)

Introdução:
A lesão do ligamento cruzado anterior (LCA) é a lesão ligamentar mais frequente no joelho. O risco de ruptura do LCA é maior em mulheres do que em homens, esta diferença pode ser explicada pela dimensão e morfologia da chanfradura intercondiliana. Para além das características intrínsecas do LCA a dimensão e morfologia da chanfradura intercondiliana e o "slope" tibial são os factores anatómicos mais importantes no aumento do risco de lesão deste ligamento. Vários investigadores reportam que atletas com lesão do LCA apresentam estenose da chanfradura intercondiliana. O objectivo do presente estudo é determinar as diferenças anatómicas entre indivíduos com ruptura do LCA e indivíduos com LCA íntegro através da medição em RMN da chanfradura intercondiliana, distância bicondiliana e índice da chanfradura

Material e Métodos:
Foi conduzido um estudo rectrospectivo de caso controlo. Foi consultada a RMN de pacientes submetidos a ligamentoplastia do LCA entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2012. Foram excluídos os pacientes que não apresentavam RMN no processo clínico informático, os pacientes com lesão concomitante do LCP e pacientes com cirurgia prévia. Foram avaliadas as RMN de 40 doentes submetidos a ligamentoplastia do LCA, 35 do sexo masculino e 15 do sexo feminino. A média de idades foi de 25.4 anos (máx. 43, min. 14). No grupo de controlo foram incluídos 40 pacientes, 30 do sexo masculino e 15 do sexo feminino, com RMN do joelho, com LCA integro documentado na RMN. A média de idades do grupo de controlo foi de 29,7 anos (máx. 44, min. 16). Foram avaliados na ponderação T1, nos cortes coronais ao nível do sulco do poplíteo, em milímetros, a largura da chanfradura intercondiliana (NW), a distância bicondiliana (BW) e foi determinado o índice da chanfradura (NWI). Foi analisada a diferença destes parâmetros entre géneros e entre pacientes com ruptura do LCA e LCA íntegro. A análise estatística foi efectuada usando o SPSS ver. 18. Foi usado o teste t de student, sendo considerado o resultado estatisticamente significativo para $p< 0,01$.

Resultados:
Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0.01$) na largura da chanfradura intercondiliana e na distância bicondiliana entre os géneros, sendo estes 2 valores superiores nos homens. O índice da chanfradura é superior nos homens (NW – 0.256 ?; NW – 0.252 ?) não sendo estatisticamente significativa esta diferença. Os valores do NW , BW e NWI no grupo com ruptura do

LCA no sexo masculino (n=30) foram de 19.1 (±3.02), 75.2 (±3.73) e 0.249 (±0,025), respectivamente e no grupo controlo foram de 20.3 (±1,77), 77.4 (±4,26) e 0.263 (±0,024), respectivamente, não havendo diferença estatisticamente significativa. No grupo do sexo feminino com ruptura LCA (n=15) o NW foi de 15.9 (±1,12) e no grupo controlo (n=15) foi de 17.5 (±1.41), p< 0.01. No grupo do sexo feminino com ruptura LCA (n=15) o NWI foi de 0,240 (±0.025) e no grupo controlo (n=15) foi de 0.263 (±0.026), p< 0.01. Não houve diferença estatisticamente significativa no sexo feminino entre os grupos para a BW

Discussão:
Os resultados deste estudo, no que diz respeito às diferenças entre géneros vão de encontro aos resultados descritos na literatura, apresentando o sexo feminino valores inferiores ao masculino para o NW e BW. Os valores de NW e NWI, neste estudo, são inferiores nos pacientes com ruptura de LCA, como seria de esperar, no entanto apenas são estatisticamente significativos para o sexo feminino.

Conclusão:
Existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para o NW e NWI. A "estenose" da chanfradura intercondiliana (NW e NWI) estão, nesta série, no sexo feminino associados a ruptura do LCA. Essa mesma tendência existe também para o sexo masculino, no entanto não foi estatisticamente significativa.

CL79 - **Physical Activity Folowing Primary Total Knee Arthroplasty for Osteoartrhitis – a Case Control Study**
Joana Bento Rodrigues, Fernando Fonseca, João Casalta, Marcos Carvalho, Francisco Lucas, Alexandre Brandão
()

Introdução:
Primary total knee arthroplasty (TKA) is an effective surgical procedure for relieving pain in patients with end-stage osteoarthritis, also offering the opportunity to regain functional ability. Although widely investigated, postoperative physical activity status remains unecertain. Objectives: This study aimed to compare physical activity in patients following primary TKA for osteoarthritis and those who were not submitted to the surgical intervention.

Material e Métodos:
We conducted a preliminary retrospective study on a series of 30 randomized cases, patients who underwent primary TKA for osteoarthritis at our Hospital between 2007 and 2011 (mean age 63). Control group was a randomized sample of 30 patients suffering from knee osteoarthritis, not submitted to THA (mean age 60), from a Primary Care Institution database search. Patients completed Knee Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) and International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) by telephone interviews.

Resultados:
Mann-Whitnney test was used to compare case and control groups results in KOOS and IPAQ score. There was no significant statistical difference betwen groups in KOOS parameters: pain (p=0,327), symptoms (p=0,805), activity daily living (p=0,806), sports (p=0,620) and quality of life (p=0,618). IPAQ score total physical actvity was overlapping between both groups (p=0,462), including walking (p=0,327). We found a significant statistical difference in moderate activity (p<0,05): control group had a higher performance (mean 3925 mets) than patients with TKA (mean 720 mets). Vigorous activity was absent in case and control groups.

Discussão:
Patient-reported outcomes are measures in which the patient provides an evaluation of his health condition or treatment from his perspective. This minimizes observer bias and informs about factors that are likely to be important to the patient. There is considerable overlap in levels of pain and dysfunction between those who are and are not recommended for THA, which may explain the absence of significant statistical difference between case and control groups in this study. Moreover, according to some studies, patients have higher expectations than their surgeon regarding high-level activities and extreme range of motion following arthroplasty, which was indeed not observed in our case group. In fact, patients with TKA revealed a lower performance in moderate physical activity than those suffering from osteoarthritis, without TKA.

Conclusão:
This study suggests that patients with TKA suffer from overlapping pain, symptoms and physical limitations, with lower performance in moderate physical activities, to those with osteoarthritis who haven't undergone TKA. Surgeons must manage properly patients

expectations when proposing a TKA.

CL80 - **A Artroplastia Femuropatelar no tratamento da Gonartrose, artrose femuropatelar**
Manuel Mendonca, Nuno Tavares, Fernando Leal, Ricardo Frada, João Teixeira, Vera Resende (CHEDV)

Introdução:
A artrose femuropatelar constitui uma situação pouco frequente, afetando cerca de 24% em mulheres e 11% em homens. Esta patologia atinge indivíduos com idades mais jovens (média 55 anos) quando comparada com a gonartrose generalizada. No tratamento da gonartrose, a artroplastia total mantém-se o "Gol-Standard". No entanto, como a patologia atinge apenas um compartimento do joelho permite outras hipóteses de tratamento. O reaparecer das artroplastias femuropatelares, com novos desenhos e melhores instrumentais, coloca este tratamento como uma possibilidade real. Não sendo panaceia, é realmente uma forma correta de tratar estas situações específicas isoladamente e, muitas vezes, associado ao realinhamento do aparelho extensor.

Material e Métodos:
Material Foi realizado um estudo retrospetivo em 20 pacientes (18 mulheres/2 homens) com artrose femuropatelar, sendo a média de idades 54 anos. Os indivíduos foram submetidos a tratamento cirúrgico (artroplastia femuropatelar com prótese Vanguard), no período de 2006 a 2012. Em mais de 70% dos casos foram realizados gestos cirúrgicos acessórios para correção da instabilidade rotuliana (proximais e distais). A avaliação dos pacientes e os resultados foram determinados com recurso à aplicação do Score Subjetivo de Womac, pelo Knee Society Score, capacidade funcional para atividades – Tegner Lysholm Scale e classificação da artrose segundo Ahlback. Métodos O estudo inclui a avaliação clínica, avaliação dos scores descritos, avaliação radiológica, grau de satisfação num follow-up mínimo de 6 meses. O estudo imagiológico baseou-se na avaliação radiológica simples, com radiografia em carga e axial da rótula a 30º.

Resultados:
Foram estudados um total de 20 pacientes, no período aproximado de 35 meses após a cirurgia (variação, 6-72). Depois da avaliação dos resultados, constata-se que, segundo o Womac score, existiu uma melhoria considerável de 2.80 pontos em relação à dor e de 1.70 pontos em relação à função. A maioria dos pacientes apresentava diminuição do espaço articular (grau IV de Ahlback da faceta lateral). Averiguou-se uma diminuição do índice de Insall-Salvati. Durante este período de follow-up, 16 pacientes apresentam KSS superior a 80 pontos. Na maioria dos pacientes foi observada uma diminuição considerável dos sintomas femuropatelares, apresentando-se estes sem limitação na atividade diária e referindo uma melhoria da aptidão física. Em dois dos casos foram realizados gestos cirúrgicos acessórios por persistência dos sintomas (num a reconstrução do LPFM e outro um avanço do vasto medial). No final desta avaliação, nenhum dos pacientes tinha realizado conversão para artroplastia total apesar de em 4 casos existir uma evolução da artrose nos demais compartimentos.

Discussão:
A artrose femuropatelar isolada é uma situação altamente incapacitante e geralmente ocorre em pacientes mais jovens e ativos. Se a lesão ocorre apenas neste compartimento parece lógico que o tratamento seja dirigido para a mesma. A evolução dos vários desenhos das próteses e a melhoria dos seus instrumentais veio colocar novamente esta técnica no arsenal para o tratamento da artrose no joelho. Torna-se muito importante a existência de uma indicação precisa e uma correção dos fatores presentes que originaram a artrose deste compartimento.

Conclusão:
A realização desta cirurgia é tecnicamente exigente e as suas indicações são muito restritas. Não se deve considerar que relativamente à abordagem seja um procedimento pouco invasivo, uma vez que a incisão necessária é pouco inferior à realizada numa artroplastia total do joelho e existe a necessidade de efetuar a luxação e inversão da rótula. No entanto a preservação da restante articulação permite uma melhor função aparente (sensação obtida por observação clínica). Com o estudo realizado nesta reduzida amostra, e com base noutros estudos mais recentes sobre estas artroplastias.

CL81 - **A UTILIZAÇÃO DE GUIAS ESPECIFICOS NA ARTROPLASTIA DO JOELHO MELHORA A ROTAÇÃO DO COMPONENTE TIBIAL**

Alcindo Silva, Carlos Simões, Miguel Loureiro, Nuno Gomes, Ricardo Sampaio, Palhares Delgado
(Hospital Militar do Porto)

Introdução:
A revisão precoce da artroplastia do joelho tem como principal causa o erro técnico, quer por malalinhamento quer por má rotação dos componentes femoral e tibial. Foi lançado recentemente um novo sistema para planeamento e realização das artroplastias do joelho denominado "Signature – personalized patient care". Este sistema permite criar, através de imagem de ressonância magnética (RM) ou tomografia computorizada (TC), guias de corte ósseo personalizados e específicos para cada doente. Com base nas imagens obtidas é feita uma reconstrução tridimensional computorizada do fémur e da tíbia, sendo possível mapear todos os cortes ósseos e determinar com precisão o tamanho e a posição dos implantes femoral e tibial. Alguns autores defendem que esta técnica diminui a probabilidade de erro pelo cirurgião e aumenta a durabilidade da artroplastia. O objetivo deste estudo foi comparar a rotação dos componentes femoral e tibial na artroplastia total do joelho entre a técnica convencional e a utilização de guias especificos para o doente.

Material e Métodos:
Foram randomizados prospetivamente em dois grupos quarenta e cinco pacientes, 22 submetidos a artroplastia total do joelho segundo a técnica convencional (grupo A) e 23 com guias especificos - Signature™ (grupo B). Todos os pacientes foram submetidos a tomografia computadorizada do joelho operado na primeira semana após a cirurgia. Foi utilizado o método de Berger para medição da rotação dos componentes femoral e tibial. Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da distribuição e foram calculados a mediana e o respectivo intervalo interquartil (percentil 25 - percentil 75). As diferenças entre os grupos A e B foram testadas usando o teste U de Mann-Whitney. Foram criados diagramas de dispersão para avaliar as diferenças da rotação do componente tibial em ambos os grupos .

Resultados:
A rotação componente femoral foi de 0,0 ° (-0,25; 1,0) no grupo A e 0,0 ° (0,0; 1,0) no grupo B. A rotação do componente tibial foi -16,0 ° (-18,5; 11,8) no grupo A e -16,0 ° (-19,0; -14,0) no grupo B. Não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos na rotação dos componentes tibial e femoral. No entanto, a dispersão em torno da mediana para o componente tibial foi diferente entre os dois grupos. A amplitude da diferença entre a rotação da tíbia e a posição neutra foi de 27 ° (-13; 14) no grupo A e 9 ° (-3; 6) no grupo B.

Discussão:
A rotação interna dos componentes femoral e tibial é uma das principais causas de dor femuropatelar após artroplastia do joelho. A rotação interna superior a 9º e 4º respectivamente do componente tibial e femoral é indicação para revisão da artroplastia. Apesar de globalmente não terem sido encontradas diferenças, a dispersão em torno do eixo neutro foi tendencialmente menor no grupo B. Foi encontrado um doente do grupo A com uma rotação interna do componente tibial de 13º, em risco de necessidade de revisão de artroplastia, enquanto nenhum doente do grupo B teve rotação interna do componente tibial superior a 3º. Este estudo demonstra que a utilização de guias especificos para o doente - Signature™ pode ter relevância clínica para diminuir o número de pacientes com rotação interna do componente tibial e consequentemente a probabilidade de revisão da artroplastia.

Conclusão:
Os guias especificos para o doente - Signature™ diminuem a probabilidade de colocação em rotação interna do componente tibial, com menor amplitude de dispersão da rotação do componente tibial em relação à posição neutra.

CL82 - **A artroscopia no tratamento da lesão degenerativa do joelho em doentes acima dos 50 anos.**
Miguel Alves De Botton, Pedro Rocha, João Correia, Joaquim Brito, Mário Vale, José Padin
(HOSPITAL DE SANTA MARIA)

Introdução:
A artroscopia continua a ter um papel controverso no tratamento da osteoartrose do joelho para a grande maioria dos cirurgiões ortopédicos. Decidimos analisar os doentes que foram submetidos a artroscopia do joelho no nosso hospital, acima dos 50 anos de idade.

Material e Métodos:
Foram realizadas 486 artroscopias realizadas no nosso Hospital de 2006 a 2011. Os doentes foram analisados retrospectivamente de acordo com os dados epidemiológicos, o diagnóstico e procedimento, dados intra e pós-operatórios. Deste grupo de doentes foram

apenas incluídos os doentes: - Acima dos 50 anos de idade com diagnóstico clínico e imagiológico de lesão meniscal; - Sem outro diagnóstico principal (fractura planalto tibial; rotura ligamentar; osteonecrose côndilo; patologia sistémica inflamatória; tumor do joelho; síndrome de hiperpressão externa da rótula). - follow-up mínimo de 18 meses

Resultados:
Das artroscopias seleccionadas, foi possível incluir 102 doentes submetidos a artroscopia do joelho. A idade média foi de 63,7 anos; 74 doentes do género feminino e 27 do género masculino. Quanto à lateralidade, 62,7% correspondiam ao lado direito e 37,3% ao esquerdo. Não foi descrita nenhuma complicação major no período peri-operatório. Destes doentes, interessa referir que os podemos dividir em: - Grupo 1: 72 doentes não necessitaram de qualquer outra intervenção ou proposta cirúrgica. Neste grupo interessa referir que ao tratamento da lesão meniscal (meniscectomia) foi efectuada igualmente 1) Condroplastia abrasiva em 17 casos (23.6%) (lesões condrais grau I e II Outerbridge) ; 2) Microfracturas (6,9%) (lesões condrais grau III e IV Outerbridge, pequenas e bem delimitadas). - Grupo 2: 21 doentes em que foi realizada artroplastia ou proposta para a realização da mesma. Neste grupo o período médio desde a artroscopia inicial até à data da proposta cirúrgica foi de 27,7 meses. Salientamos ainda que a meniscectomia foi complementada em 12 casos com condroplastia abrasiva (57,1%) e em 3 casos (14,2%) com microfracturas. - Grupo 3: 9 doentes em que foi realizada nova artroscopia por re-rotura ou manutenção das queixas.

Discussão:
Aproximadamente 35% dos doentes com mais de 50 anos têm evidência imagiológica de uma lesão meniscal embora dois terços seja assintomática. A meniscectomia parcial artroscópica para tratamento da lesão meniscal degenerativa é o procedimento ortopédico mais comum. É importante salientar que a eficácia da meniscectomia neste grupo de doentes tem sido objecto de estudos recentes que questionam o benefício do tratamento cirúrgico. Na nossa série de doentes, interpretamos que mais de dois terços dos doentes beneficiaram do procedimento cirúrgico. No grupo 2, é interessante verificar que os procedimentos associados são em maior número por provável lesão degenerativa mais extensa; várias considerações podemos fazer sobre o tempo decorrido até à data da proposta para nova intervenção cirúrgica. No grupo 1 podemos afirmar que o tratamento das lesões condrais (condroplastia e microfracturas) foi eficaz no alívio das queixas de 72 doentes até à data de seguimento. Este dado corrobora as indicações para a realização destes procedimentos durante a artroscopia. As microfracturas estimulam a formação de fibrocartilagem que é mecanicamente mais instável que a cartilagem hialina: menos densa e com desgaste mais rápido.

Conclusão:
A artroscopia neste grupo de doentes justifica-se frequentemente com os achados do exame clínico, em que factores mecânicos como o bloqueio, crepitação ou dor aguda podem ser interpretados como uma lesão meniscal. Na nossa prática clínica, continuamos a utilizar a ressonância magnética nuclear como meio complementar de diagnóstico para confirmação da lesão. No nosso entender, a artroscopia pode (em casos seleccionados) ser benéfica no alívio sintomático da lesão meniscal degenerativa e proporcionar um alívio, aind

---

CL83 - **Instrumentação específica na artroplastia do joelho, terá vantagem?**
João Paulo Ribeiro De Sousa, João Vide, Joana Ovídio, Tânia Freitas, Diogo Gomes, Henrique Cruz
(Particular do Algarve)

Introdução:
A utilização de blocos de corte específicos para o doente (patient-specific instrumentation – PSI) surge na tentativa de melhorar os resultados da artroplastia total do joelho, sobretudo para tentar diminuir os outliers em termos de alinhamento axial e rotacional. O sistema utilizado recorre a imagens de RMN e radiografia extralonga do membro para a produção dos blocos de corte. O objectivo deste trabalho é o de transmitir a experiencia ao fim dos primeiros sessenta casos.

Material e Métodos:
São analisados os primeiros sessenta casos operados utilizando esta tecnologia, sendo os doentes operados sempre pela mesma equipa, dois cirurgiões, sendo avaliado o tempo cirúrgico global, o tempo de instrumentação com os blocos de corte, nº de vezes em que o plano não foi cumprido, nº de vezes em que houve necessidade de alterar a espessura do polietileno, perdas hemáticas e alinhamento axial.

esultados:
Houve beneficio estatisticamente significativo, por comparação com grupo de doentes operados pela mesma equipa de modo convencional, relativamente às perdas hemáticas e ao tempo cirúrgico. Houve diminuição franca dos outliers (+3º-3º) no alinhamento axial. Só num caso foi utilizada planalto tibial diferente do planeado e já havia essa ressalva no planeamento. Só em dois casos se utilizou o polietileno de espessura 11mm, todos os outros foram 9 mm (espessura mínima).

Discussão:
A única vantagem objectiva deste método reside na poupança da clara no número de transfusões. A redução do tempo de cirurgia é significativa com as inerentes vantagens clínicas e económicas comprovadas. O planeamento é fiável como se comprova pela altíssima taxa de cumprimento do plano. A simplificação da instrumentação e do stock é deveras confortável embora seja difícil quantificar a vantagem económica. As vantagens clínicas, em termos funcionais e de sobrevida, estão por provar mas o melhor alinhamento não será certamente uma desvantagem. As desvantagens residem na necessidade de realizar uma RMN, de curta duração e sem relatório médico; e nos custos do bloco de corte.

Conclusão:
Parece-nos um método fiável e reprodutível, que nos habitua a sentir um joelho bem balanceado no final da cirurgia, diminuindo francamente a necessidade de gestos para equilíbrio ligamentar ou patelo femoral e que se outra vantagem não tiver tem, pelo menos, a de obrigar a um planeamento pré operatório cuidado.

CL84 - **É seguro assumir, por rotina, 6º graus no corte distal do fémur em artroplastias do joelho? Revisão de 55 casos**

Joana Ovídio, João Vide, Diogo Gomes, Tânia Freitas, Henrique Cruz, João Paulo Ribeiro Sousa
(Hospital de Faro)

Introdução:
O planeamento de uma artroplastia total do joelho (ATJ) é, como em qualquer cirurgia, fundamental para o seu sucesso. Este planeamento é muitas vezes inexistente ou simplificado. A assunção de um angulo fixo para o corte distal do fémur é prática comum, mas não temos estudos, na nossa população, que nos garantam a sua segurança. Neste trabalho avaliamos o ângulo entre o eixo anatómico e o eixo de carga do fémur em doentes que foram posteriormente submetidos a ATJ.

Material e Métodos:

Avaliação de 52 doentes a quem se realizou uma radiografia extralonga do membro inferior, incluída na avaliação pré operatória, com um sistema de "patient-specific instrumentation" (PSI). Deste modo foi calculado o valor do ângulo entre o eixo anatómico e o eixo de carga do fémur de cada joelho. Trata-se de uma população de 17 homens e 35 mulheres, com idade superior a 65 anos, o que correspondente a um total de 55 joelhos.

Resultados:
O valor médio do ângulo entre o eixo anatómico e o eixo de carga do fémur nos 55 joelhos foi de 6,01º. No doentes de sexo masculino a média foi de 6.52 e nas doente de sexo feminino foi de 6.07. No sexo masculino estes valores variaram entre 4.2 e 12.8 graus enquanto no sexo feminino variaram entre 3.3 e 11.6 graus. Se considerarmos com padrão, os valores que variam no intervalo de 3 a 9º, verificamos que 94% dos joelhos do sexo masculino e 92% dos joelhos das doentes do sexo feminino se encontravam neste intervalo. Assim 6% dos joelhos do sexo masculino e 8% dos joelhos do sexo feminino, é que se afastaram do valor aceite em mais de 3º.

Discussão:
Na literatura é aceite que por rotina, seria seguro, seleccionar um corte distal do fémur de 6º nas ATJ não complicadas. No entanto, também está descrito que ATJ alinhadas tinham menor taxa de revisão, e que deveríamos procurar restituir o alinhamento. Na nossa amostra verificou-se que se usarmos, por rotina, o corte distal do fémur a 6º, o risco de causarmos um desvio final superior a 3º é 6 % nos joelhos no sexo masculino e de 8% no sexo feminino.

Conclusão:
Devido ao tamanho da amostra não é possível extrair uma conclusão estatisticamente válida para a população portuguesa, mas podemos perceber que apesar de os valores médios serem aceitáveis, em 6 a 8% dos doentes podemos não obter um alinhamento desejável. Na população estudada se tivéssemos assumido o corte distal do fémur que entre 3 e os 9

graus, 6% dos homens e 8% das mulheres teriam um desvio axial do membro que poderia comprometer o resultado, nomeadamente a sobrevida do implante. Assim sendo parece-nos importante a realização sistemática de uma radiografia extralonga para avaliar correctamente este alinhamento.

CL85 - **Impacto de uma abordagem estruturada no tratamento de infeções protésicas – resultados preliminares de um estudo prospetivo em curso**
Pedro Brandão Barreira, Ricardo Sousa, Pedro Neves, Pedro Santos Leite, Daniel Esteves Soares, Luciana Leite
(Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:
A infeção constitui uma das complicações mais frequentes e temida da cirurgia de substituição protésica. Os resultados do tratamento em Portugal têm sido tradicionalmente maus com uma taxa de sucesso que ronda os 50%, quer para a anca, quer para o joelho. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da implementação de uma abordagem estruturada de diagnóstico e tratamento desta complicação.

Material e Métodos:
Trata-se de um estudo prospetivo em curso que envolve doentes com o diagnóstico de infeção de prótese da anca ou joelho. Esta análise preliminar incide sobre os casos tratados na nossa instituição desde Março de 2010 e com um tempo de seguimento mínimo de seis meses após o término do tratamento. Foram constituídos dois grupos de acordo com o cumprimento rigoroso (Grupo I) ou não (Grupo II), de uma abordagem estruturada previamente protocolada. Os doentes foram avaliados clínica e laboratorialmente para a persistência ou resolução da infeção após o tratamento. A definição de sucesso implica não só a erradicação da infeção mas também uma prótese bem funcionante. Qualquer outro resultado que não a preservação de uma prótese (original ou revisão), mesmo que com controlo da infeção, foi considerada falência do tratamento.

Resultados:
O grupo I engloba 19 doentes (10 mulheres:9 homens; idade média 69 anos; 10 ancas: 9 joelhos). O Grupo II é constituído por 19 doentes (13 mulheres:6 homens; idade média 72 anos; 9 ancas:10 joelhos). Não existem diferenças relevantes na prevalência de obesidade, diabetes ou classificação ASA nem tão pouco na proporção de microrganismos resistentes entre os dois grupos. No grupo I, a opção de tratamento foi desbridamento com preservação da prótese em 11 casos e revisão em dois tempos em oito casos. Não se constatou persistência ou recidiva da infeção em qualquer doente porém um caso de revisão em dois tempos foi considerado um insucesso por morte relacionada após o primeiro tempo cirúrgico. A taxa de sucesso global foi de 94.7%. No grupo II, 14 doentes foram inicialmente submetidos a desbridamento com preservação de prótese e cinco a revisão em dois tempos. Verificou-se persistência/recidiva da infeção em nove dos 14 casos submetidos a desbridamento e três dos cinco casos submetidos a revisão em dois tempos. A taxa de sucesso no tratamento inicial foi de 36.8%. Das nove falências do desbridamento com preservação de prótese cinco foram subsequentemente submetidos a revisão em dois tempos tendo-se alcançado o sucesso em quatro. Para além disso um caso de recidiva da infeção após revisão em dois tempos foi controlado com um novo desbridamento. Assim, a taxa de sucesso final no tratamento II foi de 63,2% no grupo II.

Discussão:
O processo de decisão e tratamento das infeções protésicas é complexo e envolto em inúmeras polémicas. É por isso muito importante que sejam criadas condições para a melhoria generalizada dos resultados do tratamento desta complicação de modo a minorar a morbilidade que lhe está associada.

Conclusão:
Apesar do ainda reduzido número de casos incluídos neste estudo, a adoção de um protocolo estruturado de diagnóstico e tratamento parece aumentar significativamente a taxa de sucesso na abordagem das infeções protésicas.

CL86 - **Osteossíntese das fracturas peri e articulares do joelho: há lugar para o artroscópio?**
João Pedro Raposo, António Rebelo, Renato Soares, Thiago Aguiar, Luís Tavares
(Divino Espírito Santo)

Introdução:
As fracturas distais do fémur e do planalto tibial constituem um desafio técnico, e a sua abordagem passa sempre pela redução anatómica da superfície articular. Com a disseminação da artroscopia, idealizou-se o conceito de controlo da redução destas fracturas

sob visão directa, que aumenta a precisão deste gesto. Relativamente às fracturas distais do fémur metafisárias distais e/ou intercondilianas, o encavilhamento intramedular é um método eficaz para o seu tratamento. Com o desenvolvimento da cirurgia minimamente invasiva, descreveu-se o encavilhamento retrógrado por via transrotuliana, com localização do ponto de entrada assistido por fluoroscopia. Contudo, idealizou-se o conceito de controlo sob visão directa do ponto de entrada, que aumenta a precisão da sua localização e diminui a probabilidade de lesão de estruturas intra-articulares. Relativamente às fracturas do planalto tibial, a literatura apresenta diversos estudos com bons resultados clínicos e funcionais com a osteossíntese guiada por artroscopia. Tratando-se de uma técnica minimamente invasiva, o início da reabilitação e retorno à actividade e carga é mais rápido, a dor no pós-operatório é menor e o resultado cosmético superior quando comparado com a redução aberta. A artroscopia oferece ainda a possibilidade de se realizar uma descompressão e lavagem articular pela drenagem do hematoma, desbridamento e diagnóstico e/ou reparação meniscal/ligamentar.

Material e Métodos:
Pesquisa bibliográfica e descrição de 4 casos clínicos

Resultados:
Apresentam-se 4 casos: 1. doente do sexo feminino, 83 anos, vítima de queda da própria altura com fractura distal do fémur AO 33-A2; submetida a redução fechada sob intensificador de imagem e encavilhamento intramedular retrógrado percutâneo assistido artroscopicamente; 2. sexo feminino, 57 anos, vítima de queda da própria altura com fractura distal do fémur AO 33-C2, submetida a osteossíntese com parafusos percutâneos e encavilhamento intramedular retrógrado artroscópico; 3. sexo feminino, 28 anos, vítima de atropelamento com fractura proximal da tíbia AO 41-B2, submetida a elevação da superfície articular e osteossíntese com parafusos percutâneos externos assistida por artroscopia; 4. sexo feminino, 71 anos, vítima de queda da própria altura com fractura proximal tíbia AO 41-B2, submetida a elevação da superfície articular e aplicação de enxerto autólogo, osteossíntese com parafusos percutâneos externos e sutura meniscal. Observou-se consolidação das fracturas em todos os casos, um outcome moderado nos primeiros 2 casos (KSS 60), excelente no 3º caso (KSS 90) e bom no 4º caso (KSS 70).

Discussão:
A incisão necessária à introdução da cavilha por via transrotuliana tem uma dimensão reduzida, e a artroscopia permite a localização exacta desse local anatómico com controlo da profundidade da cavilha, e com isto diminuindo as possibilidades de lesão do ligamento cruzado posterior, da cartilagem articular, de gonalgia relacionada com a posição intra-articular da extremidade da cavilha (permite controlar a profundidade da sua inserção) e diminui a radiação usada no intra-operatório. Esta técnica também permite a extracção de cavilha já colocada, e não é consensual a sua aplicação em fracturas com componente inter-condiliano. Ao nível das fracturas do planalto tibial, o apoio artroscópico não implica dissecção das partes moles, permite um controlo da redução da superfície articular sob visão directa, diminui o tempo de internamento, complicações e custos associados. Apresenta em vários estudos resultados funcionais favoráveis. Os dados na literatura são escassos, mas promissores. Por se tratar de um reduzido número de casos no nosso Serviço, não nos permite tirar qualquer conclusão estatisticamente significativa.

Conclusão:
Trata-se de um método eficaz na abordagem das fracturas supra-intercondilianas do fémur e do planalto tibial, com baixa morbilidade descrita na liter

---

CL87 - **Artroplastia unicompartimental do joelho Oxford Phase 3 - resultados a médio prazo**
Pedro Falcão, André Grenho, Jorge Homero Costa, João Torrinha Jorge, Joana Arcangelo, Paulo Catarino
(Hospital São José - CHLC)

Introdução:
A artroplastia unicompartimental evoluiu nos últimos 40 anos, sendo hoje em dia considerada uma estratégia cirúrgica apropriada para a osteoartrose do compartimento interno da articulação do joelho. Desenvolvimentos nos instrumentos cirúrgicos, desenho do implante, abordagem cirúrgica e selecção dos doentes levaram a uma grande melhoria dos resultados pós-operatórios e aumento da longevidade das próteses unicompartimentais do joelho. Comparada com a prótese total, tem como vantagens a preservação óssea, menos complicações pós-operatórias (perdas sanguíneas, dor pós-operatória, taxa de infecção, trombose venosa profunda (TVP) e tromboembolismo pulmonar (TEP)), manutenção da normal cinemática do

joelho, alta precoce e reabilitação mais rápida. A prótese unicompartimental Oxford phase 3 foi introduzida em 1998 e é uma prótese cimentada com menisco móvel de polietileno.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo retrospectivo das artroplastias unicompartimentais do joelho Oxford phase 3 realizadas no nosso serviço. Desde 2006 realizaram-se 37 artroplastias unicompartimentais (num total de 34 doentes). Sete dos quais não compareceram à avaliação pós-operatória e por isso foram excluídos do estudo. Todos os doentes incluídos no estudo foram avaliados clínica e radiograficamente. Foram revistos os processos de consulta e do internamento. Registou-se a idade, sexo, classificação ASA (American Society of Anesthesiologists), grau de satisfação, flexão-extensão actual, Oxford knee score pré e pós-operatório e alterações radiográficas a salientar.

Resultados:
O follow-up médio foi de 47 meses (10 - 83 meses). A idade média dos doentes é de 64 anos, com predomínio do sexo feminino. O ASA médio foi de 2,4. Um dos doentes foi submetido a conversão para artroplastia total do joelho por falência do componente tibial. Há 2 doente não satisfeitos com a cirurgia (que corresponde aos doentes em que o Oxford knee score piorou). Há 1 doente pouco satisfeito e 23 satisfeitos ou muito satisfeitos. Todos os doentes conseguem fazer extensão completa e a média de flexão é 111º. A média do Oxford knee score pré-operatório é de 17,4 (5 - 30) e pós-operatório é 36,6 (11 - 48). Radiologicamente, há uma média de desvio em varo de 1,68º (varo 8º - valgo 5º). Ocorreu artrose femoro-tibial externa em três casos (dois dos quais também com artrose femoro-patelar), um caso com slope tibial exagerado (19º), um caso com componente femoral em varo (15º), um caso com componente tibial demasiado grande com protusão interna, um caso de extrusão do menisco de polietileno, um caso com o componente tibial em valgo e um caso com falência deste (descelamento?) com provável necessidade de conversão para artroplastia total. Dos doentes não avaliados não há registo de conversão para artroplastia total do joelho ou outras complicações.

Discussão:
A larga maioria dos doentes encontram-se satisfeitos ou muito satisfeitos, havendo uma melhoria do Oxford knee score para mais do dobro. Não se registaram complicações pós-operatórias imediatas. Das artropastias unicompartimentas realizadas só uma foi convertida para artroplastia total e outra provavelmente a necessitar de conversão, com uma longevidade de 94,6% aos 47 meses (em média).

Conclusão:
A artroplastia unicompartimental do joelho demonstrou-se uma excelente opção para doentes com osteoartrose não-inflamatória do compartimento interno do joelho. Para se obterem bons resultados os doentes devem ser criteriosamente seleccionados. Considerando a curva de aprendizagem necessária para o sucesso da cirurgia, a pouca experiência da maioria dos cirurgiões que colocaram as próteses não teve influência nos resultados finais, estando de acordo com a literatura existente, provando que a artroplastia unicompartimental do joelho tem bons resultados clínicos e funcionais. Um maior tempo de follow-up será necessário para se avaliar a longevidade das próteses unicomp

---

CL88 - **Reparação de lesões meniscais primárias com sistema de sutura all-inside**
André Costa, Paulo Carvalho, Joaquim Lebre, Tiago Torres, Daniel Saraiva, Andreia Ferreira
(Centro Hospitalar VN Gaia / Espinho)

Introdução:
O objectivo deste estudo é avaliar os resultados de uma série 18 doentes submetidos a reparação de lesões meniscais primárias com sistema de sutura all-inside. Procedemos à análise retrospectiva dos pacientes com lesão meniscal primária tratados com o sistema de reparação meniscal Fast-Fix II (Smith & Nephew ®), entre Janeiro 2011 e Dezembro 2012. Analisaram-se algumas variáveis como: a localização da lesão meniscal, tipo e morfologia da lesão, número de suturas necessárias por reparação e a associação com outras patologias intrarticulares (lesões osteocondrais e ligamentares). Os doentes foram submetidos a avaliação com os scores de scores de Lysholm, score subjectivo IKDC e escala de actividade Tegner. Foram assumidos os casos de falência de tratamento quando os doentes necessitaram de meniscectomia parcial artroscópica.

Material e Métodos:
Vinte e quatro doentes foram elegíveis para inclusão e foi possível acompanhar 18 casos, dos quais 13 homens e 5 mulheres. Com idade média 33,8 anos (intervalo entre 22 - 41). O tempo médio de acompanhamento foi

de 12,5 meses (variação de 6-23 meses). O menisco medial foi reparado em 12 pacientes e do menisco lateral em 6. As lesões tratadas eram longitudinais ou em asa de cesto. Envolveu as tanto zonas de menisco vermelha / vermelha ou vermelha / branca. As reparações foram realizadas com uma média de 2,5 suturas (1-4). Foi realizada a reconstrução simultânea do ligamento cruzado anterior (LCA) com enxerto autólogo de isquiotibiais em 4 dos doentes. Durante o período de follow-up 8 doentes realizaram RMN controlo aos 10-12 meses.

Resultados:
Em quatro doentes (22,2%) o tratamento all-inside não foi eficaz, tendo estes sido tratados posteriormente com meniscectomia parcial artroscópica. Estes doentes apresentavam rupturas localizadas ao menisco medial, em zona vermelha / branca, e submetidos a sutura meniscal isolada. O tempo médio para falência das suturas foi de 11 meses (com intervalo entre 8-13 meses). Nos restantes 14 casos bem sucedidos (77,8%), o Lysholm pós-operatório em média 90 ± 3, IKDC médio pós-operatório foi de 72 ± 4 e Tegner médio pós-op 6 ± 1. Todos os doentes submetidos a reconstrução simultânea do LCA apresentaram sinais de tecido cicatricial na RMN controlo. Não houve diferença estatisticamente significativa na idade, o número de pontos utilizados ou tempo de follow-up entre o grupo bem sucedido e os casos de falência da reparação.

Discussão:
Os doentes que apresentaram melhores resultados foram aqueles que apresentavam lesões longitudinais em zona vermelha, > 2 suturas e com reconstrução simultânea do LCA. Dado o numero reduzido de doentes estudados não foi possível obter resultados estatisticamente significativos. Verificamos melhoria considerável dos resultados funcionais nos scores Lysholm e IKDC. Dos doentes que realizaram controlo imagiológico por RMN 87,5% apresentavam sinais cicatrização.

Conclusão:
A reparação de lesões meniscais primárias com sistema de sutura all-inside demonstrou, no estudo apresentado, ser um método eficaz e seguro no tratamento primário de rupturas longitudinais

---

CL89 - **Artroplastias Unicompartimentais do Joelho – uma revisão de 25 casos**

Sandra Martins, Sofia Esteves, Sara Silva, Joana Leitão, Nuno Ferreira, Jorge Mendes
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
O tratamento das alterações degenerativos unicompartimentais do joelho ainda continua a ser um desafio na Ortopedia quanto à melhor forma de tratamento. As osteotomias de valgização ou varização não permitem uma correcção definitiva. Por outro lado, as artroplastias totais do joelho podem ser um procedimento excessivo, ao substituirem compartimentos não necessariamente degenerados. A utilização da artroplastia unicompartimental como alternativa para o tratamento cirúrgico de alterações degenerativas do joelho é controversa. As vantagens deste procedimento são a preservação do menisco e da superfície articular do lado não envolvido, dos ligamentos cruzados anterior e posterior e a articulação patelo-femoral não é abordada. A preservação dessas estruturas ajuda a manter e preservar a cinética normal do joelho bem como a sua propriocepção. Por tratar-se de um procedimento simples e rápido, o risco de infecções também é menor. Os autores apresentam os resultados que foram obtidos após colocação de 25 artroplastias unicompartimentais em casos de gonartrose do compartimento medial do joelho.

Material e Métodos:
efectuou-se uma revisão dos registos cirúrgicos entre 2009 e 2011, identificando todos os doentes submetidos a artroplastia unicompartimental do joelho (24 doentes – 25 próteses; idade média de 58 anos; 79% do sexo feminino). Foram analisados os processos clínicos, realizado um exame físico e aplicado um questionário com o objectivo de avaliar a capacidade funcional (International Knee Society (IKS) score) e a qualidade de vida (EuroQol EQ-5D) dos doentes. Foi também efectuado um controlo radiográfico no sentido de avaliar a ocorrência de descolamento, osteólise, artrose dos outros compartimentos, e alinhamento femuro-tibial. Os resultados obtidos foram analisados com o programa SPSS.

Resultados:
o resultado funcional foi globalmente bom (48% com IKS Bom e Excelente e 32% com satisfatório), com uma taxa de complicações baixa e um índice de qualidade de vida bom (EQ-5D de 66 em 100). Dois doentes foram submetidos a extracção dos componentes e colocação

de artroplastia total do joelho devido a descolamento assético precoce. Dois doentes desenvolveram infeção superficial com necessidade de antibioterapia e um doente sofreu uma fratura periprotésica com necessidade de osteossíntese.

Discussão:
No nosso estudo registamos dois descolamentos assépticos, cuja causa atribuímos a erro na técnica na cimentação do componente femural. As duas infecções registadas restringiram-se à pele e tecido celular subcutâneo e foram controladas eficazmente com antibioterapia oral. A fractura peri-protésica não foi uma complicação derivada do procedimento efectuado.

Conclusão:
A artroplastia unicompartimental do joelho no tratamento de gonartrose de um compartimento isoladamente é um método de tratamento eficaz com uma taxa de complicações baixa e um resultado funcional globalmente bom.

CL90 - **Luxação recidivante da rótula: resultados funcionais a médio e longo prazo de reconstrução do ligamento patelo-femoral medial com autoenxerto de isquiotibiais ipsilateral (recto interno).**
João Sarmento Esteves, José Filipe Salreta, João Henriques, Tiago Carvalho, Miguel Vieira (Garcia de Orta)

Introdução:
A luxação recidivante da rótula é uma patologia frequente em jovens adolescentes do sexo feminino. O ligamento patelo-femoral medial (LPFM), responsável pela estabilidade rotuliana interna é responsável por cerca de 50-80% da estabilidade interna da rótula. A reconstrução deste ligamento é hoje em dia tema de grande relevo e pode ser feita de forma isolada ou fazendo parte de procedimentos mais complexos de realinhamento do aparelho extensor do joelho. O objectivo deste estudo é avaliar o resultado funcional a médio e longo prazo dos joelhos submetidos a reconstrução do LPFM com autoenxerto de recto interno banda única em doentes com luxação recidivante da rótula.

Material e Métodos:
Da globalidade dos doentes operados por instabilidade rotuliana, foram excluídos aqueles onde foram efectuadas outras técnicas cirúrgicas de estabilização para além da reconstrução do LPFM. No período de 2007 a 2012 (6 anos), o autor senior (JFS) operou 10 doentes, 11 joelhos por esta técnica em acto isolado. A idade média foi de 22,67 anos (14-31 anos). Dos 10 doentes 4 eram do sexo masculino e 6 do sexo feminino. O follow-up médio foi de 28,3 meses (10-69 meses). Foram submetidos a tratamento cirúrgico segundo técnica inicialmente descrita por P. Erasmus. Esta técnica consiste na reconstrução do LPFM com autoenxerto de recto interno. No período pós-operatório os doentes ficaram imobilizados com ortótese de extensão do joelho durante 4 semanas. Após esse período iniciaram fisioterapia de reabilitação. As actividades desportivas foram impedidas durante os primeiros 6 meses. Todos os doentes foram avaliados comparando os raio-x e tomografia computadorizada do joelho pré e pós-operatória avaliando os critérios de instabilidade rotuliana incluindo o ângulo de báscula, ângulo de tilt, TAGT e ângulo de sulco. O estudo incluiu avaliação clínica e radiológica, e grau de satisfação subjectiva. Foram utilizados os scores funcionais de Kujala e IKDC.

Resultados:
O score médio de Kujala foi de 88,9 (23-100) e o score médio IKDC foi de 80,1 (16.1-98,9). Na satisfação global subjectiva foram obtidos 5 resultados muito bons, 5 bons e 1 mau. Todos os doentes voltaram a fazer actividade desportiva recreativa. Não se registaram novos episódios de luxação rotuliana. Dois doentes referiram sensação de giving away episódica. 9 dos 10 doentes apresentaram restituição completa da amplitude de movimento do joelho operado à excepção de 1 caso em que houve limitação importante da flexão por tensionamento excessivo da plastia, o que obrigou a revisão cirúrgica.

Discussão:
A reconstrução do LPFM como tratamento da luxação recidivante da rótula tem-se revelado nos últimos anos um método de tratamento bastante eficiente. Os resultados finais obtidos neste estudo são comparáveis com outros publicados na literatura actual. Esta técnica está associada a baixa taxa de complicações.

Conclusão:
Os resultados obtidos neste estudo são bastante satisfatórios no que à função e tratamento objectivo da luxação recidivante da rótula diz respeito. A reconstrução do LPFM é um procedimento válido e eficaz nesta patologia.

Ombro e Cotovelo

CL91 - **Artroplastia Total do Cotovelo Não Restritiva Em Doentes De Baixa Demanda Física:Um estudo de seguimento a longo prazo**
Sara Machado, Paulo Ribeiro De Oliveira, Manuel Seara, Antonio Matos Coutinho, Isabel Almeida Pinto, Rui Pinto
(centro hospitalar de s. joão)

Introdução:
A Artroplastia Total do Cotovelo (ATC) é uma opção terapêutica em doentes com destruição articular significativa. Contudo, na maioria dos centros a experiência com a ATC é escassa, parecendo existir uma maior taxa de complicações associadas ao procedimento, como infeção, falência mecânica ou neuropatias. Por isso, a indicação para a realização de ATC pode encontrar-se abaixo do ideal. Existe na literatura pouca informação sobre o tema, sendo que a maioria dos estudos realizados até à data baseiam-se essencialmente em resultados a curto prazo. Foi nosso objetivo clarificar os resultados a longo prazo deste procedimento de aplicação crescente.

Material e Métodos:
Selecionaram-se todos os doentes submetidos a Substituição Total do Cotovelo na mesma instituição, com recurso ao mesmo tipo de prótese - não restritiva - e com baixa demanda física (n=13). Efetuou-se um estudo prospetivo, com um tempo médio de seguimento pós-operatório de 72 meses. Aplicou-se o Mayo Elbow Performance Score (dor, arco de movimento, estabilidade, capacidade para realização de atividades diárias) e efetuou-se um estudo radiológico convencional previamente à cirurgia e após a cirurgia - a médio e a longo prazo.

Resultados:
Todos são portadores de artrite inflamatória, em 80% dos casos Artrite Reumatóide. Todos são do sexo feminino, com uma idade de 53±19 anos à data da cirurgia. O score de Mayo prévio à cirurgia era pobre em todos os doentes (valor médio de 43 pontos). Verificou-se uma melhoria progressiva substancial neste valor após a cirurgia, com uma média de 70 e 80 pontos a médio e longo prazo respetivamente, sobretudo por influência na redução da dor e melhoria na capacidade de realização de atividades diárias. Registou-se um aumento na amplitude de movimentos em todos os casos, com uma amplitude média de 100º. De acordo com o score aplicado, os resultados são excelentes em 50% dos doentes, bons em 30%, razoáveis em 10% e pobres em 10%. Registou-se um caso de falência mecânica, 19 meses após a colocação, dois casos de neuropatia cubital transitória e um caso de infeção da ferida cirúrgica. Não foram descritas outras complicações, nomeadamente instabilidade ou fraturas peri-protésicas. 90% dos doentes demonstraram-se satisfeitos com o tratamento.

Discussão:
A limitação funcional significativa do cotovelo acarreta grande perda na qualidade de vida do doente, incapacitando-o para as mais simples atividades da sua vida diária como pentear-se ou vestir-se. Pequenas melhorias na amplitude de movimentos e alívio da dor resultam em alterações significativas na capacidade funcional do doente. Os resultados obtidos com este estudo parecem confirmar o benefício da artroplastia não restritiva na disfunção articular grave no doente de baixa demanda física, sobretudo no alívio da dor, na capacidade para realização de atividades diárias e consequentemente na qualidade de vida dos doentes, alcançando-se resultados muito bons a excelentes na maioria dos casos.

Conclusão:
Bons resultados no alívio da dor e na capacidade funcional são obtidos a longo prazo com a Artroplastia Total do Cotovelo não restritiva, que assim demonstra ser uma excelente opção terapêutica nos doentes de baixa demanda física com artropatia grave do cotovelo.

CL92 - **Prótese Invertida do Ombro como Tratamento das Fracturas Complexas do Úmero Proximal – Resultados de um Estudo Prospectivo**
Pedro Santos Leite, Luis Dias Costa, Marco Barroso Oliveira, Luciana Leite, Daniel Esteves Soares, Rui Claro
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António)

Introdução:
Com o envelhecimento da população, as fracturas do úmero proximal são cada vez mais frequentes. O tratamento cirúrgico das fracturas mais complexas é controverso, especialmente na população em idade geriátrica. O resultado funcional após hemiartroplastia neste grupo é habitualmente insatisfatório. Por outro lado, a artroplastia total invertida do ombro tem ganho popularidade como primeira opção de tratamento. Temos como objectivo avaliar o resultado funcional da

Prótese Total do Ombro (PTO) invertida em idosos com fractura complexa do úmero proximal.

Material e Métodos:
Realizamos um estudo prospectivo, incluindo doentes submetidos a PTO invertida como tratamento primário de fractura do úmero proximal, entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012. As fracturas foram classificadas em três ou quatro partes de Neer. Todas as cirurgias foram realizadas por um cirurgião diferenciado em patologia do ombro e com recurso ao mesmo tipo de prótese. O membro operado foi imobilizado durante quatro semanas, seguidas de um programa de reabilitação com mobilização activa e passiva controlada por fisioterapeuta. Todos os doentes foram avaliados clínica e imagiologicamente ao longo do follow-up. Os resultados funcionais foram avaliados através do score de Constant; a qualidade de vida com o score DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) e a dor com a Escala Visual Analógica.

Resultados:
Foram incluídos 27 doentes, 24 mulheres (88,9%) e 3 homens (11,1%), com idade média de 79 anos [72-85]. Perderam-se 4 doentes no follow-up. O tempo médio de acompanhamento foi de doze meses. Todas as fracturas resultaram de uma queda ao mesmo nível. Foram classificadas 74% fracturas como "quatro partes" de Neer e 26% como fracturas em "três partes"; 88,9% dos pacientes tinham mais que uma co-morbilidade associada. A pontuação média do score Constant do lado operado foi de 58 valores [38-76] e do lado não operado foi de 72 [49-84]. O arco de mobilidade foi, em média, 110° de elevação anterior, 12° de rotação externa e 5º de rotação interna. A pontuação média foi de 38,64 DASH [6,7-70,8]. O valor médio da escala visual analógica foi de 8. Realizado o estudo radiográfico não se verificou osteólise peri-implante ou presença de "notching" na glenóide.

Discussão:
A escolha do tratamento deve ter como objectivo principal a obtenção de um arco de mobilidade seguro e funcional que se traduza em níveis aceitáveis de qualidade de vida, com o mínimo de intervenções. Apesar dos avanços dos últimos anos, é difícil voltar a atingir o nível prévio à fractura, especialmente na população mais idosa. Neste contexto, a hemiartroplastia apresenta resultados funcionais variáveis, em grande parte devido à não consolidação das tuberosidades, o que torna por vezes necessária a conversão para PTO invertida. Este estudo revela que a PTO invertida possibilita uma recuperação rápida e segura, sendo de extrema importância neste grupo etário pelas várias co-morbidades associadas.

Conclusão:
A PTO invertida é actualmente uma opção válida e a ter em conta em doentes idosos com fracturas complexas do úmero proximal.

CL93 - **Reparação artroscópica da rotura da coifa com equivalente transosseaRelação custo beneficio**
Luis Pires, Eduardo Carpinteiro, Raul Alonso, Xavier Vasquez
(Hospital da Luz)

Introdução:
O tratamento artroscópico da rotura da coifa continua a ser um método de tratamento eficaz e com resultados satisfatórios. A metodologia do tipo de sutura continua a ser motivo de discussão quanto ao melhor método de ancoragem da coifa. O que continua certo é a procura das metodologias como melhor rentabilidade no custo-benefício das várias opções cirúrgicas. Os autores comparam prospectivamente 2 métodos de tratamento de ancoragem da coifa para o tratamento de roturas da coifa e avaliam os resultados finais.

Material e Métodos:
Comparamos 60 doentes divididos por 2 grupos de doentes entre 6 Meses e 2 anos, com idades compreendidas entre os 50 e 70 anos, 66% mulheres, com roturas da coifa envolvendo 1 ou 2 tendões, de 1 a 5 cm com retração coronal grau I /II. Um dos grupos realizou sutura com uma única fileira (G1), e o outro grupo com uma fileira associado com "suture bridge" ou equivalente transósseo(G2).

Resultados:
Verificamos uma melhoria global dos 2 métodos, em particular dos score funcionais de Constant Normalizados (de 24 para 75 pontos), bem como da satisfação dos doentes passando de insatisfeito para muito satisfeitos e muito satisfeitos (70%). Quando comparamos os resultados dos 2 grupos, na dor, atividade funcional, e força muscular não foram registadas diferenças. Quanto a mobilidade verificamos uma melhoria funcional global, embora com tendência para a melhoria da rotação externa, no G 2 (87%) quando comparada com G 1 (77%).

Discussão:
A metodologia da sutura do tratamento artroscópico da coifa continua na busca das melhores soluções com os menores custos. Nas reparações em suture bridge convencionasi são utilizadas uma maior numero de ancoras, nem sempre com beneficio clinico. Esta reparação em suture bridge de forma trainagular, utiliza menor numero de ancoras, mas coma resultados satisfatórios

Conclusão:
Embora com número limitado de doentes, este trabalho apresenta bons resultados globais no tratamento das roturas da coifa e sugere a melhoria da mobilidade, em particular da rotação externa com a sutura equivalente transóssea

---

CL94 - **Influência do comprimento do braço na artroplastia invertida do ombro**
Ricardo Frada, António Miranda, Herculano Nascimento, Fernando Leal, Vera Resende, João Teixeira (CHEDV)

Introdução:
A biomecânica da artroplastia total invertida do ombro baseia-se na inversão da relação "ball and socket" da articulação gleno-umeral otimizando o braço de alavanca e a força do deltoide. É objeto de estudo por vários autores a quantificação da tensão ótima do deltoide e de forma indireta o posicionamento ideal da prótese por forma a obter o melhor resultado funcional. Pretendemos com este estudo efetuar uma avaliação da correlação entre o alongamento do braço e o aumento da elevação anterior do ombro.

Material e Métodos:
Foi efectuada uma avaliação retrospetiva de 45 pacientes submetidos a artroplastia total do ombro invertida com um follow-up mínimo de 1 ano. A avaliação consistiu numa medição radiológica do comprimento do úmero e braço ispsi e contra-lateral calculando o alongamento no membro submetido a artroplastia e a sua correlação com a elevação anterior do ombro. Foi também avaliado o score de Constant para uma avaliação funcional.

Resultados:
Foram avaliados 45 pacientes, 34 mulheres e 11 homens, com uma idade média de 68,2 anos. O alongamento médio do braço foi de 11,5mm (variando de 7 a 47 mm) e o alongamento médio do úmero foi de 8,1 mm (variando de 4 a 25 mm). Não foi verificada uma relação estatisticamente significativa entre o alongamento do úmero e a elevação anterior do ombro. ($p=0,21$) Avaliando o alongamento do braço verificamos uma relação estatisticamente positiva com a elevação anterior do ombro, sendo que alongamentos superiores a 10mm apresentavam valores de elevação anterior do ombro superiores a alongamentos inferiores a 10mm ($p<0,001$). O score de Constant médio foi de 61 notando-se uma relação positiva com o alongamento do braço> 10mm ($p<0.001$).

Discussão:
De acordo com estudos recentes publicados na literatura demonstra-se cada vez mais a importância do correto tensionamento do deltoide para que a artroplastia invertida do ombro seja funcional. Mais precisamente um estudo publicado por Lädermann apresenta um correlação entre o alongamento do braço e a estabilidade da prótese e a melhoria na amplitude da elevação anterior do úmero. Na série também verificamos esta correlação positiva bem como uma melhoria funcional da artroplastia com um score de Constant superior quando as artroplastia apresenta um alongamento > 10mm. No entanto não conseguimos estabelecer um limite ótimo para o alongamento do braço pelo que mais estudos e com séries maiores seja fundamental.

Conclusão:
Na artroplastia invertida do ombro é fundamental o correto posicionamento dos componentes da prótese por forma a tencionar o deltoide e assim permitir uma melhor eficiência biomecânica. Com o presente trabalho verificamos que o alongamento do braço associa-se a uma melhoria na amplitude da elevação anterior do ombro e também uma melhoria no score de Constant. Desta forma parece-nos que o planeamento pré-operatório é fulcral para uma otimização funcional da artroplastia

---

CL95 - **Correlação funcional e ecográfica no tratamento cirúrgico da coifa dos rotadores com seguimento superior a 5 anos**
Vânia Oliveira, Luís Silva, Pedro Barreira, Joaquim Ramos, José Carlos Vasconcelos, José Manuel Lourenço (Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:
A patologia da coifa dos rotadores é frequente, aumenta com a idade e pode condicionar dor e limitação funcional com consequências económicas e psicossociais. As rupturas podem ser completas ou parciais, articulares ou bursais, variando de maciças (>2 tendões; >5cm), grandes (3-5cm), médias (1-3cm) ou pequenas (<1cm). Nas rupturas sintomáticas, resistentes a tratamento conservador, a cirurgia visa eliminar a dor e restaurar a função, com taxa de sucesso entre 5-90%. A dimensão da ruptura condiciona o resultado sendo as maciças associadas a 60% de re-ruptura comparativamente com 36% em pequenas/médias. O tratamento artroscópico é efectivo e apresenta vantagens relativamente à cirurgia clássica aberta mas a influência técnica e qualidade da sutura são controversas. Os autores propuseram-se avaliar a eficácia objectiva e subjectiva do tratamento cirúrgico na ruptura da coifa dos rotadores, com o mínimo de 5 anos de seguimento. Aprecia-se a relação entre resultado funcional e achados ecográficos tentando contribuir para optimização do tratamento destes doentes.

Material e Métodos:
Entre 2002 e 2007 foram realizadas 166 suturas da coifa dos rotadores em 156 doentes, pelo mesmo cirurgião. As ecografias pré e pós-operatórias foram sempre realizadas pelo mesmo radiologista. Completaram follow-up (FU) 77 doentes, com avaliação funcional (Constant-Murley Score e UCLA Shoulder Score) e ecográfica, correspondendo a 87 rupturas. Retrospectivamente, nos 156 doentes foram adicionalmente avaliados os seguintes parâmetros: tipo de ruptura, cirurgia, sutura e material usado, complicações, dor (VAS), retorno laboral/atividades prévias e inquirido o grau de satisfação dos doentes.

Resultados:
A média de idade foi 55,6 anos (22-77) com FU de 7,4 anos (5-11) sendo a maioria 113 (72,4%) feminina. Em 14 casos tratou-se ruptura aguda traumática, sendo 2 casos secundária a artrite reumatoide e 150 degenerativas. No total verificaram-se 145 (87,3%) rupturas completas sendo 14 (9,7%) maciças e 61 (42,1%) grandes. Realizaram-se 122 (73,5%) suturas artroscópicas, sendo 44 (26,5%) abertas por mini-open. Duas suturas foram parciais, em 22 associou-se tenotomia da LPB e 8 tenodeses. Verificaram-se 4 complicações (2,4%): 2 capsulites retrácteis submetidas a capsulotomia artroscópica e 2 re-rupturas precoces (4 meses pós-traumática; 6 meses) submetidas a nova sutura. A avaliação funcional média foi 72 (31-100) Constant Score e 29 (19-35) UCLA Score. O VAS foi 2,89 (0-8) e 29 (43,3%) doentes encontram-se assintomáticos. Ecograficamente, verificou-se 29/87 (33,3%) re-rupturas, 32,3% artroscópicas e 40,1% abertas, lembrando que a sutura aberta foi usada em rupturas maiores. Retomaram actividades prévias 95,5% dos doentes e apenas 1 necessitou adaptação profissional. Registou-se 100% de satisfação relativamente ao pré-operatório.

Discussão:
Apesar da importância da integridade da sutura na função, estas nem sempre se relacionam. A qualidade do tendão e vascularização condicionam o resultado da sutura, assim como co-morbilidades, obesidade, imunossupressão e tabaco. Estudos prévios revelam resultados superiores quando envolvimento isolado do supra-espinhoso, com 75% de integridade aos 5 anos, comparativamente com envolvimento conjunto do infra-espinhoso, com >50% de recidiva. Este estudo reforça o impacto do tratamento cirúrgico na dor, encontrando-se todos os doentes satisfeitos apesar dos resultados funcionais e re-ruptura imagiológica. Verificam-se viés na avaliação funcional: trauma subagudo; esvaziamento ganglionar axilar; sequelas motoras pós-AVC; lesão do plexo braquial pós-traumática; doença neuromuscular; sequelas de poliomielite; artrodese do ombro contralateral; rupturas maciças contralaterais sintomáticas. Estes factores condicionam por si só menor função e discordância entre as 2 escalas funcionais usadas. Salienta-se também a variabilidade no grau de exigência funcional

---

CL96 - **Artroplastia Total do Cotovelo: análise retrospectiva dos primeiros 29 casos.**
Marco Guedes De Sousa, Ricardo Sousa, Rui Claro, Ricardo Aido, Miguel Trigueiros, César Silva
(Santo antonio)

Introdução:
A Artroplastia Total do Cotovelo (ATC) é recomendada em caso de destruição articular avançada. Actualmente, a artrite reumatoide e artrose pós traumática constituem as principais indicações para ATC. O número de artroplastias do cotovelo tem aumentado nos últimos anos, contudo este procedimento ainda permanece associado a dificuldades técnicas e complicações pós operatórias. O objectivo do presente

estudo é avaliar a função do cotovelo e o estado clínico dos doentes submetidos a ATC.

Material e Métodos:
Revisão clínica retrospectiva de 29 artroplastias realizadas em 27 doentes (24 mulheres e 3 homens) entre 2003 e 2012. As indicações cirúrgicas foram: artrite reumatoide (n=22) e artrose pós traumática (n=6) e osteoartrite idiopática (n=1). Artroplastia bilateral foi realizada em 2 doentes com artitre reumatoide. O outcome principal foi a avaliaçao funcional utilizando os seguintes testes: arco de mobilidade, Mayo Elbow Performance Score (MEPS) e Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH). O outcome secundário foi: melhoria da dor (utilizando Escala Visual Analógica), a satisfação do doente e as complicações pós operatórias. Incluiu-se no estudo a análise de radiografias para avaliação de possíveis sinais de descelagem.

Resultados:
O aumento do arco de mobilidade foi observado em todos os doentes. Os valores de mobilidade registados foram: flexão média de 121,4º com um défice de extensão médio de 33,2º. Os resultados funcionais registados foram: MEPS médio 86,2 e DASH médio 58,7. Foram reintervencionados 3 doentes, 2 por descelagem e por infecção protésica. Complicações infecciosas foram registadas em 2 casos e sinais de osteólise em 4. Não se verificou nenhum caso de luxação.

Discussão:
Tem se verificado um crescimento das artroplastias do cotovelo no entanto num número inferior ao de outras articulações. A melhoria significativa na qualidade de vida e função sobretudo dos doentes com artrite reumatoide tem influenciado esta tendência crescente. Os resultados deste estudo estão de acordo com outros estudos, onde se verifica uma melhoria no arco de mobilidade, melhoria da dor assim como na avaliação funcional. As principais complicações relacionam-se com o risco infeccioso e de descelagem. A taxa de complicações registada foi ligeiramente elevada quando comparada com outros estudos, este resultado pode ser justificado pelo tamanho da amostra.

Conclusão:
A ATC melhora o estado clínico do doente reduzindo a dor, melhorando o arco de mobilidade e a capacidade de realizar actividades de vida diária. Embora associada a uma taxa de complicações ainda elevada, o nível de satisfação dos doentes é também elevado.

CL97 - **Factores de risco para a re-rotura da coifa dos rotadores: estudo retrospectivo de 95 reparações artroscópicas**

Clara Azevedo, Susana Vinga, Nuno Oliveira, Bárbara Campos, José Miguel Sousa, Luis Sobral
(Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental)

Introdução:
A taxa de re-rotura após reparação artroscópica da rotura coifa dos rotadores reportada na literatura varia entre 25 a 90%. A responsabilidade tem sido atribuída a factores extrínsecos (aspectos técnicos da reparação cirúrgica, ou do estilo de vida do doente, como o tabagismo) e a factores intrínsecos (como a diabetes mellitus) que prejudicam o processo biológico de cicatrização da coifa. Tem aumentado a evidência da equiparação biomecânica de diferentes configurações de fixação com suturas de ancoragem (mono ou dupla fileira) e de diferentes tipos de sistema de ancoragem na reparação da rotura da coifa, e tem crescido a convicção de que favorecer o processo biológico de cicatrização da rotura da coifa poderá diminuir a taxa de re-rotura, constituindo a chave do sucesso da reparação. Com o objectivo identificar factores de risco para a re-rotura da coifa dos rotadores, desenhou-se um estudo retrospectivo.

Material e Métodos:
Revistos 95 doentes consecutivos operados pelo mesmo cirurgião, com reparação artroscópica da rotura do supraespinhoso e/ou infraespinhoso, num período de 4 anos (follow-up médio 28 meses: mínimo 6; máximo 55). Análise estatística dos aspectos epidemiológicos e dos aspectos técnicos da reparação, com IBM-SPSS-Statistics 20®.

Resultados:
95 doentes (55 feminino/49 masculino), com idade média de 55 anos (22-77): 12 eram fumadores, 12 diabéticos, 66 apresentavam rotura completa e 29 rotura parcial do supra/infraespinhoso e 37 tinham rotura do subescapular associada. A reinserção artroscópica do supra/infraespinhoso foi realizada com suturas de ancoragem em 92 doentes e com sutura side-to-side em 3 doentes, com uma média de 1,6 (0-3) âncoras na footprint, média de 2,5 (1-5) suturas no tendão. Concomitantemente em 44 doentes realizou-se a tenodese, em 36 a tenotomia e em 15 nenhum gesto

na longa porção do bicípite braquial. Em 23 doentes reinseriu-se a rotura do subescapular associada. Em 9 doentes a RMN de controlo, realizada em média aos 6 meses pós-operatórios, revelou re-rotura do supra/infraespinhoso (taxa de re-rotura de 9,5%). Verificou-se independência da falência da cicatrização da rotura da coifa quanto à idade, tempo de evolução da lesão, lateralidade, dominância, hipercolesterolémia, tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, classificação da rotura do supra/infraespinhoso, lesão SLAP associada, gesto associado no subescapular, número de âncoras na footprint, número de suturas no tendão supra/infraespinhoso, tipo de âncoras. Houve diferenças estatisticamente significativas: quanto ao género (p=0,004, Fischer's exact test) - no grupo da re-rotura 88,9% de doentes eram do sexo masculino; quanto à rotura associada do subescapular (p=0,026, Fischer's exact test) - no grupo da re-rotura 77,8% dos doentes tinham rotura do subescapular associada; e quanto ao gesto na longa porção do bicípite braquial (p-value=0,006, Fisher's exact test) - no grupo da re-rotura em 88,9% foi realizada tenotomia.

Discussão:
A associação da tenotomia com a re-rotura do supra/infraespinhoso poder-se-ia explicar por ser uma técnica menos favorável ao processo de cicatrização, comparada com a da tenodese, mas a inexistência de re-roturas em doentes com nenhum gesto na longa porção do bicípite parece contrariar esta explicação. A correlação da re-rotura do supra/infraespinhoso com a rotura do subescapular confirma que a rotura do subescapular associada à rotura do supra/infraespinhoso é um factor de mau prognóstico no tratamento da rotura da coifa dos rotadores; a não correlação da re-rotura com a realização da reinserção do subescapular agrava o prognóstico, pois a reinserção da rotura do subescapular não contribui para a diminuição do risco de re-rotura do supra/infraespinhoso, ou seja, o cirurgião não consegue reduzir o risco de re-rotura do supraespinhoso através do gesto no subescapular.

CL98 - **Resurfacing CTA na rotura maciça irreparável da coifa no jovem adulto**
Rodolfo Caria Mendes, Inês Pedro, Pedro Pimentão
(Hospital Lusíadas)

Introdução:
O adulto jovem com rotura maciça irreparável da coifa é um desafio em termos de tratamento. A artroplastia total invertida tem uma longevidade limitada nestes doentes devido à taxa elevada de descolamento asséptico, não deixando alternativas de recurso. A transferência tendinosa também tem resultados pouco satisfatórios em roturas maciças irreparáveis, sobretudo na ausência de subescapular. A hemiartroplastia CTA é uma opção válida neste grupo. A cabeça de cobertura aumentada articula de forma indolor com o arco coracoacromial, o qual passa a funcionar como fulcro. Isto traduz-se num alívio significativo das queixas álgicas e um aumento moderado das amplitudes funcionais, porque o ombro passa a funcionar sem dor. O resurfacing CTA funciona com o mesmo princípio mecânico, mas é um procedimento menos complexo, poupa stock ósseo e permite uma revisão facilitada para artroplastia invertida mais tarde, se necessário.

Material e Métodos:
4 doentes com idades entre os 48 e os 52 anos foram submetidos a resurfacing CTA da cabeça umeral por rotura maciça irreparável da coifa, entre Maio de 2010 e Outubro de 2011. Todos foram operados pelo mesmo cirurgião. Os doentes foram avaliados em consulta pré-operatória e após o follow-up. O follow-up médio foi de 2,1 anos (mínimo 17 meses, máximo 36 meses). Os resultados foram avaliados através do Score de Constant.

Resultados:
Em média, o Score de Constant pré-operatório foi de 27, e após um follow-up médio de 2,1 anos foi de 63. A melhoria do Score de Constant em relação ao pré-operatório foi em média de 36 pontos. É de salientar que, no que respeita à avaliação da dor e qualidade do sono no Score de Constant, todos os doentes passaram de score mínimo (dor severa, atingimento franco do sono) para máximo (sem dor, sem atingimento do sono) em ambas as categorias. Não foram registadas complicações nos procedimentos cirúrgicos.

Discussão:
O ganho no Score de Constant foi primariamente devido ao alívio da dor, e secundariamente a um modesto aumento das amplitudes articulares por estes ombros passarem a funcionar sem dor. Todos os doentes referiram que voltariam a realizar o procedimento.

Conclusão:
O resurfacing CTA é uma boa opção no tratamento da

rotura maciça irreparável da coifa no jovem adulto, mesmo com insuficiência do subescapular, sendo particularmente eficaz no alívio da dor. É um procedimento tecnicamente pouco exigente, poupa stock ósseo e permite uma revisão facilitada para artroplastia invertida mais tarde, se necessário.

CL99 - **Tratamento cirúrgico da Epicondilite Lateral: Nirschl modificada vs Radiofrequência**

André Simões Carvalho, Tiago Rebelo, João Moreno, João Figueiredo, Joaquim Nelas, Manuel Sousa
(Centro Hospitalar Tondela Viseu)

Introdução:
A epicondilite lateral ("tennis elbow") é causa frequente de dor crónica e limitação funcional do cotovelo no adulto. Relacionada com a degenerescência tendinosa do curto extensor radial do carpo do membro dominante, afecta sobretudo homens na 4ª e 5ª décadas de vida. O tratamento conservador assume o papel principal com modificação das AVDs, medicação (AINEs), infiltração local com corticoide, fisioterapia e utilização de ortóteses. Nos casos refractários o tratamento cirúrgico assume-se como alternativa existindo uma multiplicidade de técnicas descritas desde a abordagem clássica de Nirschl, tratamento percutâneo, artroscópico ou mini-invasivo com radiofrequência. O objectivo do trabalho é o estudo retrospectivo dos doentes tratados cirurgicamente pela cirurgia de Nirschl modificada e a mini-invasiva com radiofrequência (ponteira de termoablação).

Material e Métodos:
Todos os doentes operados no serviço pela técnicas mini-invasivas de Nirschl ou radiofrequência (mesmo material) nos últimos 5 anos a epicondilite lateral (n=27) resistente ao tratamento conservador instituído (AINE, alteração AVDS, fisioterapia e um máximo de 2 infiltrações com betametasona + lidocaína e eventual ortótese no cotovelo - banda de tensão) durante um período mínimo de 6 meses. Com um follow-up mínimo de 9 meses (3-12) foram avaliadas e registadas dor (PAVS - escala visual analógica de dor e necessidade de medicação) e função (retorno sem limitação à actividade desportiva / laboral e capacidade de preensão) pré e pós operatório.

Resultados:
Dos 27 cotovelos operados, 21 eram do sexo masculino com idade média de 36 anos (18-57), braço dominante em 23 doentes. A epicondilite estava supostamente relacionada com a prática desportiva em 11 doentes e com a activadade laboral nos restantes 16. A duração média dos sintomas pré-op foi de 11 meses (6-19). O procedimento cirúrgico instituído foi mini-open Nirschl em 15 doentes (55,5%) e radiofrequência nos restantes (44,5%) A PAVS média inicial era de 6,8 nas actividades melhorando para 1,4/1,2 e 4,1 em repouso evoluindo para 0,7 / 0,6 com o Nirschl e radiofrequência respectivamente. Seis doentes (22%) necessitavam toma de AINEs (4 dos Nirschl) em SOS e 3 mantinham ortótese para mais conforto durante a actividade. A capacidade funcional média melhorou de 32 para 51 e 53 (Oxford Elbow Score). A reabilitação pós operatória imediata preconizava crioterapia, AINEs e imobilização. A mobilização com exercicíos de preensão e alongamento iniciada aos 10 dias e a retoma das AVDs às 6 semanas. Não se verificaram quaisquer complicações decorrentes do tratamento realizado.

Discussão:
A cirurgia mini-invasiva tanto pela técnica de Nirschl como pela radiofrequência revelou ser um procedimento eficaz para o tratamento da epicondilite lateral refractária ao tratamento médico permitindo tanto a melhoria sintomática como a retoma das actividades prévias. Apesar de aparente melhor follow-up no grupo operado por radiofrequência a questão económica (ponteiras de termoablação de uso único e preço significativo) faz com que a técnica modificada de Nirschl possa persistir como tratamento válido nesta patologia.

Conclusão:
A epicondilite lateral é causa importante de morbilidade sendo o tratamento conservador em alguns casos suficiente para alívio sintomático. Nos casos refractários, a multiplicidade de opções disponíveis cirurgicamente apresentam resultados similares segundo a literatura (aberto vs artroscópico) sendo a maior diferença provável relativa ao retorno à actividade. Neste trabalho comprovou-se que tanto a técnica mini-open Nirschl modificada como a radiofrequência são eficazes no tratamento do "tennis-elbow".

CL100 - **Resultados da libertação artroscópica do nervo supraescapular: meta-analise**

Nuno Vieira Ferreira, Nuno Sevivas, Luís Carriço, Rui Duarte, Tiago Frada, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
A libertação artroscópica do ligamento transverso da omoplata tem ganhado adeptos nos últimos anos sendo cada vez mais utilizada por diversos autores no tratamento da neuropatia compressiva do nervo supraescapular. Apesar dos bons resultados relatados por alguns autores, não encontramos na literatura qualquer análise sistematizada dos resultados clínicos desta nova técnica. O objetivo deste trabalho foi efetuar uma meta-análise dos estudos publicados, avaliando os resultados obtidos e identificando as indicações mais apropriadas para esta técnica.

Material e Métodos:
Efetuada revisão sistemática da literatura publicada. Pesquisa efetuada em 6 bases de dados (Medline, Science Citation Index, Embase, Google scholar, Cocrane review, ResearchGate) até Abril de 2013. Selecionadas todas as publicações utilizando como critérios de pesquisa as expressões "suprascapular nerve", "arthroscopic", "release" e "decompression". Dois investigadores pesquisaram os estudos de acordo com os critérios referidos e incluíram no estudo todos os ensaios clínicos encontrados (controlados randomizados ou não). Um dos investigadores analisou os trabalhos e recolheu os dados e o outro investigador verificou e validou todo o processo. Os principais "outcomes" considerados foram alívio de dor, ASES score, SSV score, satisfação do doente e electromiografia pós-operatória. A análise compreendeu ainda uma síntese narrativa e uma meta-análise segundo o método da regressão ponderada.

Resultados:
Respeitando os critérios referidos, foram encontrados 24 artigos: 12 notas técnicas, 7 "case report" e 5 ensaios clínicos. Não foi encontrado nenhum ensaio clínico controlado randomizado. No estudo foram incluídos os 5 ensaios clínicos tendo sido avaliados no total 89 doentes. A indicação mais frequente foi dor, seguida de hipofunção dos músculos rotadores externos. Verificou-se melhoria franca da dor (P<0.001) 73% dos doentes e normalização do EMG em 82% dos casos nos quais estava alterado pré-operatoriamente. Quando foi avaliado o score de Constante, ele passou em média de 54 pré-operatoriamente para 81 pós-operatoriamente. 71% Dos doentes melhoraram o ASES (P<0.001) e o SSV (p<0.001).

Discussão:
Os 89 doentes avaliados nos 5 ensaios publicados até ao momento representam uma amostra ainda pequena para que possamos formular conclusões seguras. Ainda assim, a tendência dos vários estudos foi para uma melhoria significativa da dor, regressão das alterações eletromiografias existentes e melhoria da função após o procedimento. Um dos estudos apresenta ainda resultados melhores para a técnica artroscópica do que aberta (apesar de não ser um estudo randomizado). Todos os estudos reportam melhoria do parâmetro dor, o que parece ser um resultado consistente. Lafosse et al. (2007) e de Oizumi et al. (2012) dão especial importância à normalização electromiográfica verificada na maior parte dos seus doentes. A melhoria do score de Constant verificada por Clavert et. al. (2010) e do score ASES e SSV apresentados por Warner et al. (2011) indicam que o procedimento é clinicamente relevante, com melhoria estatisticamente significativa dos scores avaliados. Warner et al. (2011) exclui do estudo doentes com patologia da coifa concomitante procurando isolar a patologia em estudo. Em todos os estudos são apresentadas como indicações a cirurgia a dor localizada à face postero-superior do ombro,a existência de alterações na electromiografia e a limitação da rotação externa e da abdução, com ou sem atrofia dos músculos infra-espinhoso e supra-espinhoso.

Conclusão:
A libertação artroscópica do nervo supra-escapular é uma técnica recente e em expansão. Apesar das series publicadas até ao momento serem pequenas, é um procedimento que parece proporcionar resultados clínicos positivos consistentes, constituindo um tratamento válido para a neuropatia compressiva do nervo supra-escapular.

CL101 - **Osteossíntese do úmero proximal com cavilhas de Rush - Análise retrospectiva**

Miguel Pádua Figueiredo, Mafalda Lopes, Francisco Flores Santos, Ricardo Pinto Rocha, Miguel Pinheiro, José Caldeira
(Prof Dr. Fernando Fonseca)

Introdução:
O tratamento cirúrgico das fracturas do úmero proximal é controverso. No nosso Serviço é utilizada uma técnica de osteossíntese minimamente invasiva com cavilhas de Rush, que empiricamente tem demonstrado bons resultados em fracturas em 2 partes do colo e em algumas em 3 partes. O objectivo deste estudo foi de avaliar retrospectivamente e reportar os resultados da técnica de osteossíntese com cavilhas de Rush para fracturas do úmero proximal tratadas no nosso hospital nos últimos nove anos.

Material e Métodos:
Foram consultados os processos clínicos e a radioteca dos doentes operados com esta técnica entre 2004 e 2012. Foram convocados os doentes para entrevista clínica e avaliação funcional. Avaliámos a distribuição por sexo, idade, lateralidade, Classificação de Neer, qualidade óssea de Tingart, qualidade da redução e escala de Constant. Avaliámos ainda a taxa de complicações nomeadamente: necrose avascular, não-união, lesão neuro-vascular, infecções e falências de material.

Resultados:
147 doentes operados. Média de idade de 70,1 anos, 74,5% do sexo feminino. Compareceram 68 doentes para avaliação. Média de diferença da escala de Constant para o contralateral - 14,1, Constant excelente ou bom - 80% Necrose avascular - 1,4%; má redução - 17,4%, pseudartrose - 10,1%, lesões neuro-vasculares - 0; infecções - 0; falências de osteossíntese: 2,9%.

Discussão:
Esta técnica permite a osteossíntese de forma eficaz para a maioria das fracturas do colo em 2 partes Neer e para algumas fracturas em 3 partes (colo e troquíter). Tem uma rápida curva de aprendizagem e em doentes com baixo nível de exigência funcional aparenta resultados sobreponíveis a outras técnicas minimamente invasivas , com menos complicações face a estas e às técnicas abertas de osteossíntese. O material necessário não carece de instrumental específico, pode estar sempre disponível e é económico.

Conclusão:
Apesar de aparentar resultados favoráveis, estudos comparativos e prospectivos poderão definir com mais clareza o papel desta técnica no tratamento das fracturas do úmero proximal.

CL102 - **Neuropatia Compressiva do Cubital - Descompressão in situ ou Transposição anterior?**
Marco Guedes De Sousa, Ricardo Aido, Luciana Leite, Miguel Trigueiros, Rui Lemos, César Silva
(Santo antonio)

Introdução:
O retináculo do túnel cubital actua como ponto de compressão do nervo cubital no cotovelo. A neuropatia de compressão, conhecida como síndrome do túnel cubital, é a segunda neuropatia de compressão mais comum do membro superior. A descompressão cirúrgica é normalmente necessária quando o tratamento conservador falha. Os tratamentos comuns incluem a incisão do retináculo do túnel cubital com ou sem transposição do nervo. Não existe, no entanto, consenso na literatura acerca do tratamento cirúrgico óptimo.

Material e Métodos:
Com o objectivo de comparar os resultados de duas das técnicas cirúrgicas mais utilizadas para a descompressão do nervo cubital, a descompressão in situ e a transposição subcutânea anterior foram revistos retrospectivamente os processos dos doentes tratados cirurgicamente na nossa instituição entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2011. Como critérios de inclusão consideramos o diagnóstico de síndrome túnel cubital idiopático baseado no exame físico e estudo electromiográfico Foram assim obtidos 97 casos, correspondendo a 96 doentes (56 homens e 40 mulheres). O lado direito foi o envolvido em 51 doentes enquanto o esquerdo o foi em 46.

Resultados:
Pré operatoriamente 14,4% dos doentes encontrava-se no Grau I do Escore Modificado de McGowan. No Grau IIa e IIb obtivemos o mesmo número de pacientes (27,8%). Enquanto 29,9% se encontravam no Grau III do mesmo escore. A neurólise in situ do cubital foi realizada em 65 casos enquanto a transposição anterior subcutânea foi realizada em 32. Segundo o Score Modificado de Wilson e Knout obtivemos 50,5 % de resultados excelentes, 18,6 % de bons resultados, 16,5% de resultados sastisfatórios e 14,4% de resultados pobres para o global dos doentes estudados. Em apenas um doente foi necessária nova intervenção cirúrgica

Discussão:
Quando comparados os resultados entre as 2 técnicas

cirúrgicas observamos valores similares para as taxas de resultados excelentes (49,2 para neurólise vs 53,1% para transposição anterior) e bons resultados (18,5 % vs 18,8%). Também no que diz respeito a resultados apenas satisfatórios ou maus resultados não existiram diferenças percentuais com valor estatístico. Da análise dos resultados resulta também uma tendência para que os doentes no Grau IIb e III de McGowan tenham uma percentagem maior de resultados menos satisfatórios ou maus resultados em comparação com os que se encontram nos Graus I e II. Essa tendência parece independente da técnica cirúrgica utilizada. O maior número de neurólises in situ efectuadas parece indicar uma preferências dos vários cirurgiões por esta técnica. O que atendendo aos resultados se poderá dever ao facto de ser tecnicamente mais simples.

Conclusão:
Nenhuma das técnicas parece sobrepor se a outra no que diz respeito a indicações específicas ou no beneficio de uma menor taxa de complicações. Pelo que os nossos resultados parecem indicar que as 2 técnicas se revelam eficientes e seguras no tratamento do síndrome do túnel cubital

---

CL103 - **Complicações em artroplastias do ombro – O que esperar num hospital de volume intermédio**
Carlos Maia Dias, Tiago Paiva Marques, Levi Fernandes, Raul Alonso, Carlos Amaral, Francisco Mendes
(Hospital Distrital de Santarém)

Introdução:
As artroplastias estão associadas a complicações específicas e o seu resultado final está dependente não só da lesão que motiva a sua aplicação como do tipo de implante aplicado. O objectivo do nosso trabalho foi avaliar de todas as artroplastias realizadas nos últimos 6 anos, descrevendo a taxa de complicações a elas associadas, enquadrando esses resultados no contexto de um hospital com volume intermédio com uma experiência curta neste tipo de procedimentos.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo de série. Desde 2007 foram realizadas no nosso Hospital 44 artroplastias do ombro, 15 por artropatia da coifa, 12 por omartrose, 6 por fractura, 6 por sequela de fractura, 4 por necrose avascular, 1 uma revisão por falência de artroplastia prévia realizada noutro hospital. Estiveram envolvidos nas cirurgias 6 cirurgiões diferentes. Foram aplicadas 5 artroplastias anatómicas, 15 hemiartroplastias, 8 artroplastias de recubrimento cefálico e 15 artroplastias invertidas. Do total de 44 doentes, foram excluídos 10 doentes por óbito, não comparência ou recusa de participação. O status funcional dos doentes com complicações foi avaliado com recurso ao score de Constant, score de ASES e SSV. Todas as complicações intra e pós operatórias registadas foram tidas em consideração.

Resultados:
As complicações, de acordo com o tipo de prótese, ocorreram em 33,3% dos indivíduos submetidos a hemiartroplastia, 28,6% dos submetidos a artroplastia de ressurfacing, 36,4% dos doentes sujeitos a artroplastia invertida e 25% dos casos submetidos a artroplastia anatómica do ombro. Quando relacionamos as complicações com a causa que motivou a artroplastia verificámos que no caso de omartrose, apenas 12,5% dos doentes tinham sofrido algum tipo de complicações. No caso de artropatia da coifa o valor foi de 41,7 %, em fracturas foi de 33,3% e sequelas de fractura foi de 50%. As complicações mais frequentes foram a fractura periprotésica, a lesão neurológica e a infecção.

Discussão:
O número baixo de indivíduos nesta amostra permite apenas realizar um estudo exploratório sobre as complicações em artroplastias do ombro num hospital de médio volume. Ainda assim, os resultados sugerem que a taxa de complicações observada é superior à descrita na literatura, não tendo sido encontrada qualquer associação com a curva de aprendizagem do Serviço. De referir ainda que uma parte significativa das complicações apresentadas resultaram de erros técnicos.

Conclusão:
Os resultados apresentados indiciam que a técnica cirúrgica das artroplastias do ombro é exigente e deverá ser optimizada. Contudo, a dimensão da amostra não permite retirar quaisquer conclusões definitivas, pelo que é desejável aumentar os efectivos numéricos de um estudo futuro, preferencialmente de forma multicêntrica.

CL104 - **Taciculectomia VS Artoplastia tacícularAvaliação clínica e radiográfica dos resultados obtidos no tratamento das fracturas da tacícularadial**

(Mason III e IV)

Jorge Homero Costa, Ricardo Guerreiro, Pedro Falcão, João Jorge, André Grenho, Joana Arcangelo
(Hospital de sao lázaro -CHLC)

Introdução:
As fracturas da tacícula radial, ocorrem na maior parte dos casos descritos por colisão desta com o capitellum, geralmente por carga axial sobre o rádio associada a rotação póstero-lateral. 30% fracturas do cotovelo Associadas a outras lesões traumáticas do cotovelo. Opções terapêuticas contemplam tratamento conservador, OTS , taciculectomia e artroplastia de substituição da cabeça radial Depende do grau/tipo de fractura, lesões associadas, idade e actividade laboral do doente. A literatura é controversa, acerca dos resultados obtidos, quando se contrapõem taciculectomia e a artroplastia Taciculectomia: fracturas Mason III/IV em que OTS não foi considerada. Artroplastia: fracturas complexas Mason III/IV -Lesão da MIO + dissociação ARCD + rutura da TFCC (Lesão Essex Lopresti) -Lesão do LCI -Fractura da apófise coronóideia, olecrâneo ou capitellum -Luxação do cotovelo? - Doente jovens, mesmo se sem lesões associadas? Papel benéfico da reconstrucção anatómica Este trabalho tem como objectivo avaliar os resultados clínico-radiológicos dos doentes submetidos a estes 2 tipos de tratamento, no período compreendido entre Outubro de 2003 e Outubro de 2011

Material e Métodos:
Período : 10 anos (2003- 2011) População: 33 doentes operados -Avaliados: 19 casos -Não avaliados: 14 casos Impossibilidade contacto: 5 Indisponivel para o estudo: 9 Distribuição por género: 58% sexo F/ 62 % M Média etária: 56 anos (21 e 79) Procedimentos: -11 Taciculectomia* -8 Artroplastia tacicular* Recuo médio: 96 meses *Follow Up >1 ano Parametros de avaliação Avaliação retrospectiva: consulta de processos clinicos Avaliação objectiva, subjectiva e radiológica Questionários: -QuickDash -Mayo Elbow Score Radiologia: -Ângulo de carga do cotovelo - Encurtamento radial

Resultados:
Resultados Total Recuo médio de 96 meses 12 fracturas Mason III 7 fracturas Mason IV 10 com lesões associadas Resultados Taciculectomia 9 fracturas Mason III 2 fracturas Mason IV 2 com lesões associadas - 2 luxação posterior Distribuição por género: 64% sexo F/36% M Média etária: 56 anos (29 e 78) Complicações pós cirurgicas: 1 caso neuropráxia nervo radial 82% assintomática ou queixas álgicas ligeiras cotovelo Objectivamente: 10º extensão - 130º flexão - 80º pronação - 80% supinação Radiologia - Diminuição de 4º ângulo de carga -Encurtamento radial médio de 2,4mm Questionários - QuickDash médio: 38,6 - Mayo Elbow Score: 84 Resultados Artroplastia 3 fracturas Mason III 5 fracturas Mason IV 8 com lesões associadas -5 luxações posteriores -1 fractura olecrâneo -1 fractura apófise coronoide -1 Instabilidade por lesao LCI Distribuição por género: 50% sexo F/ 50 % M Média etária: 56,9 anos (21 e 79) Sem complicações pós cirurgicas 63% assintomática ou queixas álgicas ligeiras cotovelo Objectivamente: - 15º extensão - 110º flexão - 80º pronação - 70% supinação Radiologia - Diminuição de 5º ângulo de carga -Encurtamento radial médio de 1,0 mm Questionários - QuickDash médio: 45,5 - Mayo Elbow Score: 78

Discussão:
Doentes submetidos a taciculectomia com melhores resultados : Menor incidência de queixas álgicas (76% vs 63%) Melhor arco funcional (>20º Flexão,>5º extensão,0ºpronação e >10º supinação) Menor diminuição do ângulo de carga (4º vs 5º) QuickDash (38,6 vs 45,5) Mayo (84 vs 78)* Contra: Encurtamento radial médio de 2,4mm vs 1,0mm

Conclusão:
Opções válidas, se seleccionadas correctamente Resultados ligeiramente superiores na taciculectomia - Lesões menos graves/não complexas - Técnica cirurgica mais simples VIEZ ? Ambas condicionam ligeira diminuição da mobilidade do cotovelo (em especial supinação e extensão) Pouca repercussão álgica ou actividades quotidianas Migração proximal do rádio mas sem queixas punho Sem casos de instabilidade em Valgo

---

CL105 - **Artrolise do cotovelo – outcome clínico e satisfação dos doentes**

Filipe Carrico, Nuno Ferreira, Rui Duarte, Luís Miguel Silva, Nuno Sevivas, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
A rigidez articular do cotovelo é uma complicação frequente após traumatismos do cotovelo. Na sua presença, a recuperação do arco de mobilidade funcional do cotovelo que varia de 30-130º, pode ser um desafio demorado e extremamente difícil. A

artrolise do cotovelo é uma técnica segura mas tecnicamente exigente que pode ser feita por artroscopia ou por via aberta. Estudos anteriores já demonstraram os benefícios da artrolise no alívio da dor e na recuperação da mobilidade, mas sem grande detalhe no outcome clínico e satisfação dos doentes. Este estudo tem como objetivo rever o resultado funcional e satisfação de uma série de doentes, com rigidez do cotovelo, submetidos a artrolise.

Material e Métodos:
Nove casos de pacientes com rigidez articular do cotovelo, submetidos artrolise do cotovelo, foram incluídos. Para avaliar os resultados, foram comparados o arco de mobilidade pré e pós-operatório e utilizado o score Mayo Elbow Performance Index (MEPI) pré e pós-operatoriamente.

Resultados:
Nove doentes (66,6% sexo masculino), com idade média de 27,1 anos. 66,6% foram submetidos a artrolise por via artroscópica e 33,3% por via aberta. O tempo médio de seguimento foi de 5 meses. O arco de mobilidade do cotovelo melhorou substancialmente, em média de -35/107º (Extensão/Flexão) para -5,5/131,1º. A média de flexão aumentou de 107º no pré-operatório para 131,1º pós-operatoriamente. A recuperação da extensão aumentou significativamente, em média, de -35o no pré-operatório para -5,5º (pós-op). A média do score MEPI melhorou significativamente a partir de 63 pontos no pré-operatório para 95 pontos (variação de 65-100 pontos), com o resultado avaliado como excelente em 8 pacientes e razoável em 1. Todos, exceto 1 paciente retornaram a seu nível desejado de atividade por 3 meses após a cirurgia. A dor melhorou em 100%, os sintomas mecânicos em 89%, a rigidez em todos, exceto 11%. 8 doentes estão muito satisfeitos com o procedimento e 1 doente satisfeito. Não foram registadas complicações.

Discussão:
A artrolise do cotovelo é uma arma terapêutica muito útil, e neste caso possibilitou uma melhoria das queixas álgicas e da amplitude de movimento. Os pacientes obtiveram desta forma a restauração da função do cotovelo.

Conclusão:
Este é um tratamento seguro e confiável quando estamos perante uma rigidez desta articulação.

CL106 - **Operação de McLaughlin para o tratamento da luxação glenoumeral posterior inveterada: revisão de casos clínicos**

Filipa De Freitas, Manuel Ribeiro Da Silva, João Torres, Francisco Serdoura, Manuel Gutierres, Rui Pinto
(Hospital São João)

Introdução:
A luxação glenoumeral posterior é uma patologia rara, representando 1 a 4,7 % de todas as luxações glenoumerais e em mais de 50% casos é subdiagnosticada. Ocorre após trauma, crise epiléptica ou choque eléctrico. As luxações posteriores bilaterais, representam apenas 5% de todas as luxações posteriores. O termo inveterada é usado para descrever aquelas cuja redução não é possível realizar de forma incruenta. O tratamento tem como objectivo reduzir a luxação, restaurar a função e prevenir futuras recidivas. O objectivo deste trabalho é avaliar os resultados da técnica de McLaughlin no tratamento de doentes com luxações glenoumerais posterores inveteradas.

Material e Métodos:
Reavaliamos 6 doentes com luxação glenoumerais posterior, inveterada, tratados cirurgicamente na nossa instituição, pela técnica de McLaughlin, entre Janeiro de 2006 a Janeiro de 2013. Dois apresentavam luxação bilateral e foram submetidos a tratamento cirúrgico no mesmo tempo operatório. Todos os doentes foram chamados à consulta externa para reavaliação clínica e imagiológica. Foram submetidos a exame físico e aplicado o Constant Shoulder Score (CSS). A todos eles, foi também efectuado um estudo radiológico com incidências de face em dupla obliquidade e perfil.

Resultados:
Dos seis doentes reavaliados, só um era do sexo feminino. A média de idades à altura da luxação foi de 39 anos (mínimo de 29 e máximo de 49 anos). O ombro esquerdo e direito foram afectados de igual modo. A causa da luxação foi crise convulsiva em 4 doentes e trauma nos 2 restantes. A média de follow-up foi de 58 meses (mínimo de 4 meses e máximo de 88 meses). Em apenas 3 doentes o tempo que mediou entre a ocorrência do fator desencadeaste (trauma/crise convulsiva) e o diagnóstico foi inferior a 1 mês. Os restantes foram apenas diagnosticados ao fim de 1, 3 e 12 meses, respectivamente. Da análise dos exames radiológicos efectuados é possível observar sinais de omartrose em 1 dos doentes. A média do CSS foi de 83 (mínimo de 54 e máximo de 93).

Discussão:
O tratamento desta patologia depende da ponderação de uma série de factores, nomeadamente: idade, tempo decorrido até diagnóstico, extensão da lesão de HillSachs reversa, níveis de actividade e expectativas do doente. A transferência do tendão subescapular com uma pastilha óssea a preencher a lesão reversa de Hill Sachs foi descrita por McLaughlin. Posteriormente modificada por Hughes e Neer, está indicada quando o defeito da cabeça umeral se situa entre os 25% e os 50%. Verificou-se que o doente cujo diagnóstico foi mais tardio, foi aquele que apresentou CSS mais baixo. Facto apoiado pelos trabalhos de Schliemann, que apontam para uma correlação inversa entre o intervalo de tempo entre a lesão e o diagnóstico, e os resultados clínicos do tratamento cirúrgico: se o diagnostico é feito com menos de 1 mês os doentes apresentavam CSS médio de 80 pontos, enquanto, após os 3 meses, a média do CSS baixa para 58 pontos. As principais limitações que encontramos, para este estudo, são: o reduzido número de casos da série, a dificuldade em confirmar a precisão da indicação para a técnica de McLaughlin, a sua execução por diferentes cirurgiões e, por fim, a grande variação nos tempos de follow-up dos doentes nele incluídos.

Conclusão:
A luxação glenoumeral posterior é uma lesão cujo diagnóstico deve ser ponderado em situações de bloqueio de rotações. O exame físico cuidadoso auxiliado por métodos de imagem adequados são mandatários para se fazer diagnóstico precoce. A correta avaliação da extensão do defeito na cabeça umeral, assim como a redução do período de tempo que medeia entre a luxação e o seu tratamento, são críticos para a obtenção de um bom resultado final.

CL107 - **Instabilidade anterior gleno-umeral crónica: resultados clínicos e radiográficos da técnica de Latarjet com recuo mínimo de 5 anos.**
Edgar Meira, Joana Cardoso, Nuno Camelo Barbosa, Hugo Aleixo, Luís Carvalho, Pedro Costa
(Hospital de Pedro Hispano)

Introdução:
A técnica de Latarjet é uma opção válida no tratamento da instabilidade anterior gleno-umeral crónica . No entanto, há autores que consideram que promove um défice de rotação externa e uma associação com artropatia dado a sua natureza não anatómica. Este estudo pretende avaliar os resultados clínicos e a incidência de alterações artrósicas após o procedimento de Latarjet.

Material e Métodos:
Avaliação dos doentes tratados com o procedimento de Latarjet a céu aberto por abordagem deltopeitoral por luxação anterior recidivante do ombro com recuo mínimo de 5 anos. Entre Novembro de 2003 e Junho de 2008 foram operados 31 doentes, avaliados 18, 1 sexo feminino, 17 sexo masculino; idade média 26.7 (min:19; max:65). Follow-up médio: 98 meses (min:60, máx:113). Estudo retrospectivo. Registo da causa e números de episódios de instabilidade, lesões associadas, dados demográficos, tempo de espera desde a primeira luxação até à cirurgia, recuo e complicações. Determinação do score de Duplay, Subjective Shoulder Value, mobilidades e avaliação do grau de satisfação após cirurgia. Registo do tempo de retorno ao trabalho e desporto. Avaliação radiográfica com radiografia de face em dupla obliquidade e axilar bilateral. Registo da presença de lesões ósseas. Registo da posição do enxerto e parafusos e avaliação de alterações artrósicas com a classificação de Samilson e Prieto. Análise estatística das variáveis e tratamento dos dados por SPSS.

Resultados:
A primeira luxação foi devido a acidente desportivo em 13 doentes. Um doente apresentava também uma pequena rutura do supra-espinhoso que foi reparada no mesmo tempo cirúrgico. 8 doentes sofreram>/=10 luxações previamente ao tratamento cirúrgico. O tempo médio de espera até à cirurgia foi de 58,8 meses (min:11, máx:240). 8 doentes referiram dor/desconforto ligeiros no ombro operado. As mobilidades médias foram: abdução (graus): 178/178 (min:160, máx:180); elevação anterior (graus): 178/178 (min:170, máx:180); RE1 (graus): 56/58 (min:20, máx:90); RE2 (graus): 90/92 (min:60, máx:100); RI (nível vertebral dorsal): D7/D7 (min:D5, máx:D10). 3 e 4 doentes tinham diferentes amplitudes em RE e RI respectivamente quando se comparou o ombro operado com o contralateral. Score de Duplay médio:93.3 (min80; max:100) Subjective Shoulder Value médio: 92.3 (min:70; max:100) Todos os doentes retomaram a profissão após 9,9 semanas em média (min:2, máx:16). Dos 15 doentes que praticavam desporto, 13 regressaram ao mesmo nível desportivo. 16 doentes muito satisfeitos com a cirurgia. Não ocorreu nenhuma complicação cirúrgica e não houve

recidivas de instabilidade, houve uma revisão por ruptura antero-superior do labrum. 55,5 % dos ombros apresentavam lesões ósseas visíveis no raio-x pré-operatório. Não ocorreu nenhuma perda de fixação do enxerto ou penetração intra-articular dos parafusos. Um doente apresentava uma artropatia grau I de Samilson e Prieto já presente no pré-operatório. Não houve significado estatístico na comparação entre a idade na primeira luxação ou o número de luxações com o SSV ou score de Duplay. Não houve também correlação significativa entre o número de luxações e a presença de lesão óssea, entre a lesão óssea e o desempenho nos scores e entre a diferença de RE e RI nos dois ombros e a pontuação do SSV/Duplay.

Discussão:
Há vários factores que determinam qual a melhor indicação cirúrgica para cada tipo de instabilidade. Nos doentes com lesão óssea, idade jovem e prática de desportos de contacto, principalmente de arremesso, o procedimento de Latarjet está estabelecido como o gold standard.

Conclusão:
Obtivemos muito bons resultados com 0% de recidivas e scores funcionais com valores altos. A maioria dos doentes voltou ao desporto e ao trabalho que faziam habitualmente. O procedimento de Latarjet oferece bons resultados clínicos em doentes com luxação recidivante do ombro, tendo uma taxa de complicações

---

CL108 - **Indicação cirúrgica no Floating Shoulder – revendo tendências – a propósito de 2 casos clínicos**
João Pedro Raposo, Carlos Arruda, António Rebelo, Thiago Aguiar, Luís Tavares
(Divino Espírito Santo)

Introdução:
O ombro flutuante (floating shoulder) é uma lesão rara e potencialmente grave, descrita pela primeira vez por Ganz e Noesberger em 1975 como uma associação de fractura do colo da glenóide e da diáfise da clavícula. Goss, em 1993, descreveu o equivalente funcional desta lesão como a associação entre fractura do colo da glenóide e rotura ligamentar. Está normalmente associada a traumatismos de alto impacto. As fracturas alinhadas ou com mínimo desalinhamento podem ser tratadas conservadoramente, sendo os resultados iguais ou melhores quando comparado com o tratamento cirúrgico, sem os riscos deste. Como o grau de rotura ligamentar é difícil de avaliar em radiografia, as indicações cirúrgicas nesta patologia são dúbias e controversas. A fixação cirúrgica de uma ou de ambas as fracturas depende do seu padrão, e sabe-se que a osteossíntese da clavícula restabelece o contorno superior do ombro e reduz indirectamente o colo da glenóide. Os principais riscos do tratamento conservador incluem diminuição da força na abdução, limitação do arco do movimento, conflito subacromial, pseudartrose ou omalgia crónica.

Material e Métodos:
Revisão da literatura, avaliação do diagnóstico, abordagem e prognóstico da patologia referida e descrição de 2 casos clínicos.

Resultados:
Apresentam-se 2 casos, tendo sido feita a opção por tratamento conservador num deles (imobilização membro afectado durante 4 semanas e reinício da actividade progressivamente conforme tolerância e reabilitação), com consolidação e reinício da actividade desportiva e profissional aos 3 meses sem queixas. No segundo caso foi realizada osteossíntese da clavícula com placa e parafusos e sindesmopexia coraco-clavicular com parafuso e imobilização; extracção do parafuso e início de actividade ligeira às 6 semanas, com progressão na carga conforme tolerância. Início de fisioterapia às 8 semanas, com consolidação e carga total aos 3 meses, sem queixas álgicas significativas ou limitação significativa na mobilidade. Obtiveram-se resultados clínicos e funcionais sobreponíveis (Constant 93 no doente operado e 98 em doente tratado conservadoramente).

Discussão:
A abordagem e tratamento do ombro flutuante só pode ser feita após correcto entendimento da anatomia e biomecânica do ombro. O complexo suspensório superior é um anel osteo-ligamentar que assegura a suspensão do membro superior e a sua correcta relação com o esqueleto axial. É constituído pela glenóide, apófise coracoideia, porção distal da clavícula, acrómio, articulação acrómio-clavicular e ligamentos coraco-claviculares. Assim, esta entidade passa por uma dupla rotura neste complexo. Como se trata de uma lesão resultante de traumatismo de alta energia, devem ser pesquisadas lesões neurovasculares (plexo braquial e nervo supra-escapular) e respiratórias (fractura de arcos costais com pneumo ou hemotórax). O diagnóstico imagiológico deverá contemplar Rx simples do tórax, ombro (incidência antero-posterior, transtorácica e

axilar) e TAC com reconstrução tridimensional. A abordagem cirúrgica é feita preferencialmente na clavícula (osteossíntese rígida com placa e parafusos). O desvio aceitável é controverso, normalmente aceite como um encurtamento clavicular inferior a 10-20mm e medialização da glenóide inferior a 5mm. O prognóstico pode ser inferido da medição dos ângulos glenopolar (30º-45º) e de inclinação da glenóide (<20º).

Conclusão:
O ombro flutuante é uma lesão rara mas potencialmente grave. A par das lesões articulares devem ser pesquisadas lesões neurovasculares ou respiratórias, que podem condicionar a actuação ortopédica e influenciar negativamente o prognóstico. O seu tratamento é ainda controverso, baseado em estudos de nível de evidência III/IV ou estudos de caso (com resultados díspares), se bem que a grande maioria destas situações podem ser tratadas conservadoramente com resultados clínicos e funcionais muito satisfatórios.

CL109 - **Reparações parciais em side-to-side em roturas massivas da coifa Valerá a pena ? Estudo Retrospetivo**

Luis Pires, Eduardo Carpinteiro, Raul Alonso, Xavier Zurbano
(Hospital da Luz)

Introdução:
As reparações massivas da coifa em indivíduos com mais de 60 anos resultam com frequência em dor e perda de função. Existem várias alternativas para o tratamento desta patologia, nomeadamente a artroplastia inversa, nem sempres aceite pelos doentes. Por outro lado, o desbridamento artroscópico destas as lesões, associados ou não com tenotomia do LPB, reproduz resultados satisfatórios. Do ponto de vista biomecânico pode existir roturas da coifa “equilibradas” que mantem boa função da mobilidade do escapulo-umeral. Este trabalho avalia o resultado da dor e função na reparação parcial (side-to-side) destas lesões em indivíduos com mais de 60 anos.

Material e Métodos:
Foram aceites 15 doentes com mais de 60 anos com quadro clinico de rotura massiva coifa (2 ou> tendões, rotura A-P (3-5cm) retração coronal (grau 2-3), atrofia gorda (grau 1-4), propostos para artroscopia e reparação side-to-side de pelo menos 2 tendões. Idade compreendida entre 60-80, 80% sexo feminino, com folow-up mínimo de 6 meses e máximo de 2 anos.

Resultados:
Nos resultados constatamos uma melhoria do score de Constant (normalizado) de 12 pré operatório para 63 , melhoria global da dor , bem como satisfação dos doentes. 70 % satisfeitos e muito satisfeitos). Contatamos ainda um melhoria significativa da função nomeadamente na flexão e abdução com um aumento medio de 17, 5 º de abdução 29º de flexão

Discussão:
As roturas massivas da coifa não têm soluções fáceis, havendo necessidade ter em conta fatores como a idade, exigência funcional, estado geral do doente. Nos doentes, que por recusarem ou não terem critérios para artroplastia inversa teremos de apresentar outras soluções.

Conclusão:
Apresentamos uma casuística limitada mas com folow-up de 2 anos reportando resultados da reparação parcial da coifa com side-to-side, que não só melhora a sintomatologia, bem como a função motora

---

CL110 - **Eficácia da descompressão subacromial e acromioplastia artroscópica no tratamento do síndrome de conflito subacromial.**

Mafalda De Noronha Lopes, José Caldeira, Francisco Santos, Pedro Lemos, Pedro Beckert
(Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca - Amadora/Sintra)

Introdução:
O síndrome de conflito subacromial é uma entidade clínica com génese mecânica e dinâmica que se manifesta fundamentalmente por um quadro de ombro doloroso e de impotência funcional e que se traduz por uma perda significativa na qualidade de vida dos doentes. O tratamento preconizado é geralmente conservador, ficando o tratamento cirúrgico reservado para os casos crónicos e resistentes.

Material e Métodos:
Foram incluídos neste estudo prospectivo 32 doentes submetidos a artroscopia do ombro com desbridamento e descompressão subacromial. Todos os doentes incluídos no estudo completaram um período mínimo de tratamento conservador de 4,5 meses (4,5-

12meses) que incluiu fisioterapia, e terapêutica com AINE. Como critérios de inclusão para o estudo os doentes foram classificados segundo o score de Constant (avaliação inicial, pré-cirurgia e no follow up pós cirúrgico aos 3-6-12 meses), submetidos a avaliação clínica e radiográfica. A descompressão artroscópica foi feita utilizando dois portais (posterior e externo) e consistiu no desbridamento subacromial e na regularização do bordo antero-inferior do acromion.

Resultados:
Os doentes incluídos neste estudo corresponderam a cerca de 22% dos doentes seguidos em consulta com clínica compatível com síndrome de conflito subacromial (32 de 145 doentes). Todos doentes tiveram um tempo de internamento inferior a 24h e não se registaram complicações atribuídas ao procedimento cirúrgico. Foram incluídos em programa de reabilitação que se iniciou em média às 3 semanas (2,5-5 semanas). A reabilitação teve uma duração média de 3 meses (2-9). Todos os doentes tiveram uma evolução positiva no score de Constant (média inicial: 27 [17-55]; Constant pré-cirúrgico (após tratamento conservador) 32 [26-57]; aos 3-6-12 meses pós descompressão artroscópica 68-73-74 [59-88]. O teste de Hawkins revelou a maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico. A classificação morfológica do acromion foi determinada radiograficamente e obtivemos como resultados 35% dos acromions classificados como tipo I; 55% do tipo II; e 15% tipo III(segundo classificação de Bigliani&Morrison).

Discussão:
A descompressão subacromial com limpeza e desbridamento da bursa e acromioplastia artroscópica, mostrou-se um procedimento seguro e eficaz no tratamento do quadro doloroso no contexto de um síndrome de conflito subacromial, em doentes criteriosamente seleccionados. Os resultados que obtivemos foram estatisticamente significativos no que diz respeito à melhoria do score funcional. 88% dos doentes consideraram os resultados muito bons ou excelentes.

Conclusão:
O tratamento conservador e a complementaridade pré e pós cirúrgica por técnicas apropriadas de medicina física e reabilitação, é fundamental no tratamento dos doentes com diagnóstico clínico de síndrome do conflito subacromial. A descompressão e reparação artroscópica revelou-se uma técnica de sucesso no tratamento dos doentes com síndrome do conflito subacromial resistente ao tratamento conservador.

Ortopedia Infantil

CL111 - **Estabilização cirúrgica da coluna cervical pediátrica**

Pedro Fernandes, Augusto Martins, António Tirado, Jacinto Monteiro
(Hospial de Santa Maria)

Introdução:
As opções cirúrgicas na fixação da coluna cervical pediátrica têm sido limitadas pela dimensão e particularidades anatómicas das diferentes vertebras. Por vezes a precaridade da fixação leva à utilização de ortotese rígidas ou mesmo halo, este ultimo com riscos consideráveis. Os autores apresentam quarto casos de estabilização rígida da coluna alta chamando a atenção para as vantagens desta metodologia.

Material e Métodos:
Quatro crianças,com instabilidade cervical alta (luxação traumática atlantoaxial-1 caso, Instabilidade sindromática atlantoaxial – 2 casos, instabilidade sindromática major com deformidade cifótica grave centrada em C3 – 1 caso) foram reavaliados clínica e radiograficamente. Com idades compreendidas entre os 2 e os 7 anos, dois casos apresentavam compromisso neurológico e dois tinham sido já intervencionados anteriormente, sem resolução da instabilidade. Todos os casos foram operados por via posterior, tendo sido realizadas três fixações com parafusos às massas laterais do atlas e pediculos do axis (técnica de Harms) e uma fixação rígida occipito cervical C0C4. Os doentes foram imobilizados no pós operatório com colar cervical de espuma.

Resultados:
Uma das crianças viu o seu défices agravar-se no pós operatório imediato com tetraplegia na sequência de redução de luxação completa de C1C2 com 14 meses de evolução e compressão grave medular com resolução progressiva precoce. A outra criança (Sindroma de Down) recuperou o défice prévio com resolução completa do quadro de tetraparesia. Actualmente com um FW médio de 14 meses (8-24 meses) não se registou qualquer perda de redução das deformidades estando as quarto crianças assintomáticas e sem defices neurológicos.

Discussão:
A fixação da coluna axial na criança representa um desafio técnico significativo nomeadamente a fixação das massas laterais do atlas medialmente localizadas nesta idade. Apesar de Menezes apresentar taxas de consolidação na ordem dos 98% com a técnica de fios e barra com costela são várias as series com taxas de pseudartrose significativas bem demontradas em dois dos casos já previamente operados. Esta série, embora pequena, representa um espectro de lesões complexas da charneira occipito cervical na criança, onde ficam bem patentes as vantagens e os excelentes resultados clínicos desta metodologia.

Conclusão:
A instrumentação da coluna pediátrica é um desafio considerável pela dimensão das vertebras particularidades anatómicas e contexto clínico muitas vezes sindromático onde são realizadas. A utilização de implantes de 3,5 tem-se revelado eficaz e segura conferindo excelente estabilidade nas diversas formas de instabilidade da charneira occipito cervical.

CL112 - **Artroscopia na criança com anca luxada. Resultados preliminares de 3 doentes.**

João Sarmento Esteves, Carolina Escalda, Pedro Simas, Nuno Craveiro Lopes
(Garcia de Orta)

Introdução:
A artroscopia da anca na criança apresenta vantagens sobre a técnica aberta por ser menos invasiva, com menor morbilidade, menos tempo de internamento e recuperação mais rápida.

Material e Métodos:
Apresentamos três casos clínicos em que utilizámos esta técnica coadjuvada com técnicas complementares para resolução de diversas situações. Entre Dezembro de 2012 e Maio de 2013, 3 crianças (2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino) com idade média de 6,33 anos foram avaliadas e submetidas a tratamento artroscópico técnica out-inside 2 portais e apoio de fluoroscópico.

Resultados:
Doente do sexo feminino, 9 anos de idade com sequela de PC, tetraparésia espástica, GMFCS nível IV, com aduto fixo da anca direita, anca grau III e luxação anca esquerda, anca grau V. Foi submetida a artroscopia da anca esquerda com remoção do pulvinar, excisão do ligamento redondo, tenotomia do psoas. No mesmo

tempo cirúrgico, efectuámos tenotomia do adutor longo e recto interno bilateralmente e osteotomia de varização e desrotação do fémur direito e esquerdo. Num segundo tempo procedemos a acetabuloplastia de Dega à esquerda. Actualmente com 6 meses de pós-operatório a anca esquerda mantém-se estável, reduzida e indolor. Doente do sexo masculino com 4 anos de idade com síndrome polimalformativo, com luxação dos joelhos, pé boto, alterações neurológicas e luxação alta da anca direita com sinais de necrose cefálica. Procedemos a artroscopia da anca direita para recessão do pulvinar e ligamento redondo, libertação da cápsula e eversão do limbo, efectuámos a osteotomia acetabular percutânea e aplicação de aparelho de Ilizarov para baixar progressivamente o tecto acetabular e reduzir a anca por artrodiastase. Aos 2 meses retirámos o fixador externo e colocamos imobilização pelvi-cruro-podálica seguida por aparelho de ancas livres, depois do qual o doente iniciou reabilitação. Aos 6 meses pós cirurgia, apresenta anca estável, reduzida e com ângulo acetabular de 25º e com arcos de movimento aceitáveis. O terceiro doente trata-se de uma criança do sexo masculino com 6 anos de idade, com sequela de PC, GMFCS nível V, com flexo da anca direita, flexo e abduto da anca esquerda, flexo de ambos os joelhos com ângulo popliteo superior a 60º. Efectuámos tenotomia do psoas por via artroscopica (endoscópica) bilateralmente, tenotomia do pequeno e médio glúteo a esquerda porção mais posterior da fáscia lata. A nível dos joelhos realizámos a transferência do semi-tendinoso para o tubérculo do adutor. Actualmente, 4 meses por intervenção cirúrgica os pais conseguem transportá-lo em cadeira de rodas, facilitando a sua qualidade de vida.

Discussão:
A redução aberta da anca permanece o gold standard após tentativa de redução fechada da mesma. Apesar do aumento da popularidade da artroscopia da anca na Ortopedia Pediátrica, existem ainda, poucos relatos de redução assistida por artroscopia.

Conclusão:
Pensamos que a artroscopia da anca, embora em fase embrionária no nosso serviço, é uma solução eficaz que nos tem ajudado a resolver situações complexas que com cirurgia aberta implicariam maior morbilidade, mais tempo de internamento com possibilidade de maior número de complicações.

CL113 - **Escoliose congénita: caso clínico de um desafio dos 2 aos 13 anos**

Pedro Fernandes, Joana Teixeira, Jorge Mineiro, Jacinto Monteiro
(Hospial de Santa Maria)

Introdução:
A associação de hemivertebras a uma barra contralateral é uma das situações clínica com pior prognóstico em termos de progressão sendo vários os desafios que o ortopedista a criança e respectiva família têm que enfrentar. A preocupação crescente com a necessidade de manter o crescimento da coluna torácica durante a infância impõe habitualmente a adopção de soluções de compromisso e que se traduzem em múltiplas intervenções e significativa morbilidade.

Material e Métodos:
Criança, género masculino, com o diagnóstico de escoliose congénita visível à nascença, apresentando três hemivértebras dorsais associadas a barra congénita contralateral e displasia torácica com fusão de costelas. Sem outra patologia conhecida. Aos dois anos de idade com 60º de deformidade foi submetido a hemiepifisiodese a nível da convexidade. Aos seis anos por evidência de progressão (73º) e assimetria marcada do tronco foi submetido a toracoplastia expansiva e colocação de dispositivo VEPTR "like" (vertical expandable thoracic rib) com USS pediátrico. Por falência de fixação precoce proximal, foi colocado o dispositivo VEPTR em Dezembro de 2004 com 7 anos utilizando-se a fixação proximal na segunda costela e distal a nível de L3 com gancho, com necessidade de reposicionado ao fim de 30 dias por "pull-out". Até Novembro de 2010, altura em que foi equacionada a cirurgia definitiva, o doente realizou oito alongamentos, espaçados em média 8,4 meses (min 6;máx 14 meses), um deles com necessidade de rever a fixação proximal por fractura da costela e migração proximal do dispositivo. Este procedimento, com reposicionamento mais distal da fixação proximal, veio a condicionar o aparecimento de cifose proximal com tradução clínica progressiva. Aos 13 anos foi então submetida a várias osteotomias tipo Ponti no segmento dorsal proximal e distal à massa de fusão, removido o VEPTR, e efectuada a instrumentação pedicular sem aplicação das barras, sendo colocado em tracção halogravitacional. Após esta cirurgia, registámos necrose parcial da pele entre a cicatriz antiga do VEPTR e a abordagem utilizada para a a coluna. Ao fim de quatro semanas foi então efectuada

a artrodese definitiva T2-L4 com correcção parcial da deformidade, essencialmente o componente cifótico com um excelente resultado clínico.

Resultados:
Ao fim de 24 meses de Follow-up sobre a artrodese definitiva o doente encontra-se assintomático e sem limitações nas suas actividades com tronco curto mas balanceado e ombro nivelados. Do ponto de vista respiratório em 2002 o doente apresentava um padrão obstrutivo com insuflação e até aos seis anos foi internado por três vezes por insuficiência respiratória. Em 2005 apresentava um síndroma restritivo ligeiro, tendo iniciado ventilação não invasiva nocturna que suspendeu em 2009 por melhoria progressiva das apneias nocturnas. As provas de função respiratória realizadas um ano após o procedimento definitivo mostraram: FVC-65%; FEV1-72% ;FEV1/FVC 107%.

Discussão:
Este caso ilustra vários aspectos do tratamento das escolioses infantis graves. Após a hemiepifisiodese que funcionou como uma artrodese in situ partimos aos 2 anos de idade com um curva torácica de 66º. Todo o esforço efectuado teve por objectivo impedir a progressão, controlar as curvas compensatórias e aumentar ao máximo o comprimento do tórax e melhorar a função respiratória. Realça também as implicações que uma primeira cirurgia poderá ter no prognóstico da doença podendo condicionar todas opções futuras. Por último é um excelente exemplo de multidisciplinaridade hospitalar, confiança na relação médico doente e sua família e coragem da parte de uma criança que em cada cirurgia soube sempre apreciar a mudança para melhor.

Conclusão:
O tratamento da escoliose congénita pode ser um dos maiores desafios terapêuticos dada a necessidade de manter o crescimento da coluna desde uma idade muito jovem. Apesar de indicado nas escolioses congénit

---

CL114 - **Tratamento da escoliose de início precoce com sistema de barras de crescimento – Revisão de 14 casos operados.**

Nuno Figueira Lanca, Miguel Carvalho, Rita Jerónimo, Isabel Periquito, João Campagnolo, Jorge Mineiro
(Hospital de Nossa Senhora do Rosário)

Introdução:
O tratamento cirúrgico das crianças com escoliose de início precoce permanece controverso apesar das alternativas mais recentes de instrumentação. A idade muito jovem, a dificuldade no controlo da progressão da curvatura e as frequentes complicações inerentes a estas técnicas são algumas das questões que se discutem na atualidade. Este estudo pretende avaliar a efetividade dos sistemas de barras de crescimento na correção destas escolioses progressivas.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo incluindo todos os doentes submetidos a instrumentação com barras de crescimento sem fusão, para o tratamento de escolioses rapidamente progressivas, entre 2008 e 2012. Parâmetros avaliados: curvatura escoliótica, etiologia, tratamento cirúrgico, tempo de tratamento, número de intervenções, complicações, grau de correção da deformidade e do comprimento toracossagrado (T1-S1) até à data da última avaliação em consulta. Os resultados foram aferidos pela consulta do processo clínico e avaliação de radiogramas digitais seriados.

Resultados:
Foram selecionados 14 doentes (8 rapazes e 6 raparigas), com uma média de idades na altura da cirurgia de seis anos (4-8). Os diagnósticos dos doentes estudados foram: escoliose idiopática juvenil (n=6), neurofibromatose (n=4), doença neuromuscular (n=2) e doença congénita polimalformativa (n=2). Foram tratados nove doentes com curvatura torácica, com ângulo de Cobb médio inicial de 73° (50-126°); quatro com curvatura dupla, com ângulo de Cobb médio da curvatura principal de 55° (25-85°); e um com curvatura lombar, com ângulo de Cobb de 67°. Verificou-se a existência de deformidade cifótica associada em sete doentes. Os doentes permaneceram em lista de espera em média 258 dias até serem operados. Na fase précirúrgica, cinco doentes utilizaram colete / gesso e dois cumpriram um período de tração axial. Foram utilizados dois sistemas de barras de distração: o sistema Universal Spinal System – Synthes® (n=13) e o sistema da Medtronic® (n=1). Foi utilizada uma montagem com duas barras em todos os doentes. A extensão média da instrumentação efetuada foi de 14 níveis. Foram realizadas 70 cirurgias, com uma média de cinco cirurgias por doente, em que três foram alongamentos. Houve necessidade realizar em média mais duas cirurgias por doente, para o tratamento de

complicações ou correção da instrumentação. A duração média de internamento, na cirurgia inicial, foi de oito dias (2-37) e de internamento total de 14 dias (4-42). O período de seguimento médio em consulta foi de 36 meses. O ângulo de Cobb corrigiu em média 55% (40°) nas curvaturas torácicas, 49% nas curvaturas duplas (27°) e 42% na curvatura lombar (28°), até à data da última avaliação. A distância T1-S1 média inicial foi de 29 cm e de 36 cm à data da última avaliação (crescimento médio de 7 cm). A taxa de complicações foi de 19%: com cinco falências de ganchos, quatro falências de parafusos e quatro fraturas de barras.

Discussão:
Os resultados apresentados mostram taxas de correção satisfatórias. Os sistemas de barras de crescimento permitem manter o crescimento da coluna vertebral imatura. No entanto, a duração potencialmente prolongada associada a uma taxa de complicações não desprezível, são aspectos a tomar em consideração. À semelhança do que tem sido mencionado na literatura, esta técnica consegue controlar a deformidade vertebral, mas pouca ação exerce na progressão da deformidade torácica.

Conclusão:
Os sistemas de barras de crescimento mostraram efetividade no tratamento das escolioses de início precoce de etiologia diversa na série avaliada durante o período analisado. A taxa de complicações significativa associada à duração prolongada do tratamento, implica uma seleção criteriosa dos doentes para este método de tratamento.

CL115 - **Luxação da anca na paralisia cerebral – revisão de 181 casos**

Andreia Ferreira, Filipe Lima Santos, José Marinhas, André Costa, Bruno Barbosa, Mafalda Santos
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia -Espinho)

Introdução:
A luxação da anca em crianças com paralisia cerebral (PC) é um problema comum e grave. Esta pode ser evitada, por rastreio e tratamento preventivo das crianças com ancas em risco. O objetivo deste trabalho foi analisar as características das crianças com PC que desenvolveram luxação da anca avaliando a idade média do diagnóstico, o tratamento realizado e a sua relação com o grau de função motora medida através do Gross Motor Function Classification System (GMFCS).

Material e Métodos:
Foram analisados 181 processos de doentes com PC tetraparética. Como dados mais importantes registou-se o sexo, a idade, tipo de parto, etiologia da PC, GMFCS, diagnóstico de luxação da anca (dolorosa ou indolor), idade do diagnóstico e tipo de tratamento cirúrgico. Os dados recolhidos foram introduzidos no programa EXCEL e trabalhados.

Resultados:
Dos 181 doentes avaliados, 56,1% eram do sexo masculino e 43,9 % do sexo feminino; a média de idades foi de 24,5 anos. Quanto ao nível de função motora 48,1% encontravam-se no grupo IV, 34,1% no grupo V, 9,5% no grupo I, 4,47% no grupo II e 3,91 no grupo III. 48 % dos doentes desenvolveram luxação da anca, 7 casos (9,6%) com luxação dolorosa, sendo a idade média de diagnóstico de luxação 9,6 anos. Dos doentes com luxação da anca 55,9% foram operados. A intervenção cirúrgica mais realizada foi a tenotomia dos adutores e psoas (73,6%); a reposição cirúrgica da anca foi realizada em 3 doentes (7,9%) e um doente foi submetido a resseção da extremidade proximal do fémur (2,6%). Relativamente ao grau de função motora, nos doentes do grupo I há relato de uma luxação da anca (1,4%); nos grupos II e III não há descrição de luxação; já no grupo IV 58,3% dos doentes desenvolveram luxação da anca e no grupo V a percentagem de luxação foi de 40,3%.

Discussão:
A luxação da anca atinge 30-60% das crianças com PC que não adquirem a capacidade de marcha até aos 5 anos de idade. De acordo com os estudos consultados a idade média de diagnóstico de luxação da anca na PC pode variar dos 2 aos 12 anos com um pico aos 7 anos de idade, podendo ocorrer mais cedo em crianças não deambulantes. O risco de desenvolvimento de luxação da anca em crianças com PC varia com o subtipo da PC. Segundo a literatura varia de 0% em crianças com ataxia pura a 79% em crianças com tetraparésia. Relaciona-se também com o grau de função motora podendo variar de 0% em crianças no nível GMFCS I a 90% no nível de GMFCS V.

Conclusão:
O risco de desenvolvimento de luxação da anca em crianças com PC não deambulantes é grande. É importante desenvolver um programa de vigilância

clínica e radiológica de forma a diagnosticar precocemente as ancas em risco e a encontrar o momento adequado para uma cirurgia preventiva.

CL116 - **Polidactilia do pé – Avaliação funcional após tratamento cirúrgico**

Luis Melo Tavares, Tah Pu Ling, Pedro Cardoso, Cristina Alves, Inês Balacó, Gabriel Matos
(Serviço de Ortopedia Pediátrica do CHUC, EPE- Hospital Pediátrico)

Introdução:
A polidactilia do pé é uma patologia relativamente comum dentro do grupo de doenças congénitas do membro inferior, e caracteriza-se pela presença de dedos supranumerários. A sua incidência é variável consoante a raça, mas ronda os 1-2 casos por cada 3000 nascimentos. Existe atingimento bilateral em 50% dos casos, e em 33% verifica-se concomitantemente polidactilia das mãos. O tipo de polidactilia dos pés mais frequente é a pós-axial (79%), seguida da pré-axial (15%) e central (6%), respectivamente. O tratamento cirúrgico deve estar indicado nos casos em que existam dificuldades no calçado, questões estéticas e queixas álgicas associadas, devendo ser realizado antes da idade da marcha. Existem vários trabalhos na literatura descrevendo casos de polidactilia das mãos. No entanto em relação à polidactilia dos pés existem poucos.

Material e Métodos:
Procedeu-se à avaliação do coorte de doentes com Polidactilia do pé, submetidos a Excisão de dedo supranumerário e plastia dos tecidos moles, num Serviço de Ortopedia Pediátrica entre Janeiro 1995 e Dezembro 2012. Colheram-se dados para caracterização desta população: idade, sexo, lateralidade da patologia e intervenção cirúrgica e patologia associada da mão. Procedeu-se à avaliação radiologia dos doentes, classificando o tipo de polidactilia segundo Temtamy-McKusick. Procedeu-se à avaliação funcional dos doentes, utilizando a Escala de Phelps-Grogan, que considera deformidade residual, calçado, recomendação, satisfação.

Resultados:
36 doentes (50 pés) foram submetidos a Excisão de dedo supranumerário e plastia de tecidos moles por Polidactilia do pé, sendo 18 rapazes (50%) e 18 raparigas (50%). A idade média dos doentes operados foi 24 meses (5-96 meses). 14 pacientes foram submetidos a intervenção bilateral e 22 foram submetidos a intervenção unilateral (15 casos à esquerda e 7 à direita). Segundo a classificação de Temtamy-McKusick, verificaram-se 27casos (75%) de polidactilia pós-axial, 8 casos (22,2%) de polidactilia pré-axial e 1caso (0,3%) de polidactilia central. Foram avaliados funcionalmente 36 doentes (50pés) através da escala de Phelps-Grogan, com follow-up médio de 6,5meses (1-19meses). 34 doentes (94,4%) apresentavam correcção excelente e apenas 2 doentes apresentavam correcção moderada. 97,2% (35) dos doentes conseguem usar calçado normal, recomendariam a cirurgia a outras pessoas com o mesmo problema e ficaram satisfeitos com o resultado final da cirurgia.

Discussão:
Os principais objectivos no tratamento cirúrgico das polidactilias do pé consistem na restauração da estrutura, função e estética do pé próxima do normal. Para tal alguns princípios básicos devem ser respeitados: - Manutenção do dedo que se encontra mais desenvolvido, que tem a articulação metatarso-falangica normal e que confira um melhor contorno ao pé. - Intervenção cirúrgica deverá ser realizada antes da idade da marcha para permitir a melhor remodelação óssea possível. No entanto pode ser efectuada em qualquer idade com os mesmos resultados funcionais. - Tratamento cirúrgico das polidactilias do pé deve ser sempre efectuado de forma personalizada. Na maioria das polidactilias pós-axiais o procedimento cirúrgico é relativamente simples e os resultados a longo prazo são geralmente bons ou excelentes. Já a correcção cirúrgica das polidactilias pré-axiais é geralmente mais complexa e associada a piores resultados a longo prazo, nomeadamente a hallux varus.

Conclusão:
O tratamento cirúrgico das polidactilias do pé, sobretudo pós-axiais, apresenta resultados a longo prazo excelentes.

CL117 - **Escoliose idiopática da Adolescência – Revisão de 49 casos com um follow up médio de 39 meses.**

Manuel Dos Santos Carvalho, Joana Freitas, André Rodrigues Pinho, Francisco Serdoura, Vitorino Veludo, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
A Escoliose Idiopática da Adolescência (EIA) é a deformidade vertebral mais comum em adolescentes tendo uma prevalência de cerca de 2-3% desta população. A deformidade com convexidade torácica direita é a mais comum. Os factores de risco identificados para progressão da deformidade são idade (pré-menarca), magnitude curva na apresentação inicial e sexo masculino. Indica-se cirurgia em deformidades maiores que 35º,rapidamente progressivas mesmo com tratamento conservador e/ou desiquilibrios coronais progressivos. O objectivo da cirurgia é a prevenção da progressão da deformidade, assim como a obtenção da artrodese e uma coluna balenceada. A correcção/preservação do equilíbrio da coluna vertebral é mais importante que a magnitude da correcção da curva obtida

Material e Métodos:
Os autores apresentam uma revisão retrospectivo dos casos de EIA submetidos a cirurgia – fixação vertebral posterior transpedicular pura - entre 2005 e 2009 – pelo mesmo grupo cirurgiões. Excluidos casos de deformidades secundárias e tempos de FU inferiores 18 meses. Foram avaliados os parâmetros radiográficos - Cobb Major, Obliquidade Pélvica, Balanço Sagita, Balanço Coronal - em 3 tempos diferentes (pré-oiperatório, pós operatório, ao final follow up); assim como o nivelamento ombros nestes 3 períodos. Foi também aplicado o questionário SRS-30 aos doentes.

Resultados:
No estudo foram incluídos 49 adolescentes submetidos a fixação vertebral posterior puramente transpedicular com um follow up mínimo de 18 e máximo de 89 meses - follow up médio 39 meses. 42 casos (85.7%) do sexo feminino. É apresentada uma estratificação quer por idade que pelo estadio Risser à data cirurgia. Demonstra-se a alterações dos parâmetros radiológicos no pós operatório imediato assim como a manutenção correcção ao final do follow up (Cobb Major, Obliquidade Pélvica, Balanço Sagita, Balanço Coronal, Desnivelamento Ombros). São apresentados os resultados do questionário SRS obtidos.

Discussão:
De acordo com a literatura, alguns estudos referem que a fixação transpedicular proporciona uma melhor correcção curvatura lombar, melhor manutenção correcção, melhor correcção coluna não instrumentada , melhor correcção curvas torácicas, assim como, melhoria função pulmonar eliminando muitas vezes necessidade de uma via anterior e diminuição do número de níveis a instrumentar. É, no entanto, tecnicamente mais exigente, implicando também um maior custo e maior radiação. Os resultados do grau de correcção, assim como manutenção da correcção apresentados estão de acordo com os valores apresentados na mais recente literatura internacional.

Conclusão:
Os autores concluem que ao avaliar as alterações dos parâmetros radiográficos no pós operatório, assim como a manutenção da correcção ao final do período de follow up foram atingidos os objetivos cirúrgicos de quem se propôe tratar este tipo de patologias, i.e., corrigir deformidade coronal, manter balanço sagital, não criar novas deformidades.

CL118 - **Tratamento de talus vertical congénito pelo método de Ponseti invertido**

Rita Jerónimo, Pedro Martins, Maria Miguel Carvalho, José Miguel Sousa, Patrícia Rodrigues, João Lameiras Campgnolo
(Hospital Dona Estefânia)

Introdução:
O talus vertical congénito é uma entidade pouco comum que se caracteriza pelo desvio dorsal do escafóide társico sobre o astrágalo, apresentando-se o astrágalo verticalizado. Quando não é tratada atempadamente pode resultar num pé plano rígido e doloroso.

Material e Métodos:
Descreve-se um novo método de tratamento de manipulação com gessos seriados, seguido de estabilização da articulação astrágalo-escafoideia com fio de Kirschner e tenotomia percutânea do tendão de Aquiles em quatro pés com talus vertical congénito. Ao exame objectivo apresentavam um pé rígido com antepé em abdução, dorsiflexão e, retropé valgo com a cabeça do astrágalo com desvio interno na região plantar e calcâneo em equino. Apresentavam também grande tensão sobre o tendão de Aquiles. A avaliação radiológica, com a medição dos ângulos astrágalo-1º metatarso e calcâneo-1º metatarso confirma o diagnóstico. Foi realizada manipulação com gessos seriados (método de “Ponseti invertido”) até se notar redução radiológica da astrágalo-escafoideia, seguido

por fixação cirúrgica da articulação referida articulação com um fio de Kirschner percutâneo e tenotomia percutânea do tendão de Aquiles. Após 5 semanas de imobilização com gesso cruro-podálico com o pé em posição neutra e tornozelo em 5º de dorsiflexão, as crianças começaram a usar ortótese, que mantiveram por 23 horas ao dia até inicio da marcha.

Resultados:
Boa tolerabilidade ao uso de ortótese até início da marcha nos doentes com capacidade para tal, com excepção de um doente. Actualmente os pés encontram-se, clínica e radiologicamente, dentro dos parâmetros de normalidade, sem sinais de deformidade.

Discussão:
O tratamento habitual desta patologia é feito tradicionalmente por manipulação e aplicação de imobilizações gessadas, seguido de tratamento cirúrgico com uma abordagem extensa e descolamento de partes moles. Desta forma, alcançou-se os mesmos objectivos de correcção com um menor número de complicações, nomeadamente rigidez do pé e recorrência da deformidade.

Conclusão:
Este novo método que utiliza gessos sequenciais baseados nos princípios de Ponseti, seguido de fixação da articulação astrágalo-escafoideia com fio de Kirschner e tenotomia percutânea do tendão de Aquiles demonstra excelentes resultados, em termos de aparência, de correcção da deformidade (clínica e radiologicamente) e de função.

CL119 - **Fixador externo no tratamento de sequelas orotpédicas tardias após sepsis meningocócica**
André Barros, António Camacho, Bruno Canilho, Francisco Flores Santos, Delfin Tavares, Manuel Cassiano Neves
(Curry Cabral)

Introdução:
A sépsis meningocócica é a forma mais grave de infecção a meningocos na primeira infância. Além das manifestações clínicas graves amplamente conhecidas, que incluem lesões isquémicas irreversíveis dos membros, e que levam na maioria dos casos a amputação, estão descritas lesões osteoarticulares tardias, secundárias à lesão da placa de crescimento. Estas lesões estão na origem de deformidades mais ou menos complexas, incluindo deformidades angulares e dismetrias. O tratamento é difícil e pode envolver múltiplas intervenções. Na maioria dos casos são utilizados fixadores externos. O fixador externo circular permite a correção em simultâneo de deformidades angulares multiplanares e da dismetria. Descrevemos a nossa experiência no tratamento destas lesões utilizando o fixador externo circular.

Material e Métodos:
: Fizemos um estudo retrospectivo, com recuo de 5 anos. Foram incluídos todos os doentes operados na nossa instituição, entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2011, que apresentavam deformidade dos membros secundária a sépsis meningocócica na infância. Consultámos o processo clínico, tendo sido registados a deformidade inicial, os procedimentos cirúrgicos, o tempo de utilização do fixador, as complicações e re-intervenções, e a correção final. Os doentes foram convocados para consulta de follow-up, tendo sido registado o resultado clinico e radiológico à data do estudo.

Resultados:
No período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011 foram operados 6 doentes e oito membros. Em todos foi utilizado, em pelo menos um dos membros, o fixador circular externo Taylor Spacial Frame. A idade média à data da intervenção foi de 9 anos (5-14). Em seis casos a localização da deformidade era na tíbia proximal, dos quais 5 casos com deformidade em varo, um dos quais com recurvatum, 1 com antecurvatum e 1 caso com deformidade poliaxial. Dois dos casos apresentavam deformidade em varo da tíbia proximal bilateralmente. Num destes casos foi utilizado um fixador externo circular numa das tíbias e um fixador externo monoplanar na outra. Os tempos de tratamento foram semelhantes. Registámos ainda 1 caso que apresentava deformidade em valgo no fémur distal. A média de dismetria apresentada foi de 5 cm (4-7). Em 3 casos foram realizadas epifisiodeses concomitantes. O tempo médio de correção com fixador externo circular foi de 9.2 meses (4-11). O índice de alongamento médio foi de 6,7 dias por mm. A correção da dismetria e do desalinhamento no plano frontal foi conseguida em 7 dos oito procedimentos. Complicações: um caso de rigidez do joelho com flexo grave; Um caso de instabilidade rotuliana com um

episódio de luxação, submetido a realinhamento proximal e distal do aparelho extensor 29 meses após o primeiro procedimento; Quatro casos de infecção superficial dos pinos, 2 dois quais motivaram internamento para antibioterapia endovenosa, com resolução do quadro.

Discussão:
A incidência de sequelas ortopédicas tardias após sépsis meningocócica é desconhecida. Há poucas publicações nacionais e internacionais sobre este tema, e as existentes relatam apenas casos com deformidades que motivaram intervenção cirúrgica para a sua correção. As series publicadas nunca ultrapassam a dezena de casos. Na nossa série constatamos que o tratamento com fixador externo circular é eficaz na correção da dismetria e do desalinhamento. A taxa de complicações é alta mas comparável às séries publicadas. A duração do tratamento é variável com o tipo e gravidade da deformidade inicial.

Conclusão:
As sequelas ortopédicas tardias após sépsis meningocócica são secundárias à lesão da placa de crescimento. As deformidades incluem desde dismetrias simples a deformidades multiplanares com graus de complexidade variável. O seu tratamento é complexo e pode necessitar de múltiplas intervenções cirúrgicas. O tratamento com fixador externo circular é eficaz no restabelecimento do comprimento e do alinhamento dos membros afet

---

CL120 - **Cirurgias Secundárias nas Sequelas do Ombro de Lesões Obstétricas do Plexo Braquial - Revisão Sistemática**

João Vide, Diogo Gomes, Eduardo Matos, Marta Salgueiro, Margarida Henriques
(Hospital de Faro, EPE)

Introdução:
A lesão obstétrica do plexo braquial está presente em 1-4 em cada 1000 partos. Apesar da maioria recuperar, até 19% vão apresentar sequelas definitivas, mesmo após cirurgias de reparação primária do plexo braquial, sendo o ombro a região anatómica mais afectada. As cirurgias secundárias do ombro foram desenvolvidas para aumentar função e qualidade de vida destes pacientes, no entanto não há consenso quanto ao timing cirurgico e indicações de cada técnica. O objectivo desta revisão foi avaliar sistemáticamente toda a evidência disponível sobre o efeito das intervenções de reanimação do ombro e avaliar os diversos factores que podem contribuir para condicionar os resultados destas. Um objectivo secundário foi determinar o efeito destas técnicas na remodelação glenoumeral.

Material e Métodos:
Foram pesquisadas 5 bases de dados - Cochrane Review Library, TRIP, Pubmed, Web of Knowleadge e Science Direct. Os critérios de inclusão foram estudos de doentes com lesões obstétricas do plexo braquial submetidos a cirurgias secundarias do ombro publicados nos últimos 10 anos (de Janeiro de 2003 a Dezembro de 2012). Os outcomes avaliados foram as mobilidades e a classificação de Mallet pós-operatória. Numa análise post-hoc avaliou-se o efeito das técnicas na remodelação óssea através das alterações do ângulo de retroversão glenóide, percentagem de cobertura da cabeça umeral e da alteração morfológica da glenóide. A avaliação da qualidade metodológica foi realizada independentemente por 2 autores, através de um formulário de revisão crítica para estudos qualitativos.

Resultados:
Foram incluídos 1873 doentes num total de 42 estudos: 27 estudos com técnicas de partes moles, 12 estudos com procedimentos ósseos e 3 com combinação de ambas as técnicas. Todos os estudos têm baixo nível de evidência, sendo a maioria séries de casos, com vários viéses e heterogeneidade. A melhoria média da rotação externa foi de 58º e 61º na Abdução. A melhoria média na classificação de Mallet foi 5,0 pontos e 1,5 no parâmetro da rotação externa. Observou-se melhoria da retroversão glenóideia entre 9 e 21º e percentagem de cobertura cefálica entre 4 e 25%.

Discussão:
Considerando a qualidade metodológica dos estudos incluídos, a evidência parece apontar para um efeito benéfico das técnicas secundárias para o ombro na mobilidade, função e remodelação glenoumeral. No entanto, não é possível estabelecer indicações claras para as diferentes técnicas, o melhor timing para a cirurgia, nem se o benefício se mantêm após 10 anos da data da cirurgia. Para responder a estas questões é necessário o investimento em estudos com desenhos apropriados, de elevada qualidade metodológica e com estratégias que permitam eliminar a heterogeneidade.

Conclusão:
As cirurgias secundárias do ombro para sequelas de lesões obstétricas do plexo braquial parecem ter um efeito benéfico na mobilidade e remodelação glenoumeral. É necessário mais investigação de qualidade para permitir estabelecer o melhor timing e indicação de cada técnica.

CL121 - **A Operação de Butler é uma boa opção para o tratamento do 5ºdedo supraducto do pé**
Luis Melo Tavares, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
(Serviço de Ortopedia Pediátrica do CHUC, EPE- Hospital Pediátrico)

Introdução:
O 5º dedo supraducto do pé corresponde a uma malformação congénita, que pode ter implicações estéticas e/ou funcionais em crianças e adolescentes. Atinge de forma equitativa ambos os sexos e é bilateral na maioria dos casos. A deformidade consiste na adução (plano transverso), hiperextensão (plano sagital) e rotação externa (plano frontal) do quinto dedo que se sobrepõe sobre o quarto. Pode causar dor ou preocupações estéticas em 50% dos casos. O tratamento conservador é ineficaz, pelo que é necessário o tratamento cirúrgico para a correcção desta deformidade. A técnica mais frequentemente utilizada no Serviço onde trabalham os Autores deste trabalho é a Artroplastia de Butler.

Material e Métodos:
Procedeu-se à avaliação do coorte de doentes com 5ºdedo supraducto do pé, submetidos a Artroplastia de Butler num Serviço de Ortopedia Pediátrica entre Janeiro 1995 e Dezembro 2012. Colheram-se dados para caracterização desta população: idade, sexo, lateralidade da intervenção cirúrgica. Procedeu-se à avaliação funcional dos doentes, utilizando a Escala de Black, que considera deformidade residual, calçado, recidiva/reintervenção, recomendação, satisfação.

Resultados:
21 doentes (28 pés) foram submetidos a Artroplastia de Butler para correcção de 5ºdedo supraducto do pé. A idade média dos doentes operados foi 9 anos (2-19 anos), sendo 12 doentes rapazes (57,2%) e 9 raparigas (42,8%). 7 doentes foram submetidos a intervenção bilateral e 14 foram submetidos a intervenção unilateral (6 casos à esquerda e 8 à direita). Foram avaliados funcionalmente 18 doentes (23pés), utilizando a escala de Black, com follow-up médio de 12meses (1-52meses). 72,2% dos casos (13doentes) tiveram correcção excelente (sem sobreposição; rotação normal do dedo; mobilidade mantida do dedo); 11,1% (2 doentes) dos casos apresentaram correcção boa (ligeira sobreposição; ligeira rotação externa do dedo; limitação ligeira da mobilidade do dedo); 16,7% (3 doentes) dos casos tiveram uma má correcção (sobreposição e rotação externa do dedo significativa; limitação da mobilidade do dedo, ou seja, recidiva). Não se registaram reintervenções. 83,3% (15doentes) conseguem usar calçado normal e recomendariam a cirurgia a outras pessoas com o mesmo problema. 77,3% dos casos (14doentes) ficaram satisfeitos com o resultado final da cirurgia. Não existe qualquer correlação com significância estatística entre a idade dos doentes aquando da cirurgia e o resultado final ($p>0,05$).

Discussão:
Existem vários tipos de cirurgia descritos na literatura para correcção de 5ºdedo supraducto do pé. O campo de intervenção cirúrgica destas técnicas varia desde cirurgia apenas dos tecidos moles até à amputação. No entanto, a maioria destas cirurgias é extremamente invasiva, de execução difícil e associada a um risco elevado de complicações e taxa de morbilidade alta, que muitas vezes suplantam as limitações inerentes à deformidade. A Artroplastia de Butler é muito popular, pois apresenta bons resultados funcionais descritos literatura. Apesar de ser considerada tecnicamente simples, exige atenção e dissecção cuidada, já que existe o potencial de lesão neurovascular do dedo se a abordagem cirúrgica não for realizada com as devidas cautelas

Conclusão:
A Operação de Butler é eficaz e segura no tratamento do 5ºdedo supraducto do pé, em idade pediátrica e permite a obtenção de bons resultados em termos de função e satisfação do doente.

CL122 - **A anca contralateral na luxação paralítica unilateral. Será a atitude conservadora a indicação ideal? Revisão de 25 casos**
Joana Ovídio, Miguel Carvalho, Nuno Lança, Pedro Rocha, Rita Jerónimo, João Lameiras Campagnolo

(Hospital Dona Estefânia)

Introdução:
As crianças com Paralisia Cerebral (PC) estão em risco de desenvolver luxação da anca devido a um desequilíbrio muscular em torno da articulação coxo-femoral. Esta situação torna-se ainda mais evidente nas crianças com espasticidade severa e com graus de incapacidade mais marcados (GMFCS III, IV e V). Alguns autores defendem que a cirurgia de redução da anca luxada na PC deve ser sempre associada a procedimentos cirúrgicos na anca oposta, mesmo que esta esteja reduzida, pois inevitavelmente há um risco da sua migração ulterior. No entanto, outros autores defendem que em doentes selecionados, a cirurgia unilateral é a mais indicada, não causando efeitos deletérios a longo prazo, na anca contra lateral reduzida.

Material e Métodos:
Foi realizada uma avaliação retrospectiva de 31 doentes com luxação unilateral da anca operados, com consulta dos respectivos processos clínicos entre os anos de 1999 e 2013; dois casos foram excluídos por ausência de radiografias, um por ter uma desarticulação da anca contra lateral, e dois por não terem comparecido nas consultas de seguimento. Caracterizou-se o grupo de doentes segundo a idade, género, etiologia, classe funcional e tipo de procedimento cirúrgico efectuado.

Resultados:
Avaliaram-se os processos de 25 doentes, 13 do sexo feminino e 12 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 7 e os 23 anos (média de idades 14.5 anos), com um recuo médio de 4 anos (1 - 14 anos) após cirurgia. Todos os doentes apresentavam PC espática bilateral com GMFCS de III (7%), IV (41%) e V (52%). Destas crianças, 10 apresentavam concomitantemente escoliose. Considerou-se neste trabalho que uma anca reduzida é aquela que tem uma percentagem de migração inferior a 30 %. A cirurgia à anca luxada envolveu sempre redução aberta, com capsulorrafia e osteotomia do fémur e nalguns casos (5) complementada com osteotomia acetabular. Nas anca que se encontrava reduzida, não foi feito nenhum procedimento cirúrgico, excepto em quatro crianças em que foram realizadas tenotomias dos adutores. Na última consulta, 24 crianças mantinham a anca não operada reduzida. Uma única criança desenvolveu uma luxação na anca inicialmente reduzida, foi então operada 3 anos após a primeira cirurgia. O follow up foi de 0-3 anos em 50% dos doentes, de 4 a 6 anos em 38%, de 7 a 9 anos em 8%, e de 10 a 13 anos em 4%.

Discussão:
Os doentes com espasticidade podem apresentar um envolvimento assimétrico das forças musculares, afetando de modo diferente cada anca. Alguns autores defendem que o aduto de uma anca pode levar à sua luxação, mas que, simultaneamente, pode prevenir o aduto da anca oposta, funcionando quase como uma tala fisiológica, impedindo a luxação da anca oposta. Neste trabalho com 25 doentes, apenas num caso se verificou a luxação progressiva de uma anca inicialmente reduzida, após cirurgia prévia à anca do lado oposto. Estes dados estão em contradição com grande parte da literatura. Mais tempo de follow up será necessário para evidenciar a evolução da anca não operada, no final do crescimento.

Conclusão:
Nesta avaliação retrospectiva verificou-se que em 25 doentes com luxação unilateral da anca, operados unicamente à anca afectada, só num doente houve luxação da anca oposta com necessidade subsequente de cirurgia. Todos os outros doentes mantêm radiologicamente as ancas com percentagem de migração inferior a 30%.

CL123 - **Fraturas supracondilianas do úmero em crianças. Análise dos fatores de instabilidade na gênese do cúbito varo. Valor do índice de rotação.**
Nuno Craveiro Lopes, Carolina Escalda, João Esteves
(Hospital Garcia de Orta)

Introdução:
Este trabalho tem como objetivo mostrar o nosso protocolo para o tratamento deste tipo de fraturas e a eficácia do índice de rotação – IR (Craveiro Lopes, 1995) para prever a evolução para cúbito varo.

Material e Métodos:
De 1994-2012, tratámos139 fraturas supracondilares do úmero e reavaliado 89 do tipo II e III de Garland. O IR foi medido numa radiografia lateral, como a razão entre o pico anterior da metafisária proximal e o diâmetro do segmento distal (valor aceitável 0,30). Em um estudo anterior, observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o IR e o aparecimento de deformidade em cúbito varo. O protocolo de tratamento inclui a medição das IR após a redução e a

fixação percutânea com fios de Kirschener e, quando o valor foi maior do que 0,30, procedeu-se a uma nova redução e fixação. Foram Avaliada a correlação estatística entre diversos parâmetros e o ângulo de carga final, e o significado estatístico das diferenças entre a taxa de cúbito varo, antes e após o início do protocolo.

Resultados:
Sete pacientes (8%) tiveram complicações da fratura ou tratamento, incluindo cinco lesões transitórias neurológicos e duas lesões neuro-vasculares tratadas por via aberta, uma delas desenvolveu artrite séptica. Foram identificados dois casos de cúbito varo.

Discussão:
Houve diferença estatisticamente significativa (p = 0,005) entre a taxa de cúbito varo antes da implementação do protocolo (21,4%) e depois (2,3%).

Conclusão:
Confirmou-se que o IR é um indicador fiável para prever cúbito varo. Quando o seu valor é superior a 0,30, está indicada a repetição da redução ou reintervenção para evitar o aparecimento de deformidade em cúbito varo.

CL124 - **Cubitus varus na criança pós traumático: nova técnica cirurgica**

Manuel Cassiano Neves, Delfin Tavares, Susana Norte Ramos, Franciasco Sant'anna, Monika Thuesing
(CUF Descobertas)

Introdução:
Múltiplos tratamentos têm sido propostos para o tratamento do "cubitus varus" pós fractura supracondiliana do úmero viciosamente consolidada. A osteotomia de valgização distal do úmero com resseção de cunha externa tem sido a mais utilizada mas com alta taxa de complicações apesar de excelentes resultados funcionais. Apresentamos o resultado da nossa técnica utilizando uma osteotomia com resseção de cunha externa, desrotação e translação interna fixada com fixador externo

Material e Métodos:
Foi efetuado um estudo retrospectivo, com recuo mínimo de 8 meses. Foram incluídos todos os doentes operados na nossa instituição, entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012, que apresentavam "cubitus varus" secundário a fractura supracondiliana do úmero viciosamente consolidada. Consultámos o processo clínico, tendo sido registados a deformidade inicial, os procedimentos cirúrgicos, o tempo de utilização do fixador, as complicações e a correcção final.

Resultados:
No período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2012 foram operados 6 doentes. Em todos foi utilizada a mesma técnica: Ressecção de cunha externa completa e correcção da deformidade por valgismo, desrotação e flexão quando necessário, fixados com Fixador Externo AO (2 pinos) e complementado com fio de Kirschner anti-rotatório . A idade média à data da intervenção foi de 7,8 anos (6-10). O tempo médio de correcção com fixador externo foi de 4,4 semanas (4-5). A deformidade inicial medida pelo ângulo de Baumann era de 87,3º e no resultado final foi de 72,8º. Registámos como complicações: um caso de parésia transitória do cubital que regrediu espontaneamente ao fim de 4 semanas. Na avaliação subjectiva final 100% dos Pais encontravam-se muito satisfeitos com o resultado obtido.

Discussão:
Existem múltiplos procedimentos cirúrgicos para o tratamento do "cubitis varus" mas em todos eles ou são descritas complicações radiográficas (translação externa do eixo mecânico com condilo externo proeminente) ou são de difícil reprodução por dificuldades técnicas (1, 2, 3). A técnica utilizada é simples, de fácil execução e permite a reposição anatómica do eixo mecânico com um mínimo de complicações e redução anatómica da deformidade. O problema da estabilização da osteotomia é ultrapassado pela fixação externa.

Conclusão:
Apesar do número restrito de doentes, a osteotomia de valgização, desrotação e flexão distal do úmero para correção de "cubitus varus" estabilizada com fixador externo provou ser um método simples e com resultados clínicos excelentes 1 - Ippolito E, Moneta MR, D'Arrigo C. Post-traumatic cubitus varus. Long-term follow-up of corrective supracondylar humeral osteotomy in children. J Bone Joint Surg Am. 1990 Jun;72(5):757-65. 2 - Skaggs, DL, Glassman D, Weiss JM, Key RM. A new surgical technique for the treatment of supracondylar humerus fracture malunions in children. J Child Orthop. 2011 August; 5(4): 305–312. 3 - Banarjee S, Sabui KK, Mondal J, Raj SJ, Pal DK. Correction Dome osteotomy using the paratriciptal (triceps-sparing) approach for cubitus varus deformity in children. J

Pediatr Orthop. 2012 Jun;32(4):385-93.

CL125 - **Lesão Neurológica Associada aos Diferentes Métodos de Fixação Percutânea no Tratamento das Fracturas Supracondilianas do Úmero em Idade Pediátrica**

Joana Leitão, Sara Silva, Sandra Martins, Sara Lima, Jorge Alves, Jorge Mendes
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
As fracturas supracondilianas do úmero são frequentes em idade pediátrica, correspondendo a cerca de 60% das fracturas do cotovelo. De todas as complicações associadas a este tipo de fractura, a lesão neurológica apresenta a maior incidência. Os diferentes métodos de fixação percutânea com fios de Kirchner (K) na estabilização das fracturas com desvio significativo estão associados a um risco acrescido de lesão neurológica iatrogénica. O objectivo principal deste estudo foi a comparação dos métodos de fixação percutânea usados na estabilização cirúrgica de fracturas supracondilianas grau II e III de Gartland do úmero em idade pediátrica relativamente ao tipo de fractura e à lesão neurológica iatrogénica.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo de 85 casos consecutivos de fracturas supracondilianas do úmero em idade pediátrica operadas entre 2007 e 2012. Revisão do processo clinico. Utilizada classificação de Gartland. Comparação das técnicas de fixação percutânea utilizadas (com fios K cruzados e fios K laterais) relativamente ao tipo de fractura e lesão neurológica. Excluídos 6 casos por perda de follow-up

Resultados:
Nos 79 casos analisados a idade média na cirurgia foi de 6.1 anos; 63% dos casos eram do sexo masculino. Vinte e quatro casos Gartland tipo II (30.4%) e 55 do tipo III (69.6%). Follow-up médio de 32.8 semanas. Nas fracturas tipo II a técnica mais utilizada foi 2 fios K laterais cruzados (50% dos casos); nas tipo III houve maior preferência pelas técnicas de fios cruzados (62%). No total identificaram-se seis casos de lesão neurológica (4 do nervo cubital, 1 do nervo radial e 1 do nervo mediano). Com a técnica de 2 fios laterais cruzados registamos 3 casos (radial, cubital e mediano); não houve nenhum caso com a técnica de 3 fios laterais; nas restantes técnicas (2 fios cruzados, e fios laterais paralelos e 3 fios cruzados) identificou-se lesão do cubital em cada uma delas. Em todos os casos houve recuperação completa da função neurológica no final do follow-up

Discussão:
A maioria dos estudos publicados demonstra que existe maior probabilidade de lesão iatrogénica do nervo cubital quando é utilizado o método de fixação percutânea com fios cruzados. Dos 6 casos de lesão neurológica identificados, 4 aconteceram com a técnica de 2 fios laterais, o que contraria o descrito na literatura. Apesar desta análise não nos permitir estabelecer qual o melhor método de fixação percutânea nestas fracturas, verificamos neste estudo uma maior tendência para a utilização de técnicas com fios cruzados nas fracturas mais instáveis.

Conclusão:
Podemos concluir que apesar do tratamento percutâneo com fios K neste tipo de fracturas estar associado a um risco acrescido de lesão neurológica iatrogénica, estas apresentam um prognóstico razoável a curto prazo. Para as fracturas mais instáveis (tipo III) utiliza-se, preferencialmente, a fixação com fios K cruzados

---

CL126 - **Rastreio de Displasia de Desenvolvimento da Anca: referenciações para um Hospital de Nível III**

Tiago Milheiro Silva, Carolina Albuquerque, Catarina Timóteo, Susana Norte Ramos, Francisco Sant Anna, Delfin Tavares
(Hospital Dª Estefânia)

Introdução:
O rastreio da displasia de desenvolvimento da anca (DDA) está recomendado desde o nascimento até à idade da marcha; o objectivo é diagnosticar a doença o mais precocemente possível, evitando complicações/ sequelas, bem como custos adicionais relacionados. Os objectivos do estudo são: 1. Caracterizar a população referenciada à consulta de Ortopedia Infantil por suspeita de DDA, no período de um ano. 2. Comparar os subgrupos de crianças com doença confirmada e doença não confirmada.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo analítico incidindo sobre a

população de crianças referenciadas por suspeita de DDA à consulta de Ortopedia Infantil de um Hospital de nível III durante o ano de 2010. Dados recolhidos através da consulta de processos clínicos informatizados. Variáveis: caracterização demográfica, referenciação, factores de risco, exame objectivo, investigação efectuada, diagnóstico final e sequelas/ complicações. Tratamento estatístico dos dados com recurso a SPSS.

Resultados:
Foram referenciadas 162 crianças, 80% do sexo feminino, 83% com menos de 6 meses; 48% foram referenciadas pelos médicos assistentes (idade mediana de referenciação: 2 meses). O principal motivo de referenciação foi a clínica (em 29%), sendo o "click da anca" o mais referido; 9% foram referenciados por factor de risco. Mais de metade tinham já efectuado algum tipo de investigação prévia, sobretudo ecografia da anca. Constatadas alterações ao exame objectivo em 37% das crianças (principalmente limitação da abdução e sinal de Barlow). Realizaram investigação adicional 94%. Diagnosticada DDA em 35% das crianças (idade mediana de diagnóstico: 2 meses); 6 crianças (11%) diagnosticadas após os 6 meses); 34% não apresentavam alteração ao exame objectivo. 19% das crianças sem DDA tinham alterações ao exame objectivo, nomeadamente "click da anca" e "assimetria das pregas glúteas/ períneo". Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre constatação de exame objectivo alterado e diagnóstico final de DDA ($p<0,05$). Das crianças diagnosticadas antes dos 6 meses de idade, 8% mantinham seguimento aos 2-3 anos por complicação/ sequela; das crianças diagnosticadas após os 6 meses, 4 (67%) mantinham seguimento por complicação/ sequela.

Discussão:
Pode concluir-se que, de uma forma geral, o rastreio desta patologia está a ser realizado de forma adequada, apesar de termos constatado uma minoria de crianças enviada à consulta de Ortopedia Infantil após os 6 meses. Verificou-se que, de facto, estas são as crianças com piores resultados e tratamento mais prolongado.

Conclusão:
Realça-se a importância de uma história clínica cuidada e da valorização dos factores de risco, que podem constituir o único sinal de alerta em fases precoces da doença.

CL127 - **O uso de fixador externo no tratamento da luxação da anca em lactentes e crianças.**
Nuno Craveiro Lopes, Carolina Escalda (Hospital Garcia de Orta)

Introdução:
O uso de fixação externa para o tratamento da luxação da anca no lactente e criança, pode trazer vantagens adicionais aos métodos tradicionais.

Material e Métodos:
Os autores apresentam dois casos de difícil resolução com métodos tradicionais, nos quais foi necessário recorrer a métodos de fixação externa para o tratamento da luxação da anca num lactente e numa criança.

Resultados:
O primeiro caso, tratava-se de num lactente de 11 meses de idade com luxação da anca bilateral, no qual o tratamento conservador realizado desde o nascimento, não obteve sucesso. Sofreu duas tentativas cirúrgicas, primeiro com tenotomia dos adutores e imobilização e, em seguida, redução aberta, com perda de redução durante a imobilização pélvica-podálica imediata. Para conseguir uma redução mais estável, optamos por utilizar um mini-fixador externo AO com cravos roscados aplicados na zona supra-acetabular e femoral. É importante notar que os pais que tiveram experiência anterior com dois aparelhos pelvi-podálicos, preferiram o fixador externo, considerando que é muito mais conveniente e confortável para o posicionamento e cuidados de higiene da criança. O fixador foi mantido por 2 meses, sendo removido com sedação em ambulatório, mantendo boa estabilidade das ancas. O paciente começou a andar aos 14 meses, com arcos de movimento completos e indolores. Aos 5 anos de idade, as suas ancas tinham arcos completos e simétricos e eram estáveis, embora com alguma displasia femoral direita. O segundo caso foi o de uma criança de 4 anos com síndrome polimalformativo, incluindo luxação do joelho, pé boto, distúrbios neurológicos, e luxação alta da anca direita com necrose cefálica. Optamos por uma abordagem artroscópica com limpeza do pulvinar e recessão do ligamento redondo, libertação da cápsula e eversão do limbo, procedendo a uma osteotomia percutânea acetabular e aplicação de um aparelho de Ilizarov para baixar progressivamente o teto acetabular e reduzir a anca por artrodiastase. Ao fim de dois meses o aparelho de Ilizarov foi retirado e aplicou-se um

aparelho pelvi-podálico de ancas livres por dois meses, após o que o paciente começou fisioterapia e exercícios de mobilidade articular. A última observação realizada 6 meses após a cirurgia mostrou uma anca reduzida e estável, com um ângulo acetabular de 25 ° e mobilidade aceitável.

Discussão:
Entre as vantagens mais evidentes da utilização da fixação externa, nestes casos difíceis de tratar por métodos convencionais, encontramos a abordagem minimamente invasiva, a possibilidade de correcção gradual, a ausência de perda de sangue, a melhoria da estabilidade da redução, internamento pós-operatório mais curto e a ausência de material implantado.

Conclusão:
Os métodos de fixação externa podem representar uma ferramenta útil para complementar o tratamento da luxação da anca quando a redução ou estabilização da articulação pelos métodos tradicionais se mostra problemática.

CL128 - **Osteonecrose da tróclea (Doença de Hegemann) – descrição de 2 casos clínicos**
Andreia Ferreira, Bruno Barbosa, Filipe Lima Santos, Daniel Saraiva Santos, José Marinhas, Mafalda Santos
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia -Espinho)

Introdução:
A osteonecrose da tróclea foi descrita pela primeira vez em 1933 por Uhrmacher numa criança de 7 anos de idade. Em 1951, quase 20 anos após essa descrição inicial, Hegemann publicou um artigo sobre a natureza idiopática deste tipo de necrose avascular. Trata-se de uma osteonecrose semelhante à doença Panner mas muito menos frequente. Afeta crianças entre os 7 e os 13 anos de idade que podem ser assintomáticos ou apresentar edema, alteração da mobilidade ou do ângulo de carga. A osteonecrose da tróclea pode aparecer como um defeito central (tipo A) ou hipoplasia total da tróclea (tipo B), dependendo da extensão da lesão vascular. Segundo Uhrmacher a maioria dos casos de osteonecrose da tróclea evolui com uma ligeira deformidade em valgo.

Material e Métodos:
Os autores apresentam 2 casos clínicos relativos a esta patologia. O primeiro é referente a um rapaz de 13 anos enviado à consulta de Ortopedia Pediátrica por dor e edema esporádico do cotovelo direito, com discreto défice de flexão e ângulo de carga normal. O segundo caso trata-se de uma menina de 9 anos enviada à consulta por um aumento discreto do valgo do cotovelo direito, sem queixas álgicas e com mobilidades normais. Não há referência a história traumática prévia em nenhum dos casos.

Resultados:
Foi mantida uma abordagem conservadora em ambos os casos sendo que o 1º doente apresenta um seguimento de 1,5 anos e a 2ª doente de 1 ano. Ambos se encontram assintomáticos sob ponto de vista clínico, com mobilidades normais e com um valgo discreto no 2º caso. Durante o seguimento radiológico constatou-se que no primeiro caso a doença era bilateral.

Discussão:
O diagnóstico diferencial das patologias que afectam o cotovelo em idade pediátrica deve incluir as osteonecroses. A doença de Hegemann é uma condição rara e relativamente benigna. Devido à imaturidade esquelética das crianças o potencial de cura é elevado e desta forma a abordagem inicial é conservadora, sendo que metade das lesões resolve espontaneamente com imobilização e analgesia em SOS. A cirurgia é reservada para doentes que não respondem ao tratamento conservador, que apresentam sintomas mecânicos ou deformidade importante.

Conclusão:
Apesar de se tratar de uma entidade rara e benigna, o diagnóstico de osteonecrose da tróclea deve ser considerado na presença de um cotovelo doloroso não traumático.

CL129 - **Sacroileíte em idade pediátrica – descrição de 3 casos clínicos**
Andreia Ferreira, Bruno Barbosa, Diogo Ferraz, Rui Rocha, Ricardo Mendes, Mafalda Santos
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia -Espinho)

Introdução:
A sacroileíte infecciosa é rara sendo responsável por cerca de 1 a 2% das infeções osteoarticulares em crianças. O diagnóstico clínico desta patologia é muitas vezes feito tardiamente dada a falta de especificidade semiológica, sendo erroneamente interpretada como patologia compressiva radicular, artrite séptica da anca, podendo mesmo mimetizar um quadro de abdómen

agudo. Os autores apresentam 3 casos clínicos descrevendo a sintomatologia, exames complementares de diagnóstico utilizados, tratamento instituído e seguimento.

Material e Métodos:
O primeiro caso é referente a um adolescente de 16 anos que recorreu ao serviço de urgência por quadro de febre, cefaleias e odinofagia com 24 horas de evolução. Apresentava dor à palpação profunda da fossa ilíaca direita, limitação dolorosa das mobilidades da anca direita e claudicação. Observava-se uma ferida em fase de cicatrização no cotovelo direito. Do estudo complementar diagnóstico realizado salienta-se um aumento dos marcadores inflamatórios, com Rx pélvico e ecografia das ancas sem alterações. No segundo caso apresenta-se um adolescente de 12 anos que recorreu ao serviço de urgência por coxalgia esquerda, febre e claudicação. Apresentava panarício do hállux esquerdo. Analiticamente os marcadores inflamatórios estavam aumentados. O Rx da bacia e a ecografia das ancas foi normal. O terceiro doente é um bebé de 14 meses que é trazido ao serviço de urgência por febre e recusa da marcha, que apresentava também aumento dos parâmetros inflamatórios, com estudo imagiológico pélvico normal.

Resultados:
Em todos os casos o diagnóstico de com sacroileíte foi confirmado por RMN, sendo que no 1º caso as hemoculturas foram negativas e no 2º e 3º casos foi isolado Staphylococcus aureus. Todas as crianças foram tratadas com antibioterapia endovenosa, evoluindo clinica e analiticamente de uma forma favorável. A mudança para antibioterapia oral foi feita de acordo com o protocolo de infeções osteoarticulares do serviço. Os doentes do 1º e do 3º caso, têm atualmente 3 anos de seguimento; o segundo doente tem 8 meses de seguimento. Do ponto de vista clínico todos os doente se encontram assintomáticos e radiologicamente todos apresentam sinais de esclerose na articulação atingida.

Discussão:
Diagnosticar infeções osteoarticulares na região pélvica é um desafio dada á falta de especificidade e grande variedade de sintomas que muitas vezes atrasam o início da terapia dirigida. Este atraso pode levar à formação de coleções abcedadas, evoluindo para situações de sequestro osteomielítico crónico, deformidade articular permanente, sépsis ou mesmo morte. Na presença de abcessos adjacentes ao quadro artrite séptica da articulação sacroilíaca está preconizada como atitude inicial, o tratamento conservador com antibioterapia endovenosa. A drenagem cirúrgica é reservada para casos refractários.

Conclusão:
A sacroileíte séptica é uma patologia rara de diagnóstico difícil na população pediátrica mas deve ser sempre considerada em crianças com febre, astenia e alterações da marcha.

CL130 - **Piomiosite – casuística de 10 anos de um hospital central**

Joana Ovídio, R. Perry Da Câmara, Miguel Carvalho, José Miguel Sousa, Catarina Gouveia, Delfin Tavares
(Hospital Dona Estefânia)

Introdução:
A piomiosite é uma infeção do sistema músculo-esquelético, com a formação de um abcesso no interior do tecido muscular. Inicialmente descrita em climas tropicais, no entanto tem tido uma incidência crescente nos climas temperados. As crianças afetadas por esta patologia são geralmente saudáveis e um traumatismo prévio surge, neste contexto, como fator predisponente. O diagnóstico e o tratamento precoce são fundamentais e implicam um elevado índice de suspeição. O objetivo deste trabalho foi evidenciar o aumento de incidência desta patologia no nosso país e a necessidade de suspeição clínica para o seu diagnóstico.

Material e Métodos:
Estudo descritivo retrospetivo, com base na consulta dos processos clínicos. Entre 2002 e 2012 foram diagnosticados 5 casos de piomiosite, 4 dos quais ocorreram no sexo masculino. A média de idades foi de 8.6 anos.

Resultados:
Os doente com diagnóstico de piomiosite recorreram em média 2 vezes ao Serviço de Urgência, antes do diagnóstico, referindo dor e febre, com cerca de 10 dias de evolução. Apenas dois doentes tinham história prévia de traumatismo. Após realização de ecografia e ressonância magnética foi possível identificar a região anatómica muscular afetada (obturador interno, obturador externo, médio glúteo, grande glúteo e gémeos). Analiticamente tinham valores de médios de PCR de 75.6 mg/L(N<5mg/dL) e VS de 45.5 mm/h

(<20mm/h). As hemoculturas foram negativas. Os doentes estiveram internados cerca de 18 dias, em média, tendo realizado antibioticoterapia endovenosa com flucloxacilina associada a gentamicina ou clindamicina. Depois da alta hospitalar, mantiveram antibioticoterapia oral com flucloxacilina durante mais 2 semanas. Pela melhoria clínica e analítica não foi necessário drenagem cirúrgica do abcesso.

Discussão:
Segundo a literatura a piomiosite tem tido um aumento de incidência nos climas temperados. Pode afetar tanto crianças como adultos, sobretudo do sexo masculino, sendo o membro inferior o local mais afetado. Em até 50% dos casos pode haver história de trauma, o que explicaria os 2 doentes que desenvolveram o quadro clínico, após traumatismos minor, durante a prática desportiva. Tal facto, pode ser explicado em parte, quer pela formação do hematoma, quer pela maior perfusão muscular após o traumatismo, o que originaria um maior aporte de ferro, criando condições necessárias para o crescimento bacteriano. O agente mais comum nas piomiosite é o S. Aureus, sendo que em Portugal a baixa frequência de resistência à meticilina permite tratar a maioria destas infeções com flucloxacilina, associada à clindamicina. Nos casos em que a evolução clínica e analítica é favorável pode optar-se por terapêutica conservadora, sem necessidade de drenagem cirúrgica.

Conclusão:
Apesar da sua raridade, a piomiosite deve ser um diagnóstico a ter em conta na presença de sintomas locais associados a um quadro infeccioso, na ausência de outras lesões osteoarticulares. Se existir história de traumatismo o índice de suspeição deve aumentar.

Punho e Mão

CL131 - **Abordagem cirúrgica ao síndroma do túnel cárpico. Via palmar clássica e via mini-invasiva cubitocárpica**

Sergio Figueiredo, Luis Machado, António Sá, Jacinto Loureiro
(Centro Hospitalar Leiria Pombal)

Introdução:
O síndroma do túnel cárpico é a neuropatia periférica de maior expressão. A libertação do nervo mediano por secção do ligamento anelar transverso do carpo permanece como método de eleição para o tratamento desta patologia. A opção por procedimentos mini-invasivos anuncia vantagens no processo de cicatrização. A via mini-invasiva cubitocárpica, descrita por Dayican et al (Mt Sinai J Med. 2004), parece oferecer menor tempo de intervenção, sem acréscimo de complicações associadas. O objetivo do estudo é comparar a via mini-invasiva cubitocárpica com a via palmar clássica.

Material e Métodos:
Estudo tipo coorte, retrospetivo, com assumpção de poder de análise à priori de 0,05 para erro tipo I (a) e um poder estatístico de 0,8 (1-b). Amostra populacional de 127 indivíduos, submetidos a libertação cirúrgica do nervo mediano (61 por via mini-invasiva cubitocárpica, 66 por via palmar clássica), entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2011, executada por 3 ortopedistas. Dois indivíduos foram excluídos por terem sido previamente submetidos à intervenção. As técnicas cirúrgicas foram executadas sob isquemia. Colheita e tratamento estatístico multivariável de dados relativos à idade, sexo, comorbilidades (Diabetes Mellitus, doenças autoimunes), complicações (de sutura, inflamatórias/infeciosas, hemorrágicas/tromboembólicas, nervosas autolimitadas/permanentes) e recidivas à data da primeira consulta pós-operatória.

Resultados:
O número total de intervenções foi de 125 (60 por via mini-invasiva cubitocárpica, 65 por via palmar clássica). A idade média à data de intervenção foi de 54,2±12,5 anos (52,9±12,5 e 55,4±12,5 anos para as vias mini-invasiva cubitocárpica e palmar clássica, respetivamente). O género feminino representou 80,8% dos casos (80,0% e 81,5%, respetivamente). A Diabetes Mellitus foi observada em 9,6% dos casos (6,7% e 12,3%, respetivamente) e as doenças autoimunes em 6,4% dos casos (3,3% e 9,2%, respetivamente). A observação pós-operatória ocorreu dentro de 60 dias em 95,2% dos casos. Um dos indivíduos faltou sistemáticamente à consulta pós-operatória. As complicações observadas, todas de índole nervosa, foram de 8,0% (15% e 1,5%, respetivamente; Risco Relativo [RR] 5,565; p=0,006). A taxa de recidivas foi de 4,0% (6,7% e 1,5%, respetivamente; RR 2,667; p=0,144).

Discussão:
Ao contrário do descrito noutros estudos, observaram-se mais complicações à data da primeira consulta para a intervenção por via mini-invasiva. Poderá o mesmo ter relação com a idiossincracia técnica da abordagem mini-invasiva, e consequente lesão transitória/definitiva do nervo mediano ou do seu ramo tenar, mas também do curto prazo de observação pós-operatória e da maior proporção de recidivas registadas. Acresce a necessidade de realização de um estudo prospetivo aleatório sobre a via em causa, para menor enviezamento de dados.

Conclusão:
A via mini-invasiva para libertação do nervo mediano por secção do ligamento anelar transverso do carpo parece apresentar maior número de complicações de índole nervosa transitória/definitiva. Estudos prospetivos aleatórios são necessários para melhor validação desta conclusão.

CL132 - **Artroplastia trapézio-metacárpica com prótese não cimentada: 10 anos de experiência**

Joao Teixeira, José Manuel Teixeira, Vera Resende, Fernando Leal, Artur Neto, Ricardo Frada
(CHEDV)

Introdução:
A articulação trapézio-metacárpica é uma articulação única por permitir uma extraordinária capacidade de movimentos do polegar, estando desta forma sujeita a enormes forças de tensão que a tornam susceptível a osteartrose precoce. A dor despertada com mobilização do polegar em atividades tão simples quanto escrever ou apertar os botões é um dos primeiros sintomas estando frequentemente associado a perda da força de prensão e sub-luxação articular. Sempre que o tratamento conservador falha a abordagem cirúrgica é o passo a seguir estando descritas múltiplas técnicas para tratamento desta patologia. A utilização de

próteses trapézio-metacárpicas introduzidas por Caffinière na década de 70 sofreram importantes avanços físicos e biomecânicos sendo hoje consideradas uma solução válida para tratamento das rizartroses sintomáticas.

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo retrospectivo, transversal e analítico, tendo como amostra os doentes submetidos a artroplastia trapézio-metacárpica (ATM) com prótese não-cimentada entre 2001 e 2012, com um tempo mínimo de follow-up de 1 ano. Foram utilizadas dois tipos de próteses: Arpe® (81%) e Roseland® (19%). A indicação para cirurgia foi rizartrose sintomática grau = 2 de Eaton. Todos os doentes foram avaliados em entrevista clínica individual. A avaliação dos outcomes clínicos incluiu caracterização da dor através de uma escala visual analógica (0-10), do grau de capacidade para as tarefas da vida diária através do score DASH, da força de prensão palmar e digital com recurso a um dinamómetro e da mobilidade através do score de Kapandji. Foi feita ainda uma avaliação clínica e imagiológica para identificação de complicações ou sequelas pós-operatórias.

Resultados:
Durante o período de estudo foram realizadas 62 artroplastias, tendo sido incluidas 52 que correspondem a 40 doentes (6 doentes com protese bilateralmente). A amostra incluiu apenas doentes do sexo feminino com idade média, à data da cirurgia, de 59,6 anos (45-79) com predomínio da mão esquerda (55%). A indicação predominante foi osteoartrose primária (85%) estando 15% dos casos associados a degeneração articular reumatoide. O período de follow-up médio foi de 7,8 anos (1-11 anos). A escala visual analógica revelou uma dor residual com EVA médio de 1,72 associado a um grau de incapacidade reduzido para as actividades da vida diária (DASH médio 21,8). O score de Kapandji pós-operatório apresentou valores médios de 8,55 (para um máximo de 10) representando 89% da mobilidade contra-lateral. A força de prensão palmar mostrou uma força média de 13,2 kg/cm2 representando cerca de 85% da força contra-lateral, enquanto a média de força de pinça digital foi de 4,36 representando cerca de 90% da força contralateral. Dos doentes submetidos a cirurgia 90% refere estar satisfeito ou muito satisfeito (27,5% e 62,5%, respectivamente) sendo que 82,5% dos doentes refere que repetiria a cirurgia. Da amostra estudada registamos 6 complicações (11,5%): 2 luxações (1 com redução no SU e 1 com necessidade de revisão), 1 migração (revisão com extração da prótese associada a trapeziotomia e ligamentoplastia), 1 fratura do trapézio (revisão com extração de prótese e ligamentoplastia), 1 dor crónica associada a neuroma do ramo sensitivo superficial (exploração de cicatriz e exérese de neuroma) e 1 infecção tratada com antibioterapia empírica.

Discussão:
O nosso estudo permite-nos verificar em primeiro lugar uma elevada sobrevida das próteses utilizadas com uma taxa de falência <8% num período de follow-up médio de aproximadamente 8 anos. A avaliação dos dados obtidos mostra-nos também que a (ATM) permite uma diminuição da dor com recuperação da mobilidade e força de prensão.

Conclusão:
O grau de satisfação dos doentes (90% doentes satisfeitos ou muito satisfeitos) corrobora os resultados pelo que na opinião dos autores, a utilização a ATM mantem-se como uma das técni

---

CL133 - **Fasciectomia palmar regional – fasciectomia clássica – como gold standard do tratamento da D. Dupuytren. Revisão de 5 anos.**
Mafalda De Noronha Lopes, Fernando Gomes Rosa, Rui Leitão, Cláudia João
(Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca - Amadora/Sintra)

Introdução:
A doença de Dupuytren define-se como uma doença de etiologia multifactorial, mediada por miofibroblastos responsáveis por hiperplasia e fibrose progressivas da fascia palmar, com consequente formação de cordas patológicas e deformidade em flexo das articulações metacarpo-falângicas (MCF), interfalângicas proximais (IFP) e distais (IFD). Existem numerosas abordagens terapêuticas cirúrgicas e não cirúrgicas para o tratamento desta doença, no entanto, a fasciectomia palmar regional permanece como gold standard.

Material e Métodos:
Realizámos uma revisão retrospectiva de 302 doentes submetidos a fasciectomia palmar regional num período de 5 anos (2007-2011), na nossa instituição. Como indicação cirúrgica preconizou-se a presença de um "tabletop test" positivo, contractura da MCF > 30º e/ou IFP> 10º. Foram registados dados demográficos e determinada a extensão da doença e dedos afectados.

Seguimos a classificação descrita por Tubiana, com a determinação da soma dos deficits de extensão, quantificados com goniômetro digital, e divididos em quatro estágios de deformidade progressiva: grau I: 0-45°, grau lI: 46-90°, grau III: 91- 135° e grau IV: > 135°. No pós operatório os doentes seguiram o mesmo protocolo de reabilitação, foram registadas as re-intervenções e o período de follow up. Os resultados funcionais foram definidos qualitativamente como Bons: <15º de perda de extensão na MCF ou IFP; Moderados: 15-25º de perda de extensão na MCF ou IFP; Maus: >25º de perda de extensão na MCF ou IFP. Recorrência definiu-se como o aparecimento de novas lesões (nódulos/bandas) em área previamente operada. As complicações foram definidas como Major: (lesão arterial; lesão neurológica; SDRC; necrose digital e infecção sistémica) e Minor(hematoma; seroma; retracção cicatricial; necrose cutânea superficial; dor residual não relacionada com SDRC).

Resultados:
108 (36,6%) doentes apresentavam acometimento único da mão dominante; 28 (9,2%) apresentavam acometimento único da mão não dominante e 166 (54,5%) apresentavam envolvimento bilateral. A história familiar foi positiva em 22%. Verificou-se recorrência em 36% dos casos e como factores preditores com significado estatístico registaram-se o envolvimento da IFP e/ou de múltiplos dedos; diabetes, idade; história familiar. Os resultados funcionais obtidos foram bons: 58%; Moderados: 27%; Maus:15%. Como factores preditores negativos para o outcome, com significado estatístico, obtivemos o envolvimento da IFP, a idade precoce, história familiar e envolvimento de múltiplos dedos. Encontrámos complicações em 26% dos doentes operados e registámos as complicações na primeira cirurgia e nas cirurgias de correcção de recorrência. Não se registaram lesões arteriais. Houve uma menor taxa de complicações major na primeira intervenção. Em relação a complicações minor não houve diferença significativamente estatística entre primeira e cirurgias subsequentes.

Discussão:
A remoção cirúrgica dos tecidos doentes continua a ser o gold standard do tratamento da doença de dupuytren. Os resultados funcionais , bem como as taxas de recorrência obtidas permitem dizer que é um bom tratamento para estes doentes.

Conclusão:
Nos casos de doença em estadio inicial, a morbilidade associada a esta técnica pode ser reduzida por combinação com outras técnicas menos invasivas, nomeadamente a fasciotomia percutânea. Novos procedimentos têm vindo a ser desenvolvidos como a fasciotomia enzimática, carecendo, contudo, de estudos que validem a sua eficácia a longo prazo e eficácia em doentes com doença em estadio mais avançado (Tubiana III/IV). Os resultados funcionais que obtivemos com a fasciectomia parcial selectiva, bem como as taxas de recorrência obtidas, permitem dizer que é uma técnica eficaz para o tratamento desta doença crónica.

CL134 - **Estudo comparativo do uso de tendão integral versus hemitendão do tendão flexor radial do carpo no tratamento da Rizartrose**

Venâncio Caleira, Cláudia Oliveira
(Hospital do Litoral Alentejano)

Introdução:
A generalidade dos cirurgiões de mão utilizam apenas metade do tendão na ligamentoplastia de Burton. Pretendeu-se demonstrar a eficácia do uso do tendão integral com ganhos de rentabilidade cirúrgica demonstrando não existir prejuízo funcional da mão e do punho.

Material e Métodos:
Foram operados um total de 21 doentes, sendo 11 destes tratados com hemitendão (HT) e 10 com tendão integral (TI). A idade média foi similar nos dois grupos, mas o recúo médio foi de 30 meses [21-45] para o grupo HT e de 15 meses [5-24] para o grupo TI, sendo a generalidade dos doentes do sexo feminino. Todos os doentes foram operados pelo mesmo cirurgião e reavaliados por um cirurgião diferente. Foi usada a Tabela Dash para avaliação funcional, a Escala Visual Analogica (EVA) para discriminação da dor residual; foram também avaliados a mobilidade do polegar, a estabilidade da articulação metacárpico-falangica, a força de preensão da mão (FPM) e a força da primeira pinça (PIP) e registado o tempo médio com o procedimento cirúrgico.

Resultados:
O Dash foi de 15,2 (HT) e de 20,13 (TI). A estabilidade foi similiar nos dois grupos. A FPM em média foi de 20,6 Kgs no grupo HT e de 20,6 no grupo TI e a força PIP foi de 4,89 Kgs no HT e de 4,34 Kgs no grupo TI. Mas quando comparado com a mão não operada, a FPM média foi de 106% para o grupo HT e de 85% para o

grupo TI, enquanto na PIP foi de 103% para o grupo HT e de 73% no grupo TI. Dor e mobilidade do polegar similar e o tempo médio da cirurgia reduziu-se em 25%.

Discussão:
O uso do hemitendão exige maior perícia ao cirurgião mas mais incisões no antebraço, um tempo cirúrgico mais extenso e um volume menor de tendão disponível para preenchimento do espaço do trapézio. Existem poucos trabalhos publicados comparando ambas as técnicas. Não houve complicações com maior diâmetro do túnel no metacárpico. À semelhança de algumas publicações internacionais não se encontrou défice funcional no punho/mão pelo uso a 100% do tendão flexor radial do carpo.

Conclusão:
– O uso de tendão integral quando comparado ao uso de hemitendão produz resultados clínicos similares, seja expresso no DASH, na dor residual, na força motora, na estabilidade/mobilidade do polegar ou no grau de satisfação dos doentes. Contudo torna a cirurgia mais rápida e de maior facilidade técnica com menor prejuízo estético.

CL135 - **Tratamento cirúrgico da rizartrose: há vantagem da trapezectomia com ligamentoplastia contra a artroplastia com implante?**
Pedro Miguel Marques, Pedro Sá, Andre Sá Rodrigues, Filipa Freitas, Vítor Vidinha, Pedro Negrão
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
A rizartrose consiste na 2ª artrose mais comum da mão, com necessidade frequente de tratamento cirúrgico. A articulação trapézio-metacarpiana (TMC) é uma articulaçãoo extremamente móvel, sendo responsável por quase todo o movimento de oponência do polegar. Porém, devido a esta extrema mobilidade, está associada ao aparecimento de alterações degenerativas precoces. Existem vários tratamentos cirúrgicos eficazes, sendo a trapezectomia com ligamentoplastia e a artroplastia total com implante dos mais utilizados actualmente. O objectivo deste trabalho consistiu em comparar os resultados clínicos de duas técnicas ciurgicas (trapezectomia e ligamentoplastia de Burton e Pellegrini e artroplastia total não cimentada da TMC para tratamento de rizartrose.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, de todos os doentes com rizartrose operados entre Janeiro de 2008 a Janeiro de 2013 com as duas técnicas cirúrgicas. Procedeu-se à avaliação ,tanto no pré como no pós-operatório, com o score DASH, score VAS e grau de oponência através do score de Kapandji. Avaliou-se também, no pós-operatório, a força de Grip e Pinch, a taxa de satisfação dos doentes e a ocorrência de complicações no follow-up. A avalição radiográfica pré-op. foi feita com a classificação de Eaton. Todos os dados foram submetidos a tratamento estatístico com SPSS v19.

Resultados:
62 doentes cumpriam os requisitos propostos, tendo sido divididos em 2 grupos: grupo A (28) submetidos a trapezectomia com ligamentoplastia e grupo B (34) submetidos a artroplastia com prótese total não cimentada, sendo ambos os grupos semelhantes em média de idade (65) e género. Em relação ao estádio radiográfico prévio à cirurgia o grupo A eram em média do estádio III de Eaton e o grupo B em média do estádio IV. No grupo A verificou-se no pré-op, um valor médio de DASH de 63, VAS de 7 e Kapandji de 4, enquanto que no pós-operatório foi de 44, 3 e 8 respectivamente. No grupo B no pré-op verificou-se um valor médio de DASH de 53, VAS de 7 e Kapandji de 4, tendo o valor no pós-op sido de 30, 2 e 8 respectivamente. Verificou-se um valor de Grip e Pinch superior no grupo B (12 kgf e 5kgf respectivamente) em relação ao grupo A (9kgf e 3 kgf). 50% dos doentes do grupo do A encontram-se muito satisfeitos com o resultados cirúrgico, contrastando com 71% do grupo B. Temos a registar 3% de complicações (2 doentes): no grupo A 1 nevroma do ramo sensitivo do radial e no grupo B uma luxação de prótese que necessitou de cirurgia de redução e revisão de implante.

Discussão:
Os doentes do grupo B apresentam melhores resultados em todos os parâmetros avaliados, que associado ao facto de manterem intacta a coluna trapeziometacarpiana, parece tornar o procedimento mais vantajoso para a recuperação clínica do doente. Dado ser um estudo retrospectivo não foi possível eliminar um viés de selecção em que os doentes com artrose mais avançada foram submentidos a trapezectomia e ligamentoplastia e excluídos do tratamento com artroplastia total todos os casos com artrose grau IV. Ambos os procedimentos tiveram uma baixa taxa de complicações.

Conclusão:

A artroplastia com prótese total não cimentada para tratamento da rizartrose até ao estádio III de Eaton parece um tratamento mais atractivo relativamente à trapezectomia com ligamentoplastia, devido à recuperação que proporciona, embora se desconheçam resultados e taxa de revisões a longo prazo.

CL136 - **Síndrome do Túnel Cárpico – Avaliação clinica e funcional de 400 doentes submetidos a a libertação cirúrgica do nervo mediano**

Diogo Santos Robles, Virginia Do Amaral, Sara Silva, Helder Nogueira, Sara Lima, Daniel Lopes
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
O síndrome do Túnel Cárpico (STC) corresponde a 90% de todas as neuropatias por compressão, é mais frequente no sexo feminino, sendo doença profissional mais observada na pratica clinica, pela associação a trabalhos que envolvam movimentos repetitivos do punho. O tratamento conservador assenta num leque amplo de armas terapêuticas, no entanto, a descompressão cirúrgica prevalece como o tratamento definitivo.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo de 400 doentes com diagnóstico de STC submetidos a descompressão cirúrgica primária do nervo mediano pela técnica clássica, em regime de cirurgia de ambulatório (CA) ou de bloco central (BC), no período entre 2008 a 2011. A avaliação clinica e funcional foi realizada através da avaliação da sintomatologia, testes provocativos, Visual Analogic Scale (VAS) para a dor pré e pós-operatória, Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (QuickDASH), grau de satisfação coma cirurgia e avaliação dos resultados electromiográficos. Adicionalmente, foi feita uma comparação dos custos hospitalares nos dois grupos em estudo.

Resultados:
Foram revistos 400 doentes, 85,5% do sexo feminino, idade média 50,3 anos (SD=11,2), follow-up médio de 17 meses (SD=5,3). A mão dominante foi a mais atingida em 61% dos casos, 29% bilateral. 61% dos doentes foram operados com anestesia local, no bloco de ambulatório e 39% foram operados no bloco central, submetidos a anestesia geral. Clinicamente, 100% dos doentes apresentavam parestesias no território do mediano. A sintomatologia noturna estava presenta em 91% dos doentes. Os sinais de Phallen e de Tinel foram positivos em 79% e 51% dos casos, respectivamente. O VAS médio pré-operatório foi de 7,4 (SD=1,3), com melhoria de 4,7 pontos à data do follow-up ($p<0,05$). A principal queixa no pós-operatório foi a dor no local da incisão (67%). O QuickDASH médio foi de 41,9 (SD=10,1), com um QuickDASH lazer e trabalho de 19,1 e 21,7, respectivamente. O grau de satisfação médio foi de 7,52 ($p>0,05$). O exame electromiográfico foi positivo em 75% dos doentes. Comparando o grupo CA com o grupo BC, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$) quando comparadas a idade, sexo, follow-up, queixas álgicas ou força muscular no pós-operatório, VAS, QuickDASH ou grau de satisfação com a cirurgia. Na avaliação dos custos hospitalares, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas, estando o grupo submetido a anestesia local associado a gastos médios de 18,6 euros e o grupo submetido a anestesia geral de 166,33 euros. Constatamos um total de 26 recidivas com necessidade de nova intervenção cirúrgica, 16 no grupo CA e 10 no grupo BC ($p>0,05$). Apresentamos como complicações um caso de lesão parcial do nervo mediano, no grupo BA.

Discussão:
A libertação cirúrgica do nervo mediano permanece o "Gold Standard" para o tratamento do STC, estando demonstrado a modalidade terapêutica com melhores resultados, permitindo uma cessação a longo prazo da sintomatologia. O tratamento conservador permanece, no entanto, uma atitude valida numa primeira fase. O diagnóstico e colocação de indicação cirúrgica do STC deve ser feito essencialmente pela clinica, possivelmente coadjuvado pelo exame electromiográfico, que no entanto demonstrou relativamente baixa sensibilidade no diagnóstico da doença. Verificaram-se resultados clínicos e funcionais, com taxas de satisfação e de recidiva semelhantes independentemente da técnica anestésica utilizada. Embora não tenha sido esse o âmbito deste estudo, uma avaliação funcional no 1º mês de pós-operatório possivelmente demonstraria resultados funcionais superiores em doentes submetidos a anestesia geral, diferenças que no entanto se esbatem no decorrer do follow-up.

Conclusão:
A técnica anestésica utilizada não teve influencia a médio prazo nos resultados clínicos e funcionais. O elevado custo do tratamento desta patologia em bloco

central

CL137 - **Estudo biomecânico da artroplastia do punho.**
Joana Pereira, António Completo, António Ramos, Carlos Relvas, José Simões
(Universidade de Aveiro)

Introdução:
Em Portugal existem cerca de 40000 doentes diagnosticados com artrite reumatoide. Esta doença causa dor progressiva, rigidez nas articulações e incapacidade, limitando a mobilidade e/ou funcionalidade da articulação. Esta é a principal causa de falência da articulação do punho. A artroplastia do punho emerge como sendo uma das opções viáveis para a restituição da articulação devolvendo uma amplitude funcional de movimento aos pacientes com esta patologia, evitando-se assim a artrodese. Um estudo recente, baseado no Registo de Artroplastias da Noruega, revelou que as principais razões para o seu insucesso estão relacionadas com: descolamento asséptico; instabilidade; problemas de alinhamento da prótese, entre outros. O descolamento asséptico pode estar associado com a presença de níveis de tensão anormalmente elevados em torno do implante. O presente estudo pretendeu avaliar os níveis de tensão e deformação impostos às estruturas ósseas por um implante comercial, de modo a aferir o potencial risco de descolamento asséptico do componente radial.

Material e Métodos:
Através de imagens de TAC foram desenvolvidos dois modelos de elementos finitos, específicos de um paciente, um representativo do estado nativo e outro do estado artroplástico da articulação do punho. Os modelos incorporaram as principais estruturas envolventes da articulação (ossos, cartilagens e ligamentos). O implante utilizado foi o MaestroTM Total Wrist System (BIOMET, Warsaw Indiana, USA), tendo sido realizada a sua reconstrução geométrica através de ferramentas CAD. No caso do modelo artroplástico realizou-se a cirurgia virtual na articulação radiocarpal para a colocação do implante, de acordo com o procedimento cirúrgico indicado pelo fabricante. Em ambos os modelos foram aplicadas forças nos segmentos metacárpicos distais, representativas de atividade de preensão da mão. Analisaram-se e compararam-se os níveis de deformação principais nas estruturas ósseas adjacentes ao implante entre o estado nativo e protésico. Igualmente, e de forma a avaliar o potencial risco de falência do cimento ósseo utilizado na fixação do implante, avaliaram-se os níveis de tensão em torno do componente radial.

Resultados:
As deformações principais medidas no rádio, nas áreas adjacentes ao implante, revelaram alterações significativas quando comparadas com o modelo nativo. Na região epifisária houve uma redução das deformações de tração, em todos os lados, após colocação do implante. Esta redução foi mais notória no lado posterior (106%), e menos percetível no lado medial (58%). Relativamente às deformações de compressão, verificou-se uma redução das deformações após artroplastia nos lados anterior (98%), posterior (99%) e lateral (73%). O lado medial exibiu um aumento das deformações após colocação do implante (197%). Contrariamente, na região metafisiária ao longo da haste do componente radial, verificou-se que ao nível das deformações de tração existiu um aumento das deformações relativamente à situação nativa (1000%). Relativamente às deformações de compressão, verificou-se também um aumento das deformações após artroplastia (1000%), exceto no lado lateral. No lado lateral houve uma diminuição das deformações após artroplastia, observando-se que o comportamento na região epifisária se estendeu até à região metafisiária. Relativamente às tensões no manto de cimento ósseo, verificou-se que a zona mais solicitada localizou-se no lado medial, atingido um valor de aproximadamente 5MPa.

Discussão:
Os resultados evidenciam uma grande alteração nos estados de deformação nas estruturas ósseas após artroplastia. A redução das deformações na região epifisária após colocação do implante potencializam, a longo termo, a falência do osso por efeito de reabsorção óssea, levando ao efeito de "stress-shielding". Já o incremento das deformações após artroplastia, na região metafisiária, indicam que poderá originar hipertrofia óssea ou fal

CL138 - **Artroplastia trapézio-metacarpiana modular tipo "ball-and-socket". Resultados clínicos e radiográficos a médio prazo**
Daniel Esteves Soares, Luciana Leite, Luís Costa, Ricardo Aido, Miguel Trigueiros, César Silva
(Centro hospitalar do Porto)

Introdução:
A rizartrose é uma doença degenerativa da base do polegar com particular atingimento da articulação trapézio-metacarpiana. Esta condição apresenta uma elevada prevalência no sexo feminino entre a 5ª e 6ª década de vida e condiciona elevada incapacidade funcional e dor marcada. Várias soluções cirúrgicas foram desenvolvidas ao longo dos anos com o intuito de eliminar a dor resultante desta condição e, simultaneamente, devolver ao polegar a mobilidade, estabilidade e força necessárias à sua função. Nas últimas décadas assistiu-se a um crescente interesse no desenvolvimento e aplicação de soluções que permitam reconstruir a articulação trapézio metacarpiana e, desta forma, ultrapassar as limitações de procedimentos como a trapezectomia e artrodese cujos resultados, apesar de interessantes no controlo da dor, implicam inevitavelmente compromisso da função da articulação.

Material e Métodos:
Com o objectivo de estudar a performance clínica e radiográfica a médio prazo de uma artroplastia trapézio-metacarpiana modular tipo "ball-and-socket", os autores avaliaram retrospectivamente um total de 51 doentes submetidos a artroplastia com o implante Ivory ® entre Janeiro de 2009 e Setembro de 2012. Todos os doentes foram avaliados do ponto de vista clínico recorrendo ao score de Buck and Gramcko, e mais especificamente em relação às actividades da vida diária, mobilidades do polegar, força (grasp e pinch) e grau de satisfação; e do ponto de vista radiológico utilizando a classificação de Eaton e Littler para estadiamento da rizartrose e a radiografia de seguimento pós-operatório para avaliação do comprimento e alinhamento da coluna do polegar bem como evidência de descelagem. Foram ainda registadas as complicações decorrentes da intervenção cirúrgica.

Resultados:
O período de follow-up médio foi de 27,91 meses (máximo 57, mínimo 12). Utilizando o score de Buck and Gramcko concluímos que 31 doentes apresentavam um resultado excelente, 17 um resultado bom, 2 um resultado satisfatório e 1 um resultado insatisfatório. A avaliação da força e mobilidades revelou um resultado muito aproximado dos presentes na mão não intervencionada. Todos os doentes referiram diminuição ou desaparecimento das queixas álgicas e menor dificuldade na realização das actividades da vida diária. Em relação à avaliação imagiológica constatamos que 70% dos doentes se encontravam no estádio III de Eaton e Littler à altura da intervenção cirúrgica e 30% no estádio estádio II. Não foram encontrados sinais de descelagem dos componentes protésicos e a avaliação da altura escafo-metacarpiana demonstrou uma recuperação média de 2.6mm de altura. Do ponto de vista de complicações foram registadas 4 luxações protésicas das quais 2 foram agudas e 2 luxações tardias, 1 associada a trauma e outra a desgaste do polietileno. Foram ainda registados 2 neuromas do ramo sensitivo dorsal do nervo radial e 1 complicação intra-operatória com fractura do trapézio mas que não obrigou a nenhum gesto cirúrgico adicional.

Discussão:
Este estudo revela bons resultados clínicos e radiográficos com a utilização do implante Ivory ® no tratamento cirúrgico da rizartrose, demonstrando a sua capacidade em restaurar significativamente a função, arco de mobilidade e força e, desta forma, permitindo o desempenho indolor das actividades da vida diária. Neste trabalho verificou-se ainda que a substituição protésica da articulação permite recuperar a altura e alinhamento da coluna escafo-metacarpiana o que contribui de forma decisiva para a recuperação da força do polegar.

Conclusão:
A artroplastia total da articulação trapézio-metacarpiana constitui uma opção segura e eficaz no tratamento da rizartrose não responsiva ao tratamento conservador, permitindo a obtenção de um polegar indolor e restaurando a sua função, mobilidade e força.

CL139 - **Dedo em gatilho: condicionantes que afetam os resultados cirúrgicos e o regresso à atividade laboral**

André Sá Rodrigues, Manuel Ribeiro Silva, Pedro Marques, Pedro Negrão, Nuno Neves, Rui Pinto
(Centro Hospitalar S. João EPE)

Introdução:
A tenossinovite estenosante dos tendões flexores ("dedo em gatilho") resulta de um conflito de espaço na polia A1, causando frequentemente dor e incapacidade funcional. A libertação cirúrgica está indicada nos casos graves ou resistentes ao tratamento conservador. O objetivo deste trabalho é avaliar o resultado da intervenção cirúrgica numa coorte de doentes com tenossinovite estenosante.

Material e Métodos:
Foram incluídos os doentes com dedo em gatilho submetidos a tratamento cirúrgico durante o ano de 2012. Foram avaliados: estadios de Green, EVA de dor pós operatória (às 24 horas e 30 dias), recuperação funcional, tempo de recuperação, comorbilidades e satisfação. A análise estatística foi realizada recorrendo ao SPSSv21.

Resultados:
Foram intervencionados 122 doentes, 26 dos quais homens (96 mulheres, $p<0.05$), com média de idades de 47.55 anos. Pré-operatoriamente, verificou-se que o número de doentes nos graus 2 e 3 da classificação de Green foi superior ao número de doentes nos graus 1 e 4 ($p<0.05$). A mão dominante foi a mais atingida (n=74), sendo o polegar o dedo mais afetado (n=68,$p<0.05$), independentemente do sexo. Vinte doentes apresentavam patologia em mais de um dedo (16.4%, $p<0.0001$). Avaliando as comorbilidades (HTA, DM, dislipidemia, depressão ou patologias da mão), verificou-se apenas uma associação significativa entre afeção do polegar e presença de doenças do foro metabólico ($p<0.05$). A média de EVA, às 24 horas e 30 dias após intervenção, não foi significativamente diferente (0,32 e 0,62, respetivamente, $p>0.05$). Aos 30dias de pós-operatório, 44.4% dos doentes apresentavam ainda restrições nas atividades de vida diária. O tempo para retorno à atividade laboral foi superior a 30 dias em 37.8% dos doentes, estando a afeção do polegar associada a tempos de recuperação superiores ($p<0.05$). A taxa de complicações (infecção e foi de 3.7 %, sem relação estatistica com dedo afetado ou com existência de comorbilidades. O número de doentes satisfeitos ou muito satisfeitos foi significativamente superior ao número de doentes insatisfeitos ou com dor residual ($p<0.05$), sendo que o grau de satisfação não variou com o dedo afetado ou com o grau de Green pré-operatório.

Discussão:
Este trabalho pretende descrever e caracterizar uma amostra de doentes com dedo em mola submetidos a intervenção cirúrgica. Verificou-se uma afeção preferencial do sexo feminino, confirmada na literatura, com uma maior predisposição a patologia inflamatória específica nestes indivíduos. Trabalhos prévios mostram ainda que doentes com limitação funcional pouco marcada estarão menos motivados para tratamento cirúrgico, o que explicará uma predominância de casos nos graus 2 e 3 de Green. O impacto funcional da patologia avançada, que motivará recurso a cuidados, poderá explicar o diminuto número de doentes em estadio 4. Porém, o estadio inicial não alterou o outcome cirúrgico. O polegar foi de forma estatisticamente significativa o dedo mais vezes tratado, o que contrasta com descrições prévias de que será o dedo anelar o mais frequentemente afetado. Contudo, o atingimento do polegar estará associado a uma maior incapacidade funcional, o que poderá explicar esta diferença no recurso ao tratamento. Este atingimento associou de forma significativa à presenta de patologia metabólica não existindo relatos na literatura de associações semelhantes. O tratamento cirúrgico associa-se, porém, a tempos de recuperação que ultrapassam frequentemente os 30 dias, o que se explicará pela importância do polegar na função da mão, mais frequentemente afetado nesta amostra. Apesar disto, o grau de satisfação foi elevado.

Conclusão:
Este estudo mostra que o tratamento cirúrgico do dedo em mola se associa a baixa taxa de complicações e a um elevado grau de satisfação. Conta, porém, com um tempo prolongado de recuperação, que se associará a um impacto económico relevante. Mostra ainda que o pole

---

CL140 - **Fatores que podem influenciar a força de preensão numa população de adultos saudáveis**
Artur Costa Neto, Vera Resende, Fernando Leal, Ricardo Frada, João Teixeira, Eunice Carvalho
(Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga)

Introdução:
A força das mãos é um importante parâmetro funcional independente para avaliar os resultados e os riscos de morbilidade de .vários tipos de tratamento. Este estudo teve como objectivo determinar a influência de co-fatores na força de preensão.

Material e Métodos:
Métodos: Uma população representativa foi utilizada como base para as análises de previsão (n = 296). Variações intra-individuais e inter-individuais da força de preensão e sua relação com vários fatores antropométricos foram analisados de forma padronizada para 296 adultos saudáveis (mulheres, n = 140; homens, n = 156) com idades entre 20 anos e 69 anos. As medições foram feitas em posição neutra do braço, antebraço e pulso com dinamômetro Jamar. Observamos também o lado ativo, profissão, altura,

peso e tamanho da mão. Os resultados foram analisados estatisticamente usando SPSS. O caracterização da amostra foi realizada por meio de análise de frequência; análise de variância foi utilizada para estudar a correlação entre as variáveis

Resultados:
A força média foi de cerca de 38% menor em mulheres (direita 26,6 kg; esquerda 25,16 kg) do que nos homens (direita para a esquerda; 43,13 kg 40,65 kg). Picos de força de preensão em [40-49] anos de idade, com uma diferença importante entre aqueles com menos de 50 e com mais de 50 anos de idade

Discussão:
As variáveis antropométricas, tais como tamanho da mão, ou sexo mostraram uma correlação positiva com a força de preensão. Índice de massa corporal e tipo de trabalho, mostraram apenas uma correlação positiva parcial ou nenhuma correlação com a força de preensão

Conclusão:
cofatores de fácil avaliação, como sexo, idade e tamanho da mão, têm uma alta previsão da força de preensão. Recomendamos ajustamentos para o lado dos valores medidos para a comparação intra-individual e inclusão de informações sobre características antropométricas, bem como os valores de referência ajustadas por idade e sexo

---

CL141 - **"Osteotomia e redução indireta na consolidação viciosa de fraturas distais do rádio"**
Ruben Caetano, Nuno Carvalho, Sergio Gonçalves, Carlos Pedrosa, Frederico Teixeira
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
A consolidação viciosa é a complicação mais frequente após uma fratura distal do rádio. O melhor tratamento é a prevenção, mas nem sempre é possível. O objetivo do tratamento cirúrgico, nestas situações é de corrigir a deformidade e melhorar a função, com a menor agressão possível. Dadas as inúmeras vantagens das placas volares bloqueadas, estas têm sido progressivamente utilizadas nestas situações, embora a cominução e o colapso sejam habitualmente dorsais. É possível utilizar a angulação própria das placas para efectuar uma redução indirecta, após a osteotomia do rádio, criando um vazio na cortical dorsal.

Material e Métodos:
Desde Janeiro de 2012 foram operados no nosso serviço 7 doentes com diagnóstico de consolidação viciosa após fratura distal do rádio (tratadas conservadoramente), 6 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A idade média ronda os 61 anos. Os doentes foram operados pela via modificada de Henry, realizou-se osteotomia distal do radio paralela à interlinha articular e osteossíntese com placa volar após redução indireta. Em 2 casos efectuou-se uma artroscopia do punho em simultâneo. Em nenhum paciente foi colocado enxerto.

Resultados:
Os doentes tiveram boa evolução clínica, com melhoria progressiva da função, com retoma de todas as suas atividades da vida diária e o regresso à atividadade laboral em 4 pacientes. A osteotomia foi considerada consolidada em todos os casos, em média 14 semanas após a cirurgia.

Discussão:
A realização de uma abordagem volar que previne a eventual morbilidade associada a via dorsal.

Conclusão:
A realização da redução por via indireta e fixação com placa volar bloqueada facilita, na nossa opinião, a realização desta cirurgia, dispensa o uso de enxerto ósseo e previne os inconvenientes das abordagens dorsais.

CL142 - **Infiltração com corticóides em dedos em gatilho, um estudo retrospectivo da sua eficácia.**
Pedro Jordão, Juan Gonzales Del Pino, Julian Morales Valencia, Juan Ribas, Pedro Marques, André Bahute
(Hospital Universitário de Santa Cristina)

Introdução:
A tenossinuvite estenosante dos tendões flexores resulta de uma inflamação e aumento de espessura da baínha tendinosa, que não permite uma passagem indolor e o normal deslizamento do tendão na região de uma polea A1 estreita. As opções de tratamento incluem AINEs orais ou de aplicação local, a infiltração da baínha tendinosa com corticóides e a libertação aberta ou percutânea do tendão na polea A1. A eficácia do tratamento com infiltração da baínha tendinosa com corticóides foi testada para o tratamento de dedos em gatilho.

Material e Métodos:
Foi realizada infiltração da baínha tendinosa com corticóide a 60 doentes que recorreram à consulta por dedo em gatilho grau I II e III de Quinnell, durante o período de tempo decorrido entre 01/12/2008 e 31/05/2012. Foram excluídos deste tratamento os doentes que eram diabéticos e aqueles que apresentavam um grau IV de Quinnell. A eficácia do tratamento foi avaliada tendo por base critérios clínicos e o tempo mínimo de seguimento foi de um ano. É um estudo retrospectivo, descritivo, transversal; tendo por base a análise de histórias clínicas. Com a informação recolhida foi possível realizar uma categorização demográfica da população estudada e avaliar a eficácia do tratamento de dedos em gatilho com infiltração de corticóides na baínha tendinosa.

Resultados:
Após o tratamento com infiltração de corticóides e ao final de um ano de acompanhamento, 43 (72%) doentes estavam livres de sintomas, 14 (23%) não melhoraram e foram submetidos a intervenção cirúrgica, os restantes 3 (5%) obtiveram apenas melhoria dos sintomas e não houve necessidade de intervenção cirúrgica. A população estudada era constituída maioritariamente por mulheres (67%) e a média de idades foi de 57 anos. Os dedos acometidos com maior frequência foram o polegar (41% dos dedos), dedo médio (32%) e o dedo anelar (17%); o lado do dedo afectado correspondeu em 53% dos casos ao lado da mão dominante. O tempo médio de evolução dos sintomas até execussão do tratamento foi de 9,9 meses. Não houve registo de complicações locais ou efeitos adversos com o tratamento realizado.

Discussão:
Após um ano de seguimento, a taxa de doentes com total remissão de sintomas tratados com infiltração de corticóides foi de 70%, percentagem semelhante a séries de outros estudos. Dado o tamanho da amostra estes resultados não podem ser extrapolados para a população geral.

Conclusão:
A infiltração da baínha tendinosa com corticóides para o tratamento de dedos em gatilho é um tratamento eficaz. Em relação ao tratamento cirúrgico, tem a vantagem de ser menos invasivo para o doente e estar associado a custos inferiores na sua execussão.

CL143 - **Artrodeses parciais do carpo por artroscopia:Há vantagens para os doentes?**
Fernando Silva Cruz, Silvia Silverio (Lusiadas)

Introdução:
A cirurgia e os procedimentos minimamente invasivos têm implicações clínicas no período pos-operatório e na reabilitação dos doentes. No tratamento das artroses pós-traumáticas do carpo (SLAC e SNAC), e de colapsos parciais do carpo por doença de Kienbock, o procedimento mini-invasivo (artroscopia) pode contribuir para a obtenção de uma melhoria mais rápida e precoce dos doentes, com um melhor período post-operatório.

Material e Métodos:
Operámos 2 doentes com doença de Kienbock Lichtmann III B, com punho doloroso e score de Mayo pré-operaório de 65 pontos Efectuou-se em ambos os casos artrodese escafo-capitato por artroscopia, com exérese do semi-lunar. Foram igualmente tratados dois doentes com SLAC 2, em que se efectuou artrodese luno-capitato com exérese dos dois terços proximais do escafóide. A artroscopia é efectuada pelo método seco descrito por Pinal, através da utilização dos portais 1-2, 3-4, 6R, MCR e MCU e colocação dos parafusos canulados entre a base dos 3º e 4º metacarpos.

Resultados:
Na doença de Kienbock, durante a artroscopia verificou-se que a superfície rádio-carpica lunar não apresentava alterações, ao contrário da médio-cárpica, em que o semi-lunar se encontrava totalmente necrótico e fragmentado. O grande osso não apresentava alterações. Efectuou-se a excisão de todo o semi-lunar necrótico e artrodese escafo-capitato fixada com parafusos canulados, sob controlo radiológico. Aos 6 meses de seguimento, os doentes apresentavam uma boa mobilidade (F/E 35-0-30) sem dor e voltaram ao trabalho entre 8 a 12 semanas, com um score Mayo de Bom.

Discussão:
No tratamento das artroses pós-traumáticas do carpo (SLAC e SNAC), e de colapsos parciais do carpo por doença de Kienbock, o procedimento mini-invasivo (artroscopia) pode contribuir para a obtenção de uma melhoria mais rápida e precoce dos doentes, com um melhor período post-operatório.

Conclusão:
A artroscopia tem um papel não só de diagnóstico mas também de tratamento dos casos de artrose pos-traumática do carpo, e na doença de Kienbock, para além de avaliar e classificar intra-articularmente as lesões, pode ser utilizada para efectuar o tratamento da doença, mesmo em graus mais avançados da mesma, tendo as vantagens de ter um menor período pós-operatório, reabilitação mais rápida e um retorno mais precoce ao trabalho.

CL144 - **Carpectomia proximal para tratamento de pseudartose do escafoide e doença de Kienböck: caso clinico**

Filipa De Freitas, Pedro Marques, André Sá Rodrigues, Vitor Vidinha, Pedro Negrão, Rui Pinto
(Hospital São João)

Introdução:
A associação de doença de Kienböck com pseudartrose do escafoide não está descrita na literatura anglo-saxónica. Cada uma das patologias por si só causam dificuldades de tratamento aos cirurgiões para se obter um punho indolor e com um arco de mobilidade aceitável.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso invulgar de um doente do sexo masculino, 42 anos, cozinheiro de profissão, com dor no punho direito com agravamento no último ano e cuja dor causava limitação severa da função. Como antecedentes relevantes apresentava um traumatismo do punho direito há 9 anos com fractura do escafóide que foi tratado conservadoramente tendo o doente abandonado o seguimento por ter mudado de pais de residência. À data de refenciação para a consulta de cirurgia da mão apresentava radiograficamente uma pseudartrose sinovial da cintura do escafoide já com artrose rádio-escafoideia e uma doença de Kienböck grau IIIA de Litchman com variância cubital neutra.

Resultados:
O doente foi submetido a carpectomia proximal do punho direito, com alivio das queixas álgicas e com um arco de movimento e força satisfatórios.

Discussão:
Os autores desconhecem se a doença de Kienbock foi causada pelo mesmo traumatismo que causou a fractura do escafóide, ou se por outra causa mais recente pois o doente não refere outro traumatismo do punho à parte do descrito há 9 anos. O tratamento de um punho SNAC grau II necessita de uma cirurgia de salvamento do punho. Neste caso invulgar a adição da doença de Kienbock ao punho SNAC introduz um risco aumentado de pseudartrose numa fusão de 4 esquinas ao tentar fundir um semi-lunar já com osteonecrose, além do risco de progressão da doença de Kienbock com desenvolvimento de artrose rádio-lunar. Desta forma, apesar do doente ser um jovem activo, foi decidido realizar uma carpectomia proximal já que a médio-cárpica se encontrava preservada permitindo manter um arco de mobilidade razoável ao contrario da outra opção viável neste caso que seria artrodese total do punho que embora seja um tratamento eficaz no alivio sintomático fá-lo à custa da mobilidade do punho que os autores tentaram preservar.

Conclusão:
A remoção da fileira proximal do carpo altera a biomecanica da articulação punho, criando uma articulação radiocapitato não anatómica. As alterações na dissipação da carga, constituídas pela pressão e pela área de contacto, na nova articulação, promovem a um adequado arco movimento e à resolução das queixas álgicas. Assim, a carpectomia proximal tem papel no tratamento de lesões especificas do punho, promovendo a arco movimento e a um alivio das dores punho, especialmente quando não associada a artrose capitolunato.

CL145 - **O papel do enxerto vascularizado nas pseudartroses do 1/3 proximal do escafoide cárpico com alterações degenerativas iniciais.**

Frederico José Teixeira, Francisco Guerra Pinto, Rúben Caetano, Nuno Carvalho
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
A incidência de pseudartrose após fratura do escafoide ronda os 15% mas é superior nas fraturas do 1/3 proximal, sobretudo quando associado à necrose avascular do referido fragmento. A neglicência no tratamento origina alterações degenerativas da rádi-cárpica, habitualmente designada por "scaphoid nonunion advanced collapse" (SNAC). O uso de enxertos vascularizados, baseados normalmente nas artérias supra-retinacular inter-compartimental 1,2 ou 3,4 são considerados o gold standart no tratamento destas lesões mas o resultado final é influenciado

negativamente pela presença de alterações degenerativas.

Material e Métodos:
Os autores reviram retrospetivamente 5 casos de pseudartrose do 1/3 proximal do escafoide (sem tratamento cirúrgico prévio) já com alterações degenerativas iniciais (SNAC G I) a quem foi efectuado um enxerto vascularizado de escafoide, associado a estiloidectomia radial e desinervação do punho. Os casos reportam-se a indivíduos do sexo masculino entre os 23 e os 54 anos e possuem um follow-up médio de 14 meses.

Resultados:
Em todos os pacientes houve uma diminuição das queixas álgicas e melhoria da função da mão, embora só tenhamos consideradas consolidadas 4 das 5 pseudartroses. As alterações degenerativas parecem ter estabilizado a sua progressão, embora o seguimento curto não nos permita tirar ilações corretas.

Discussão:
A prevenção será a melhor forma de tratamento, nomeadamente propondo a osteossíntese percutânea nos casos de fratura do 1/3 proximal do escafoide. Quando estamos na presença de uma pseudartrose desta região, o enxerto vascularizado é a técnica com a mais alta taxa de consolidação. As alterações degenerativas iniciais observadas não devem ser consideradas contra-indicação para o procedimento, de forma a tentar evitar cirurgias mais agressivas (artrodeses, carpectomias, etc).

Conclusão:
Trata-se de uma técnica mais exigente, mas que não requer conhecimentos de micro-cirurgia e com bons resultados no controlo da dor e na melhoria da função, embora inferiores aos obtidos nos casos sem alterações degenerativas. A execução desta técnica não impede a realização de outras no futuro, mas pode evitá-las.

CL146 - **Artrodese de 4 esquinas com placa Flower – boa solução para artrose intracárpica?**
Pedro Miguel Marques, Pedro Sá, Filipa Freitas, Andre Sá Rodrigues, Vítor Vidinha, Pedro Negrão
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
As lesões tipo SLAC e SNAC do punho são a causa mais comum de alterações degenerativas do punho. Frequentemente de causa traumática, tendem a evoluir para o desenvolvimento de artrose intracárpica, sendo esta bastante limitativa e dolorosa. A artrodese de 4 esquinas, desenvolvida por Watson, permite-nos reduzir as queixas álgicas e efectuar a fusão intracárpica, preservando a articulação radiocárpica. O objectivo deste trabalho consistiu em avaliar a taxa de fusão com uso de placa bloqueada e o resultado funcional desta técnica no alivio das queixas álgicas e recuperação da actividade profissional.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, de todos os pacientes submetido a artrodese de 4 esquinas com placa circular bloqueada, no período entre 2008 a 2012. Avaliou-se clinicamente, tanto no pré como no pós-operatório, através do score DASH, VAS e força de Pinch e Grip. Radiologicamente avaliou-se a presença ou não de fusão. A estatística foi feita com o uso do SPSS v19.

Resultados:
No período do estudo foram realizadas 6 artrodeses intracárpicas, 5 com placa bloqueada e 1 com placa não bloqueada que foi excluído. Todos os pacientes eram do sexo masculino, com uma média de idade de 60 anos, e todos eram trabalhadores manuais. 60% foram submetidos a artrodese no membro dominante, em 80% o motivo para cirurgia correspondeu a sequelas de lesões SLAC. O DASH médio pré-operatório foi de 81, tendo no pós-operatório sido de 28. Quanto às queixas álgicas verificou-se uma redução do valor médio de VAS, tendo passado de 9 no pré-operatório para 2 no pós-operatório. Verificou-se uma melhoria nos valores médios de força de Pinch, 5kgf no pré-op para 7kgf no pós-op, e de Grip, 11,5kgf no pré-op para 23kgf no pós-op, embora permaneçam inferiores quanto ao Pinch e Grip do membro contralateral, 10kgf e 30kgf respectivamente. O arco de mobilidade flexão-extensão foi de 40 graus. Todos os pacientes encontram-se muito satisfeitos com o resultado cirúrgico, tendo retornado à respectiva actividade profissional, e todos recomendariam/repetiriam a cirurgia.

Discussão:
A artrodese de 4 esquinas com placa permitiu um redução efectiva do nível de dor intracárpica e uma recuperação da força de pinch e grip, algo também demonstrado por Alexander Shin, na sua revisão. Num artigo de Vance de 2005 em que foram comparadas as complicações das artrodeses de 4 esquinas com placa circular não bloqueada e uso de fios k, a taxa de

complicações foi bastante superior com placa do que com métodos tradicionais (48% vs 6%) pelo que a placa circular não bloqueada caiu em desuso. A placa usada pelos autores é de dimensões bastante mais reduzidas, com parafusos bloqueados à placa o que parece ser uma vantagem em relação às placas anteriores. Para obter bons resultados com esta técnica é essencial uma correcta selecção dos doentes sendo imprescindível uma articulação rádio-lunar em bom estado, a correcta correcção do desalinhamento do carpo e o afundamento da placa no centro do carpo para não existir conflito rádio-cárpico,

Conclusão:
A artrodese de 4 esquinas consiste num método de fusão intracarpiana bastante fiável, sendo que com o avanço da técnica cirúrgica e do implante, podemos obter nesta pequena série um excelente resultado em termos de satisfação do doente e em termos de retorno à actividade laboral.

CL147 - **Artroplastia de suspensão com interposição de Pyrodisk® - experiência de um serviço -**
Carlos Mateus, Tiago Frada, Luis Miguel Silva, Catarina Alves, Juvenália Ribeiro, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
A articulação trapézio-metacarpiana é a segunda articulação mais afectada por processos degenerativos. Deste processo degenerativo pode resultar dor significativa, rigidez articular e diminuição de força de preensão da mão. O tratamento conservador com anti-inflamatórios, talas e infiltrações intraarticulares com corticoides podem promover algum alivio sintomático. Quando o tratamento conservador não resulta existem várias opções cirúrgicas. Os procedimentos cirúrgicos disponíveis, incluem a trapezectomia, trapezectomia com reconstrução ligamentar com ou sem interposição de tendão, e vários métodos de artroplastia. Até à data ainda não existe um método cirúrgico que se tenha mostrado superior. Este estudo tem como objectivo avaliar os resultados da artroplastia de suspensão com interposição de Pyrodisk® em doentes com rizartrose.

Material e Métodos:
Foi efectuado um estudo retrospectivo onde foram avaliados 13 doentes submetidos a artroplastia de suspensão com interposição com Pyrodisk® entre Dezembro de 2010 e Dezembro de 2012. No estudo pré operatório foi realizada avaliação clinica criteriosa e efectuada a avaliação radiológica com Rx da mão em face e perfil. O tempo médio de seguimento pós cirurgia foi de 16 meses. Doze pacientes eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com média de idades, no momento da cirurgia, de 61 anos. Após a cirurgia efectuava-se a imobilização com tala durante 4 semanas após as quais iniciavam a mobilização passiva, ativa e orientados para reabilitação funcional. Foram revistos os dados clínicos do processo de consulta, os exames radiológicos segundo a classificação de Eaton-Littler e foram efectuadas avaliações pelo score de incapacidade Quick-DASH, o grau de satisfação (0-5) e a avaliação da dor (0-10), pré e pós operatória. Foram ainda avaliadas as complicações pós-operatórias.

Resultados:
Dos doentes estudados sete tinham rizartrose grau 3, 5 grau 2 e 1 grau 4. Todos os doentes apresentavam ao exame físico Grind test positivo. O score de incapacidade de Quick-DASH pré operatória foi de 51,92 e 30,41 após a cirurgia. Na avaliação da dor os doentes apresentavam uma média de 6,9 em 10 pré operatória e após a cirurgia apresentavam 2,9 em 10. Quanto ao grau de satisfação dos doentes a média foi de 3,46 em 5. Não se verificou qualquer complicação pós cirúrgica, quer imediata quer tardia.

Discussão:
Neste estudo verificou-se, através do score Quick-DASH, uma melhoria de aproximadamente 21,5 pontos da incapacidade inicia, uma melhoria de 4 pontos na escala de dor e uma satisfação global de 3,5 em 5. Verifica-se ainda que cerca de 92% dos doentes estudados são do sexo feminino e que a maioria dos doentes submetidos a esta cirurgia apresentava uma rizartrose grau 3 (54%).

Conclusão:
A artroplastia de suspensão com interposição de Pyrodisk® é uma opção válida no tratamento da rizartrose tendo-se verificado neste estudo, com uma média de seguimento pós cirurgia de 16 meses, uma melhoria da incapacidade de 21,5 pontos no score de Quick-DASH.

CL148 - **Artroplastia de interposição pela técnica de Weilby associada a uma complicação por vezes negligenciada.**
Miguel Alves De Botton, Joana Teixeira, Filipe Oliveira, Filipa Santos Silva, Jorge Arvela, Marco Sarmento
(HOSPITAL DE SANTA MARIA)

Introdução:
A artrose trapézio-metacárpica (rizartrose) é a indicação mais frequente para reconstrução cirúrgica no membro superior. O seu tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. Avaliámos os doentes por nós operados através da técnica artroplastia de interposição.

Material e Métodos:
19 doentes com rizartrose foram tratados cirurgicamente através da técnica de artroplastia de interposição segundo Weilby no período de 2 anos (2010-2012) Foi feita a avaliação epidemiológica e a avaliação funcional pós-operatória (DASH) com um tempo de follow-up mínimo de 9 meses. Na avaliação pós-operatória destacamos ainda: flexão/extensão interfalângica, flexão/extensão metacarpofalângica, abdução/oponência/extensão palmar carpometacarpiana; força de pinça e força de preensão. Avaliámos ainda a satisfação do doente relativamente ao procedimento cirúrgico. Foram ainda registadas as complicações pós-operatórias.

Resultados:
Dos doentes incluídos nesta amostra, a idade média foi de 63,8 anos. Todos os doentes foram classificados como tendo uma artrose trapézio-metacárpica de classificação III ou IV de Eaton-Littler. Relativamente às mobilidades na avaliação pós-operatória, devemos referir que todos os doentes têm oponência do polegar e não houve diminuição do arco de mobilidade comparativamente ao lado oposto. Na avaliação da força de pinça, comparativamente ao lado contralateral, houve uma diminuição média de 3 kg (2-4). No que diz respeito à força de preensão, não foi registada qualquer variação. Importa salientar que em 3 casos verificámos uma deformidade em hiperextensão da metacarpofalângica do primeiro dedo superior a 30º. Constatámos ainda um caso de algoneurodistrofia. Foram estes 4 casos que responderam negativamente à satisfação referente ao resultado do procedimento cirúrgico. Não registámos nenhuma complicação major.

Discussão:
O tratamento cirúrgico da rizartrose de estadio avançado (grau III e IV) contempla várias opções cirúrgicas válidas. Na nossa amostra, pensamos ter obtido bons resultados, igualmente sobreponíveis com as maiores séries prospectivas descritas na literatura com esta técnica. Destacamos porém as complicações associadas e que deram origem à insatisfação em 3 dos nossos doentes: a hiperextensão da metacarpofalâgica pode ser uma causa de dor e dar origem a maus resultados. O tratamento da mesma depende do grau de hiperextensão: se esta for inferior a 30º ou indolor, segundo a literatura, não influencia o tratamento. Se for superior a 30-35º, está indicada a fixação com fio de Kirschner, artrodese ou capsulodese palmar. O não reconhecimento desta entidade pode comprometer os resultados cirúrgicos.

Conclusão:
O procedimento de Weilby é uma alternativa válida no tratamento da rizartrose sem necessidade de tunelização óssea. Consideramos ainda ser eficaz no alívio da dor, estabilidade, mobilidade e força. Salientamos a importância da avaliação da articulação metacarpofalângica para garantir maior probabilidade de sucesso à técnica cirúrgica; a sua estabilidade é essencial para um mecanismo de pinça indolor e eficaz.

CL149 - **Fracturas do colo e diáfise do quinto metacárpico: Resultados do tratamento com redução incruenta e fixação endomedular (Revisão de 21 doentes).**

Leal Ramos, Rui Sousa, Filipa Freitas, Nuno Luís, Robalo Correia, Igor Martins
(Hospital de Jose Joaquim Fernandes)

Introdução:
A fractura do quinto metacárpico é uma lesão comum, constituindo aproximadamente 20% de todas as fracturas da mão. É denominada de fractura do pugilista, uma vez que o mecanismo de lesão associado a esta lesão é o impacto axial por traumatismo directo sobre as metacarpico-falângicas em flexão. Ocorre com maior frequência em jovens adultos do sexo masculino. Não obstante o facto da maior parte das fracturas do quinto metacárpico poderem ser tratadas não cirúrgicamente, está bem documentado o potencial sequelar desta lesão. Desvios rotacionais, assim como angulações palmares superiores a 30º constituem indicação cirúrgica, tendo em consideração a evolução para consolidação viciosa, associada a uma frequência elevada de sequelas estéticas e funcionais, com eventual diminuição da força de preensão e limitação da extensão do quinto raio. Tendo em conta a elevada frequência da patologia em causa, assim como as sequelas encontradas em doentes submetidos a tratamento não cirúrgico, consideramos importante rever os resultados e complicações verificadas no tratamento das fracturas com fixação endomedular

(fios de Kirschner ou cavilha elástica de titânio).

Material e Métodos:
Doentes admitidos através do Serviço de Urgência com o diagnóstico de fractura do quinto metacárpico, caracterizadas por um desvio rotacional ou angulação palmar >30º, submetidos a redução incruenta e fixação endomedular (fios de Kirshner ou cavilha elástica de titânio). Foram incluidos doentes tratados no periodo compreendido entre Janeiro de 2007 e Junho de 2012 (5,5 anos), com um "follow-up" minimo de 1 ano. Foram analisados 21 doentes, submetidos a 21 intervenções cirúrgicas, através da análise do processo de internamento, consulta e radiogramas simples. Foi determinado o mecanismo de lesão, padrão fracturário, complicações imediatas e tardias, assim como o resultado estético e funcional final.

Resultados:
Foram avaliadas 21 intervenções cirúrgicas, nas quais foram usadas dois tipos distintos de material de osteossíntese: cavilha elástica de titânio (17 casos) e fios de Kirschner (4 intervenções). Foi realizado um "follow-up" minimo de 1 ano, tendo sido realizada a remoção de material de osteossíntese entre a 4ª e 6ª semana. Em todos os doentes foi conseguida consolidação fracturária, com bons resultados estéticos e funcionais.

Discussão:
Não encontrámos diferença no resultado final relativamente ao material de osteossíntese usado na fixação da fractura. Contudo, o uso de cavilha elástica, facilita a redução e alinhamento da fractura, tornando mais fácil o procedimento cirúrgico.

Conclusão:
Concluímos que a redução incruenta com fixação endomedular para tratamento das fracturas do quinto metacárpico constitui um procedimento minimamente invasivo, simples, seguro e com uma taxa de complicações baixa. Permite a mobilização e início precoce da recuperação funcional, com bons resultados finais.

CL150 - **Lesões traumáticas da mão resultantes da actividade laboral**

Artur Costa Neto, Vera Resende, Fernando Leal, Ricardo Frada, João Teixeira, Eunice Carvalho
(Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga)

Introdução:
De acordo com vários estudos publicados na literatura, a mão é a região anatómica do corpo atingida com mais frequência em acidentes de trabalho. O objetivo deste estudo é avaliar a incidência de lesões traumáticas da mão resultantes de acidentes de trabalho e o seu impacto na atividade profissional dos lesado

Material e Métodos:
Análise retrospectiva de 415 processos de acidentes de trabalho já encerrados em dois tribunais do trabalho.. Foi analisada o, tipo de lesão, sua localização anatómica, sexo, lateralidade, o período de incapacidade temporária absoluta para o trabalho (ITA) e a incapacidade parcial permanente (IPP) atribuída

Resultados:
Nos 415 casos estudados, 160 (38,5%) tinham lesões traumáticas da mão. 132 (82,5%) pacientes eram do sexo masculino e 28 (17,5%) eram do sexo feminino com uma idade média de 36,5 anos. De acordo com o diagnóstico registado no relatório da seguradora, as feridas complexas foram a lesão mais frequente (37%), seguido de feridas e fraturas (18%). Em todas as lesões, houve um predomínio do sexo masculino. Com exceção das fraturas, que predominaram no lado esquerdo, o lado direito foi o lado mais afetado pelas outras lesões (53% dos casos). Encontramos 158 lesões digitais, predominando nos 2 º e 3 º dedos (30,2% e 21,6%, respectivamente). A ITA média foi 100,5 dias sendo a amputação a que teve período de ITA mais longo (127 dias). A IPP média foi de 4,67%. As lesões tratadas cirurgicamente apresentaram um período mais longo ITA (115 versus 80 dias) e uma IPP superior (4,7%). Nos 160 pacientes foram encontradas 206 sequelas. 114 (71,3%) pacientes apresentaram apenas uma sequela e 32 pacientes apresentaram duas sequelas. Quatro pacientes não apresentaram sequelas. A sequela mais frequente foi a rigidez articular em 68 casos (36,7%), seguida pela amputação digital (63 casos) e pelas cicatrizes dolorosas (42 casos). A anquilose foi a sequela com maior período ITA (157 dias); as amputações digitais foram responsáveis pela IPP mais elevada (4,82%).

Discussão:
Independentemente da lesão inicial, as cicatrizes, as perdas segmentares e as limitações de mobilidade digitais representam 82,4% do total das sequelas. Apesar de analisar esses dados com o objetivo de avaliar a incapacidade parcial permanente para a

atividade profissional, destaca-se que estas sequelas não só prejudicam a atividade profissional, mas podem também, causar incapacidade para atividades de lazer, desportivas ou domésticos.

Conclusão:
As lesões traumáticas da mão foram responsáveis por 38,5% das sequelas encontrado neste grupo de pacientes estudado. São mais freqüentes no sexo masculino (82%). As feridas complexas foram a lesão mais frequente.

Tornozelo e Pé

CL151 - **ARTROPLASTIA DO TORNOZELO INVERTIDA - EM BALANCIM**

Joaquim Rodrigues Fonseca, JRodrigues Fonseca, Paulo Amado, Pedro Castro, CRelvas
()

Introdução:
O ponto atual das artroplastias de substituição, sejam de metal/metal, metal/polietileno ou de cerâmica/cerâmica em qualquer articulação não está só no design biomecânico dos componentes mas também na preocupação dos efeitos biológicos dos iões e partículas metálicas ou outras , libertadas pelos mesmos no organismo humano, provocando, a médio e a longo prazo, elevados níveis de toxicidade no sistema imunológico com alterações na função dos macrófagos, no rim com necrose tubular, no coração com cardiomiopatias, nos olhos com cegueira, nos ouvidos com surdez, na pele com dermatites, urticárias e vasculites. Como a qualidade de vida das pessoas humanas é o primeiro e principal objetivo de qualquer INOVAÇÃO artificial que se pretenda introduzir no nosso corpo é fundamental que se tenha em conta essa possibilidade e tentar minorar o aparecimento destes iões que se atribue às caraterísticas tribológicas dos componentes das próteses no que respeita à LUBRIFICAÇÃO, FRICÇÃO E DESGASTE dos mesmos (Heisel al-2005). Enquanto não for vulgar e frequente substituir uma articulação dolorosa e rígida (envelhecida pela idade, por doença ou por traumatismo) por uma estrutura osteo-cartilagínea de cadáver ou dador vivo, temos de tentar, por meios metálicos ou outros, desenvolver conceitos artificiais capazes de obviar aos inconvenientes já referidos como causadores da libertação de iões e da instabilidade.

Material e Métodos:
No que respeita às próteses do tornozelo a eliminação do metacrilato (cimento) como fixador da prótese foi um avanço pelo frequente efeito nocivo osteolítico que provocava no pequeno espaço ósseo tibial e talar da implantação. Mas também o cada vez mais frequente fenómeno de INSTABILIDADE resultante do aumento da espessura do componente intermédio de polietileno de algumas próteses, para poderem suportar maior durabilidade ao DESGASTE, são motivo de preocupação da atual geração de modelos de artroplastias. Ainda continua a haver AFUNDAMENTOS DO COMPONENTE TALAR. E com grande frequência se vê diminuição precoce da amplitude de movimento articular das próteses devida essencialmente ao DESLIZAMENTO, ATRITO E DESGASTE dos componentes.

Resultados:
O nosso conceito experimental de uma PRÓTESE INVERTIDA EM BALANCIM, sem componente intermédio, encaixada, mobilizável por ENROLAMENTO dos componentes entre si, respeitando as estruturas ligamentares nos seus limites de estiramento, pensamos ser capaz de diminuir grandemente todos os inconvenientes referidos atrás. A via de acesso lateral interna para sua introdução permite uma maior visualização das superfícies articulares e um corte muito menor das mesmas, o que dá maior ESTABILIDADE e evita maior encurtamento, perante um insucesso.

Conclusão:
Trata-se de uma inovação que pretendemos apresentar, com resultados experimentais já feitos em cadáver, quanto à ESTABILIDADE; e ainda em estudo laboratorial, quanto à avaliação do DESGASTE e LIBERTAÇÃO DE PARTÍCULAS. Não há FRICÇÃO/DESLIZAMENTO dos componentes.

CL152 - **Comparação entre artroscopia, artro-RMN e RMN com contraste endovenoso no diagnóstico das lesões da placa plantar.**

Nuno Brito, Nuno Camelo, Joana Cardoso, Edgar Meira, Luís Carvalho, Carlos Abel Ribeiro
(Hospital Pedro Hispano)

Introdução:
A lesão da placa plantar nas metatarsalgias mecânicas têm vindo a ganhar interesse à medida que as técnicas de reparação vão evoluindo. Um correcto diagnóstico do tipo de lesão tem implicação no tratamento cirúrgico sendo importante definir qual o melhor exame na detecção deste tipo de lesão.

Material e Métodos:
São apresentados 5 casos de doentes com sinais clínicos de lesão da placa plantar que foram submetidos a RMN, RMN com contraste endovenoso e artro-RMN das articulações metatarso-falângicas do 2º e 3º raios e comparados os resultados com a observação da artroscopia metatrso-falângica das referidas articulações realizada aquando do tratamento cirúrgico.

Resultados:
A artro-RMN detectou todas as lesões em que havia um atingimento de toda a espessura da placa plantar, com estravasamento de contraste para a bainha tendinosa. Nas lesões parciais (em termos de espessura) da placa plantar, a artro-RMN não foi capaz de mostrar consistentemente esse tipo de lesão ao contrário da RMN com contraste endovenoso que conseguiu evidenciar esse tipo de lesão. A artroscopia conseguiu evidenciar todo o tipo de lesões.

Discussão:
Nas rupturas completas (em termos de espessura) da placa plantar, o contraste intra-articular da artro-RMN que estravasa através da lesão para a bainha dos tendões flexores é perceptivel nas imagens, permitindo um fácil diagnóstico no tipo de lesão. Nas rupturas que não atingem toda a espessura da placa plantar a RMN com contraste endovenoso conseguiu evidenciar hiperssinal na zona da ruptura, provavelmente por se tratar de um estadio mais precoce em que a inflamação é mais importante, sendo perceptivel o tecido de granulação na ruptura.

Conclusão:
A artro-RMN mostrou boa sensibilidade no diagnóstico das lesões completas da placa plantar, tendo a RMN com contraste mostrado melhor sensibilidade nas lesões incompletas e mais precoces.

CL153 - **"Rotura da placa plantar da 2ª Metatarsofalângica associada a Hallux Valgus - Cirurgia com instrumental específico"**
Ruben Caetano, Nuno Carvalho, Rodrigo Moreira, Nuno Côrte-real
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
A instabilidade da segunda metatarso-falângica é uma entidade nosológica frequente. Esta alteração pode acontecer de forma aguda após um traumatismo, assim como de forma crónica. Está relacionada com a rotura da placa plantar. Aparece associada ao hallux valgus com bastante frequência, manifestando-se pelo "crossover" (desvio em varo com sobreposição ao hallux) do segundo dedo. Além desse desvio axial, no exame objetivo pode-se verificar a instabilidade da 2ª metatarsofalângica (Teste de Lachman) e confirmar o diagnóstico da rotura da placa plantar com ressonância magnética. A reparação cirúrgica clássica implicava uma abordagem plantar extensa e com elevada morbilidade. A utilização de instrumental específico permite uma abordagem dorsal e uma reparação sólida da placa plantar.

Material e Métodos:
Os autores apresentam os resultados a curto prazo de 3 doentes operados com rotura da placa plantar da segunda articulação metatarsofalângica associada a hallux valgus. O diagnóstico clínico de rotura de placa plantar foi confirmado por RM. Dois doentes eram do sexo feminino e um masculino. A média da idade era de 55 anos. Os doentes foram avaliados após um seguimento médio de 4 meses.

Resultados:
Todos os doentes melhoraram clinicamente depois da cirurgia. O dedo retomou a sua orientação axial e verificou-se correção da garra. Verificou-se igualmente aumento da força de flexão e contacto com o solo em posição ortostática. Os doentes voltaram às suas atividades da vida diária sem limitações. Nenhuma complicação foi identificada em relação com a parte do procedimento.

Discussão:
A associação entre o hallux valgus e a rotura degenerativa da placa plantar do 2º dedo passa muitas vezes sem diagnóstico. A não reparação da placa plantar nesses doentes, especialmente se forem jovens, pode provocar manutenção das queixas e recidiva das deformidades no pós-operatório. Os autores pretendem alertar para a necessidade da identificação desta associação e apresentar os resultados da utilização de instrumental especificamente desenhado para este tipo de cirurgia.

Conclusão:
A reparação da rotura da placa plantar da 2ª metatarsofalângica concomitantemente à correção do hallux valgus parece evitar a perpetuação de queixas dessa articulação e o reaparecimento das deformidades e produzir um 2º dedo mais funcional.

CL154 - **Lesões Osteocondrais do Astrágalo refractárias ao tratamento com microfracturas: utilização de Autogenous Matrix Induced Chondrogenesis (AMIC) e Platelet Rich Plasma (PRP)**
Nuno Miguel Carvalho, Ruben Caetano, André Barros, Sérgio Gonçalves, Rodrigo Moreira, Nuno Côrte-real

(Hospital de Curry Cabral)

Introdução:
As lesões osteocondrais do Astrágalo (LOCA) representam lesões da cartilagem do Astrágalo e do osso subcondral adjacente. Estas lesões ocorrem habitualmente após um evento traumático e não tratadas provocam dor e défice funcional, podendo mesmo induzir o aparecimento de lesões degenerativos a nível do tornozelo. Estão descritas diversas técnicas cirúrgicas para o tratamento das LOCA, como sejam as microfracturas, perfurações, mosaicoplastia ou a implantação de condrócitos. A abordagem das lesões refractárias ao tratamento inicial é alvo de controvérsia, não estando definida nenhuma técnica ou algoritmo que guie a prática clínica. Os autores apresentam a sua experiência na abordagem de lesões refractárias, com recurso a AMIC e PRP, através de quatro casos clínicos em que o tratamento das LOCA iniciais com recurso a microfracturas não surtiu efeito. A abordagem das lesões é inicialmente efectuada por via artroscópica, realizando-se o desbridamento e microfracturas do leito da lesão. Posteriormente, e idealmente por via artroscópica, uma membrana de colagéneo embebida em cola de fibrina é colocada a nível da lesão. Finalmente a infiltração de PRP é realizada. Objectivo: Apresentar a experiência dos autores com a técnica descrita, descrever a técnica cirúrgica e demonstrar que é uma opção válida no tratamento de lesões refractárias ao tratamento inicial.

Material e Métodos:
Avaliação retrospectiva de quatro casos clínicos, com recurso a avaliação clínica, aplicação de escala VAS e score AOFAS e documentação da evolução cicatricial por meios imagiológicos.

Resultados:
Entre 2010 e 2012, foram operados quatro doentes com LOCA pos-traumática refractária ao tratamento artroscópico com realização de microfracturas. De acordo com a grelha de Raikin, duas das lesões situavam-se na zona 4 (equatorial interna), uma na zona 1 (antero-interna) e uma na zona 2 (antero-central). Todos os doentes evoluíram, após a cirurgia inicial, com manutenção das queixas álgicas e sem evidência de cicatrização em exames imagiológicos (RMN). Foram então propostos para cirurgia de revisão: dois foram submetidos a tratamento com AMIC e PRP por via artroscópica como descrito anteriormente, em um caso a colocação da membrana de colagéneo foi efectuada através de artrotomia e no caso restante foi efectuada osteotomia do maléolo interno. Todos os doentes tiveram evolução favorável com cicatrização da LOCA tal como demonstrado por ressonância magnética. O tempo para a cicatrização variou entre os 5 e os 8 meses. O score AOFAS médio foi de 82 pontos e a escala VAS de 2.

Discussão:
O tratamento ideal das LOCA refractárias ao tratamento inicial não está estabelecido na literatura existente. Os resultados obtidos no presente trabalho demonstram que com um tempo cirúrgico único é possível obter a cicatrização das referidas lesões, em 100% dos casos, ao mesmo tempo que se obtém um bom resultado funcional. No entanto, o número restrito de doentes desta série, assim como as pequenas variações da técnica utilizada, não permitem tirar informações conclusivas para a prática clínica diária. Estudos mais alargados e prospectivos são necessários.

Conclusão:
As LOCA são uma patologia frequente, cujo melhor tratamento é ainda incerto. O tratamento das lesões refractárias com AMIC e PRP pode ser utilizado, com resultados favoráveis previsíveis.

CL155 - **RESULTADOS A LONGO PRAZO DA OSTEOTOMIA DE REVERDIN-ISHAM NO TRATAMENTO DE HALLUX VALGUS (MÍNIMO DE FOLLOW-UP DE 4 ANOS)**

Paulo Carvalho, Pedro Diniz, Miguel Flora, Rui Domingos
(Hospital Santana)

Introdução:
O tratamento percutâneo de Hallux valgus pode ser realizado efetuando diferentes tipos de osteotomia a nível do 1º metatársico (M1). A osteotomia de Reverdin-Isham habitualmente não é fixada com nenhum tipo de implante e é sempre associada a exostosectomia de M1, osteotomia da primeira falange e libertação lateral das partes moles da 1ª articulação metatársico-falângica (MTF1), tendo indicação para casos leves a moderados com angulo intermetatársico (AIM) inferior a 17º. Existem ainda poucos trabalhos publicados sobre esta técnica e nenhum deles com resultados a longo prazo. Dado ainda existir muita discussão em relação a complicações que poderão resultar deste tipo de osteotomia percutânea, este estudo teve como objetivo avaliar os seus resultados a

longo prazo, particularmente no que diz respeito a eventuais complicações como perda de redução, perda de mobilidade, recidiva e metatarsalgia de transferência resultante de encurtamento exagerado ou subida da cabeça de M1. Pretendeu-se ainda avaliar se existe alguma relação entre eventuais recidivas e a utilização deste tipo de osteotomia em Hallux valgus com AIM superior a 12º-13º.

Material e Métodos:
Foram avaliados retrospetivamente 31 casos em 18 pacientes submetidos a osteotomia percutânea de Reverdin-Isham para tratamento de Hallux valgus leves a moderados, segundo o algoritmo de M. de Prado. Foram critérios de exclusão metatarsalgia pré-operatória, osteotomias dos metatársicos laterais associadas e AIM pré-operatório superior a 16º. Foram avaliados radiologicamente os ângulos metatarsofalângico (AMTF), AIM e articular distal metatársico (DMAA) pré e pós-operatórios e registadas as perdas de redução, nomeadamente encurtamento exagerado de M1, hipercorreção do DMAA e translação medial ou subida da cabeça de M1. Clinicamente foi avaliada pós-operatoriamente a escala AOFAS, o grau de satisfação dos doentes e registadas as complicações. O follow-up médio foi de 64,7 meses com um mínimo de 48,8 meses. Quanto à lateralidade e distribuição por sexo constatou-se serem 16 pés do lado esquerdo e 15 do direito e 25 do sexo feminino e 6 do sexo masculino. A idade média foi de 57,5 anos (35-75).

Resultados:
A pontuação média obtida na escala AOFAS pós operatória foi de 87,4 (68-100). 29 casos (93,5%) ficaram satisfeitos ou muito satisfeitos. A avaliação radiológica revelou uma correção média dos ângulos AMTF de 14,2º (0º-44º), AIM de 2,8º (0º-11º) e DMAA de 8,4º (-2º-32º). Verificou-se a recorrência da deformidade em 5 casos (16%). Constatou-se um encurtamento significativo de M1 em 2 casos sem metatarsalgia de transferência, uma hipercorreção do DMAA e um caso de hipoestesia do Hallux não incomodativa. Um caso foi reoperado por agravamento de artrose. Não se verificou nenhum caso de perda de mobilidade da MTF1 superior a 50% do normal arco de movimento nem nenhum caso com mobilidade de 100%.

Discussão:
Os resultados globais foram sobreponíveis ao que se encontra publicado para outras técnicas de referência do tratamento de Hallux valgus no que diz respeito à escala AOFAS e à correção da deformidade. O grau de satisfação foi elevado (93,5%). No entanto, a taxa de recidiva de 16% é muito elevada. Após análise dos casos de recidiva, constatou-se um AIM pré-operatório médio muito elevado de 15,0º, sendo apenas num caso inferior a 14º, enquanto nos casos sem recidiva a média do AIM pré-operatório foi de 13,2º.

Conclusão:
Este estudo, apesar de retrospetivo e necessitar de ser alargado no número de casos, revela que a correção percutânea com osteotomia de Reverdin-Isham de Hallux valgus leves a moderados com um AIM inferior a 14º, é eficaz, tem bons resultados e elevado grau de satisfação, podendo ter uma alta taxa de recidivas nos casos com AIM superior a 13º.

CL156 - **Correcção percutânea da deformidade em hallux valgus: resultados clínicos, radiográficos, complicações e avaliação da curva de aprendizagem**

Daniel Esteves Soares, Pedro Santos Leite, Ricardo Rodrigues-pinto, Manuel Alexandre Pereira, José Muras, Isabel Gonçalves
(Centro hospitalar do Porto)

Introdução:
O hallux valgus é uma deformidade progressiva do pé que se desenvolve à medida que ocorre lateralização do hallux acompanhada da medialização do primeiro metatarso. Esta é uma condição altamente prevalente, sobretudo no sexo feminino, e com implicações álgicas, funcionais e cosméticas que podem condicionar o quotidiano do doente. Vários procedimentos cirúrgicos foram descritos para o tratamento cirúrgico do hallux valgus sintomático não controlado conservadoramente.Nas últimas décadas, e aliás como acontece em todas as áreas da Ortopedia, tem-se verificado progressiva tendência para o desenvolvimento e utilização de técnicas minimamente invasivas. Esta situação decorre da crescente exigência dos doentes que procuram tratamentos menos agressivos e invasivos, com menores riscos de complicações e que, simultaneamente, permitam obter recuperações rápidas e resultados clínicos equivalentes. Neste sentido a cirurgia percutânea, permitindo mínima lesão dos tecidos moles, a preservação da mobilidade articular e evitando o uso de implantes metálicos, tem ganho cada vez maior preponderância no tratamento do hallux valgus ligeiro a moderado. O objectivo deste estudo foi avaliar os resultados clínicos, radiográficos

desta cirúrgia, bem como analisar a relação entre a ocorrência de complicações e o período de aprendizagem desta técnica.

Material e Métodos:
Com o objectivo de avaliar os resultados clínicos e radiológicos da cirurgia percutânea no tratamento do hallux valgus, os autores desenharam um estudo retrospectivo que incluiu um total de 211 pés em 144 doentes operados entre Julho de 2006 e Dezembro de 2012. Os critérios clínicos para a realização de um tratamento percutâneo foram a presença de deformidade em valgo dolorosa do hallux, independentemente do ângulo metatarso-falângico, e um ângulo intermetatarsiano igual ou inferior a 20º. Todos os doentes foram submetidos a buniectomia, tenotomia do adductor hallucis e osteotmia oblíqua de encurtamento da falange proximal do hállux. A avaliação clínica foi realizada utilizando o American-Orthopaedic-Foot-and-Ankle-Society Hallux-Metatarsophalangeal-Interphalangeal (AOFAS-HMI) score e a avaliação radiológica por meio de radiografias pré operatórias e pós operatórias em carga.

Resultados:
O tempo médio de follow up foi de 22 meses (6-42) e verificou-se um resultado excelente ou bom em 198 pés (94%). O AOFAS-HMI médio foi de 93,5 (64-100). O ângulo metatarsofalângico foi corrigido em média 14.7º (5.3º-26.5º) o que correspondeu a uma correcção significativa ($p<0.01$) desde o seu valor pré-operatório médio de 28.1º (15.6º-39º) para 13.8º (2.5º-33.1º) aquando da última avaliação. A falange proximal do hallux foi significativamente encurtada [3.9 mm em média (2-9.5)] desde o seu valor pré-operatório médio de 27.0mm (16.0-32.3mm) para 23.6mm (14.0-31.8mm) aquando da avaliação final. Verificaram-se 6 queimaduras, 1 infecção superficial da ferida operatória, 15 parestesias/disestesias, 1 neuroma, 2 recidivas e 1 pseudartrose da osteotomia da falange proximal do hallux. A incidência de queimaduras foi significativamente ($p=0.012$) mais elevada nos primeiros 50 doentes operados (6% dos casos) do que nos restantes 161 (1.2%).

Discussão:
Os resultados obtidos demonstram que a cirurgia percutânea constitui uma excelente opção terapêutica para a deformidade em valgo ligeira a moderada do hallux. O alto nível de satisfação bem como a elevada pontuação média no score AOFAS-HMI traduzem uma técnica segura e eficaz, adaptada à crescente exigência dos doentes. Das complicações mais frequentes, verificou-se que as parestesias foram todas transitórias, tendo resolvido durante o primeiro ano após a cirurgia e que as queimaduras estavam associadas à curva de aprendizagem da técnica cirúrgica.

Conclusão:
A técnica cirúrgica percutânea para tratamento da deformidade em valgo do hallux, quando correctamente indicada e após ultrapassada a curva de

---

CL157 - **Descompressão percutânea do nevroma de Morton - Estudo prospectivo de uma alternativa inovadora**

Pedro Santos Leite, Daniel Esteves Soares, Ricardo Rodrigues-pinto, Isabel Gonçalves, Ricardo Sousa, José Muras
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António)

Introdução:
O nevroma de Morton é uma causa relativamente frequente de metatarsalgia e de perturbação funcional. Esta afecção é hoje entendida essencialmente como uma neuropatia irritativa por compressão, resultante do traumatismo repetido do nervo plantar digital comum contra o ligamento intermetatarsiano transverso, não existindo patologia intrínseca do nervo, sendo por isso mais correcta a utilização da designação nevrite de Morton. A exérese cirúrgica é o tratamento mais difundido, mas com implicações não desprezíveis. A descompressão percutânea, que consiste essencialmente na secção do ligamento referido e na osteotomia das cabeças dos metatarsianos ao nível do colo (M2, M3 e M4) é uma modalidade de tratamento cirúrgico recente que tem ganho popularidade. Os autores têm como principal finalidade avaliar a eficácia desta alternativa cirúrgica.

Material e Métodos:
Estudo prospectivo incluindo os doentes submetidos exclusivamente a descompressão percutânea de nevroma de Morton, operados por cirurgiões da unidade do pé e tornozelo e com um período mínimo de seguimento de 6 meses. A avaliação foi feita através do score AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society) para o antepé, da Escala Visual Analógica de dor e de um questionário de satisfação do doente.

Resultados:
Foram incluídos no estudo 23 doentes (20 mulheres e 3 homens) e um total de 27 pés com um tempo médio de seguimento de 34 meses [6-58]. A média de idades foi de 52 anos. A média dos resultados do score AOFAS foi de 59,9 pontos no pré-operatório e de 84,4 no pós-operatório. Quatro doentes (17,4%) referem dor ocasional, de baixa intensidade, ao nível das cicatrizes. Nenhum doente apresenta dor persistente ou em carga. Apenas um doente (4,3%) refere diminuição da sensibilidade no território do 3º nervo plantar digital comum. Sem excepção, os doentes responderam afirmativamente quando questionados se voltariam a realizar a cirurgia.

Discussão:
Dos resultados obtidos destacam-se a diminuição dos níveis de dor e da perturbação funcional verificada previamente à cirurgia, o que justifica os níveis elevados de satisfação. O nevroma de Morton é secundário a compressão mecânica, pelo que é razoável direccionar o seu tratamento para a causa em detrimento da sua excisão cirúrgica, que apesar dos bons resultados documentados na literatura, apresenta sequelas relevantes como dor persistente, com necessidade de uma cirurgia de revisão ou alterações sensitivas no território do nervo plantar digital comum e até cerca de 33% de resultados histológicos negativos. À técnica de descompressão percutânea apresentada acresce a potencial vantagem de dar resposta aos quadros mistos, difíceis de diagnosticar, em que à nevrite de Morton se sobrepõe uma metatarsalgia por hiperpressão.

Conclusão:
A descompressão percutânea do nevroma de Morton apresenta bons resultados e níveis de satisfação constituindo uma alternativa válida à clássica excisão cirúrgica.

CL158 - **Sutura percutânea do tendão de Aquiles guiada por ecografia intra-operatória: nota técnica e revisão de 11 casos**

Ricardo São Simão, Artur Antunes, António Mendes Moura, Rui Pinto
(Hospital São João)

Introdução:
A rotura do tendão de Aquiles atinge 18/100000/hab/ano, a maioria do sexo masculini, na 3-4º décadas de vida. É aceite um mecanismo traumático, sendo aceite que fenómenos degenerativos intra-tendinosos podem facilitar a lesão. O tratamento cirúrgico diminui o numero de re-rupturas mas à custa de complicações de tecidos moles,que se pretendem diminuir pela utilização de técnicas mini-invasivas.É nosso objectivo apresentar a sutura minimamente invasiva(com sistema Tenolig®)complementada por ecografia intra-operatória,de modo a melhorar a qualidade biomecânica da sutura(posicionamento concentrico),aposição dos topos e evitando ao mesmo tempo a neuropatia iartrogénica do sural.

Material e Métodos:
Foram incluídos 11 doentes (9 do sexo masculino e 2 do sexo feminino) por rotura aguda do tendão de Aquiles aguda(<24horas),documentada por manobra de Thompson positiva e confirmação ecográfica.A média de idades foi de 39 anos.Três casos eram praticantes regulares de desporto,seis praticantes ocasionais e dois não tinham qualquer tipo de actividade desportiva.Na admissão imobilizamos o doente com tala. Posicionamos na marquesa cirúrgica o doente em decúbito ventral sob anestesia loco-regional, com a articulação do tornozelo livre, fora da mesa.O ecografo é o mesmo utilizado na anestesia loco-regional.Envolvemos a sonda em manga estéril.A rotura é identificada clínica e ecograficamente,tal como os limites da porção tendinosa do gastrocnemio.Estes pontos de referencia são assinalados na pele com caneta.Com a sonda colocada transversalmente ao tendão começamos por posicionar a sutura lateral afastada do bordo do Aquiles,de modo a preservarmos uma área segura longe do nervo sural.De seguida posicionamos a sutura medial.Ao longo da progressão da agulha de sutura(hiperecogenica), acompanhamos com a sonda o trajecto percorrido,melhorando o posicionamento intratendinoso,pela observação directa quer em sentido longitudinal quer em sentido transversal.No final,verificamos a boa aposição dos toposConseguimos assim um posicionamento concêntrico dos fios de sutura e garantimos o contacto tendinoso.Os doentes foram seguidos até ao ano.Avaliamos o resultado funcional,retoma das actividades diárias e desportivas,capacidade de apoio/salto monopodálicos,mobilidade do tornozelo,avaliação subjectiva do doente e complicações de tecidos moles.

Resultados:
Ao ano três doentes estavam muito satisfeitos,sete satisfeito e um insatisfeito com o resultado.Em média,a

demora até retomar a actividade diária foi de 11,5 semanas.Nos praticantes de desporto,a demora até ao inicio da prática foi de 8 meses.Todos foram capazes de realizar apoio monopodálico.Apenas um foi incapaz de realizar um salto em apoio monopodálico.Em oito casos a mobilidade foi normal e em três apresentou uma diminuição da dorsiflexão de 5º.Três caso queixavam-se de dor ocasional.Um caso desenvolveu cicatriz queloide na ponto de saída da sutura.Houve um caso de trombose venosa profunda.Não observamos ao longo do ano de seguimentonenhuma re-rotura ou neuropatia do sural.

Discussão:
Não há um consenso sobre o tratamento da rotura aguda do tendão de Aquiles.Os métodos de tratamento vão desde o conservador ao cirúrgico aberto.Numa posição intermédia os tratamentos mini-ivasivos ganham expressão pois diminuem as complicações de tecidos moles associadas ao tratamento aberto,evitando as altas taxas de rotura do tratamento conservador.Resultados prévios mostram que 50%das suturas percutâneas podem ser incorrectamente posicionadas,levando a 10% de re-rupturas após técnica percutânea.Avaliamos uma técnica de sutura com ecografia intra-operatória que nos permite avaliar em tempo real o posicionamento intratendinoso,concêntrico da sutura,garantindo a aposição dos topos,evitando a lesão do neurológica,sem nunca perturbarmos o hematoma local,rico em factores de crescimento.A ausência de re-roturas pode ser fruto de garantirmos com a ecografia evitarmos o posic

---

CL159 - **Neuropatia do peroneal superficial pós traumática.**

Sergio Goncalves, André Barros, Rui Pereira, Nuno Corte Real, Nuno Carvalho, Emanuel Varela
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
O objetivo deste trabalho é descrever a ocorrência de neuropatias do peroneal superficial secundárias a entorse da tibiotársica em contexto de acidente de trabalho. A compressão do nervo peroneal superficial foi inicialmente descrita por Henry em 1945. Os sintomas de apresentação são a dor e parestesia na distribuição sensitiva do mesmo. Poucos casos estão descritos na literaturas mas várias etiologias foram propostas, o trauma resultante das entorses do tornozelo é uma das mais importantes.

Material e Métodos:
Os doente foram avaliados inicialmente por queixas relacionadas com entorse do tornozelo, o diagnóstico foi firmado com base na clínica utilizando a manobra de percussão do nervo quando o pé se encontra em flexão plantar e inversão. A presença de queixas foi indicação para a realização de estudo eletromiográfico, apresentamos as lesõe concomitantes reveladas por RMN. A evolução clínica foi registada assim como a terapêutica e evolução clínica dos doentes.

Resultados:
Foram identificados 5 casos de neuropatia do peroneal superficial de acordo com as caraterísticas clínicas, 2 deles apresentavam eletromiografia com alterações da condução nervosa < 44 m/seg ao passo que 3 não apresentavam alterações. Em termos de lesões associadas documentadas por RMN, 2 tinham rotura do ligamento lateral externo, 1 rotura do perónio-astragalino anterior e os restantes apresentavam derrame articular pós traumático. O tratamento foi conservador em todos os casos associando a fisioterapia à medicação para dor neuropática.

Discussão:
A neuropatia do peroneal é rara mas o trauma está identificado como fator desencadeante em cerca de 25% casos. A existência de lesões associadas em 3 doentes e a evidência de derrame pós traumático em 2 confirmam esta associação. O diagnóstico deve ser essencialmente clínico, a eletromiografia deve ser utilizada com precaução uma vez que é um exame dependente do operador e pode não revelar alterações apesar da existência de queixas em 2 doente. A evolução clinica foi favorável com resolução das queixas no período de 8 semanas o que é explicado pela neuropraxia resultante do trauma.

Conclusão:
Apesar de rara esta entidade pode levar a queixas persistentes após traumatismo da tibiotársica e constitui um diagnóstico difícil em contexto de trauma. Um alto nível de suspeição é importante para a sua identificação e correto tratamento.

CL160 - **Técnica Clássica vs Mini-invasiva na sutura do Tendão de Aquiles. Revisão de 78 casos.**
Mafalda De Noronha Lopes, Miguel Pádua, Ricardo Rocha, Francisco Santos, Pedro A. Leitão, Pedro Beckert
(Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca - Amadora/Sintra)

Introdução:
O tratamento ideal para a rotura do tendão de Aquiles permanece um tema controverso. O tratamento cirúrgico pode ser conseguido através de uma variedade de técnicas, desde a reparação aberta "clássica", a técnicas com abordagens mini-invasivas/percutâneas e, até a reparações assistidas por artroscopia. A técnica clássica (aberta) de tenorrafia tem sido associada a uma maior taxa de complicações, nomeadamente relacionadas com a cicatrização das partes moles. No entanto, as técnicas mini-invasivas parecem ter associadas uma maior taxa de re-roturas e complicações neurovasculares e menor resistência biomecânica.

Material e Métodos:
Revimos, retrospectivamente, 78 roturas em 73 doentes. 46 foram tratadas por via aberta clássica (técnica de Krakow ou técnica de Kessler modificada) e 32 por via mini-invasiva usando o sistema Achillon®. Todos os doentes seguiram um protocolo preconizado e padronizado de reabilitação pós-operatória. Excluímos roturas com mais de 10 dias de evolução e doentes cujo follow up não foi realizado no nosso hospital. Foram avaliados os resultados funcionais, registado o score AOFAS para o retropé, complicações e taxa de re-rotura. Avaliámos qualitativamente o nível de actividade física pré e pós-cirurgia.

Resultados:
Observámos valores estatisticamente equivalentes nos parâmetros de força na flexão plantar, arcos de movimentos, perímetros musculares e capacidade de manter a posição na ponta dos pés. Os resultados AOFAS foram bons ou muito bons, não se registando igualmente diferença estatística entre os dois grupos. O regresso à actividade profissional foi mais demorado no grupo da reparação aberta (5,3 meses vs 3,8 meses). Registaram-se complicações minor de cicatrização da ferida cirúrgica (atraso cicatrização, hematoma, retracção cicatricial, infecção superficial) em 12,4% dos doentes operados por via aberta vs 7,9% por via mini-invasiva). Houve 3 re-roturas (1vs2) não tendo contudo, diferença estatística significativa. O follow up mínimo realizado foi de 9 meses (média 15 meses; intervalo de 6-50 meses). Não se registaram complicações neurovasculares.

Discussão:
As complicações minor relacionadas com atrasos de cicatrização foram eficazmente resolvidas não necessitando de (re)intervenção cirúrgica. As re-roturas foram corrigidas cirurgicamente por via aberta clássica (Kessler modificada). Registaram-se, com significânica estatística, mais complicações relacionadas com a cicatrização na técnica por via aberta. Os scores funcionais foram estatisticamente equivalentes em ambos os grupos e o regresso à actividade laboral foi mais célere no grupo da via mini-invasiva.

Conclusão:
As complicações relacionadas com a cicatrização dos tecidos moles são frequentes no tratamento cirúrgico da rotura do tendão de Aquiles. Os resultados sugerem que a técnica mini-invasiva está associada a scores funcionais equivalentes aos da técnica aberta clássica, a um regresso à actividade mais precoce, com melhor aparência cosmética e sem aparente aumento estatístico do risco de re-rotura.

CL161 - **Tratamento cirúrgico das fracturas intra-articulares do calcâneo – experiência de um Serviço**
Luis Melo Tavares, João Pedro Raposo, Thiago Aguiar, Luis Soares, Virgilio Paz Ferreira, Fernando Carneiro
(Divino Espirito Santo)

Introdução:
As fracturas do calcâneo representam 60% de todas as fracturas do pé e cerca de 2% de todas as fracturas do adulto. Dividem-se em fracturas intra-articulares (75%) e extra-articulares (25%). O Tratamento cirúrgico encontra-se indicado nas fracturas com envolvimento articular e algumas extra-articulares como fractura/avulsão do processo anterior e da tuberosidade com desvio. Representam grande impacto a nível socio-económico pelas altas taxas de complicações e morbilidade que condicionam. Van Tetering e Buckley concluiram que o prognóstico destas fracturas não é melhor do que o de outras condições ortopédicas e é significativamente pior do que algumas doenças major, incluindo transplante de orgãos e enfartes do miocárdio. Os autores propõem-se a fazer uma avaliação retrospectiva das complicações e morbilidade associadas aos doentes submetidos a intervenção cirúrgica por fracturas intra-articulares do

calcâneo.

Material e Métodos:
Procedeu-se à avaliação do coorte de doentes operados a fracturas intra-articulares do calcâneo, num Serviço de Ortopedia entre Janeiro de 1998 e Dezembro de 2012. Procedeu-se à análise das seguintes variáveis: - Epidemiológicas: Género, Idade; Lesões associadas; Tempo de internamento pré-operatório - Radiológicas: Rx (ângulo de Bohler e Gissane pré e pós-operatório) e TAC calcâneo (Classificação de Sanders) - Cirúrgicas: Técnica Percutânea (Redução incruenta por ligamentotaxis + Fixação percutânea com fios K longitudinais e transversais subastragalinos, após elevação de fragmentos articulares); Técnica aberta (abordagem lateral; redução cruenta e osteossíntese com placa e enxerto ósseo autólogo) - Funcionais – Escala AOFAS de retro-pé (Excelente (90-100); Bom (75-89); Razoável (50-74); Mau (<50); Complicações associadas

Resultados:
Foram operadas 44 fracturas do calcâneo (38 doentes; 31?:?7) com média de idade de 38,3anos (21-55). Cerca de 1/4 dos doentes apresentava fracturas associadas, sobretudo da coluna lombar (15,8%). Segundo a classificação de Sanders o tipo de fractura do calcâneo mais frequente foi a IIB (35%), seguido pelo tipo IIIBC e IIC, respectivamente. O tempo médio de intermanento pré-operatório foi 8,5dias (1-14). A técnica cirúrgica aberta foi aplicada em 59,1% (26 calcâneos). O Follow-up médio foi de 58 semanas. A média dos ângulos de Bohler e Gisane nas radiografias pré-operatória foi de 20,8º (9º-35º) e 84,6º (44º-127º), enquanto a pós-operatória foi de 27,1º (12º-39º) e 114,6º (98º-130º), respectivamente. Funcionalmente, a maioria dos doentes apresenta um score AOFAS Bom (70%). As complicações mais frequentes foram a necrose superficial e deiscência da sutura, com um caso de osteíte.

Discussão:
O prognóstico das fracturas articulares do calcâneo apresenta uma relação directamente proporcional ao grau de cominução articular, ou seja, quanto maior for o grau de cominução da fractura, pior será o prognóstico. De forma a melhorar os resultados funcionais inerentes às fracturas intra-articulares do calcâneo, a abordagem cirúrgica tornou-se no método de tratamento "gold-standart", nomeadamente a redução cruenta de fragmentos articulares e osteossíntese com placa. No entanto, de forma a conseguir diminuir as complicações de tecidos moles inerentes à técnica cirúrgica aberta, verifica-se cada vez mais a utilização de técnicas minimamente invasivas para o tratamento destas fracturas. Vários estudos indicam que determinadas fracturas intra-articulares do calcâneo podem ser tratadas através de abordagens cirúrgicas minimamente invasivas, com obtenção de bons resultados funcionais, nomeadamente fracturas intra-articulares com pouco grau de cominução (Sanders tipo II e III).

Conclusão:
As fracturas do calcâneo com envolvimento articular são percussoras de importantes complicações e incapacidade funcional. A tentativa de restabelecer a congruência articular contribui para melhores resultados funcionais, ind

---

CL162 - **A utilização de Ecografia no consultório do cirurgião do Pé e Tornozelo**
Nuno Brito, Joana Cardoso, Luís Carvalho, Edgar Meira, Hugo Aleixo, Nuno Camelo
(Hospital Privado da Boa Nova)

Introdução:
A ecografia é um meio complementar de diagnóstico muito utilizado na patologia do Pé e Tornozelo. Tem como convenientes o facto de ser pouco dispendiosa, não invasiva e dinâmica. As desvantagens são a sua restrição a tecidos moles e superficiais e também a sua dependência da experiência do ecografista.

Material e Métodos:
O autor usa a ecografia como adjuvante da sua consulta exclusiva de patologia do Pé e Tornozelo desde 2010. É feita uma apresentação das patologias mais frequentes em que a ecografia pode ter mais importância tais como fasceíte plantar, patologia dos tendões peroneais, ruptura da placa plantar e neuroma de Morton e a análise da curva de aprendizagem do ponto de vista do cirurgião do Pé e Tornozelo.

Resultados:
A acuidade diagnóstico e a curva de aprendizagem da ecografia pelo cirurgião do Pé e Tornozelo é rápida e consistente uma vez que conhece muito bem a anatomia e a patologia. O facto de ser um exame rápido, não invasivo e pouco dispendioso torna-o compatível com uma consulta especializada, tendo uma relação custo-benefício vantajosa.

Discussão:
A utilização da ecografia no consultório do médico não radiologista tornou-se prática frequente em outras especialidades (cirurgia vascular, obstectra). Na patologia do Pé e Tornozelo, ela permite um diagnóstico rápido e preciso em algumas das patologias mais frequentes. Isto permite diminuir o custo para o doente e optimizar a rapidez do diagnóstico uma vez que em muitas patologias não há a necessidade de recorrer a outros exames complementares de diagnóstico.

Conclusão:
O autor aconselha a ecografia como meio complementar de diagnóstico na consulta especializada do Pé e Tornozelo, uma vez que tem benefícios claros ao baixar o custo e elevar a qualidade do diagnóstico.

CL163 - **RETALHOS LIVRES NA RECONSTRUÇÃO COMPLEXA DO MEMBRO INFERIOR**
Horácio Zenha, Carla Diogo, Sara Ramos, Ricardo Carvalho, Ruben Coelho, Luís Saraiva
(Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
A reconstrução de defeitos complexos do membro inferior é uma área difícil da cirurgia reconstrutiva. As particularidades anatómicas e vasculares desta região colocam-nos com frequência perante casos onde os tecidos locais e regionais são insuficientes para se atingir uma reconstrução satisfatória ou impedir uma solução amputativa. Os retalhos livres vascularizados são uma técnica com garantia e eficácia comprovadas e que permite uma liberdade na dimensão e diversidade dos tecidos a transportar ímpar. Estas características são essenciais numa perspectiva da reconstrução de defeitos complexos do membro inferior. Os autores apresentam a sua experiência com retalhos livres microcirúrgicos para o membro inferior.

Material e Métodos:
De Janeiro de 2012 a Maio de 2013, realizaram-se um total de 19 retalhos livres para reconstrução do membro inferior. Foram tratados 16 pacientes do sexo masculino e 3 do sexo feminino com idade média de 53.2 anos de idade (faixa etária - 10-82). A etiologia do defeito foi: traumática aguda em 7 casos; complicação de cirurgia ortopédica (infecção/necrose cutânea) em 4 casos; neoplasia em 3 casos; osteomielite em 4 casos e pseudartrose em 1 caso. Os retalhos utilizados foram: muscular gracilis – 10 casos; muscular grande dorsal – 5 casos; fasciocutâneo antero-lateral da coxa – 3 casos e quimérico muscular grande dorsal + serreado anterior – 1 caso.

Resultados:
Os retalhos evoluíram sem complicações em 17 casos. Tivemos 1 caso de necrose parcial com necessidade de realização de enxerto de pele complementar e 1 caso de necrose total com necessidade de realização de novo retalho para cobertura. 1 doente mantém fístula residual relacionada com prótese do joelho. 1 doente apresenta pseudartrose infectada ainda em tratamento. O resultado funcional obtido foi considerado bom em 18 casos. 18 pacientes caminham sem necessidade de apoio complementar e apenas um não realiza carga no membro tratado.

Discussão:
Os defeitos complexos do membro inferior apresentam-se frequentemente como um desafio. Os retalhos livres oferecem-nos possibilidades extra e inigualáveis no sentido de obter a melhor resolução destes casos e a evicção de procedimentos amputativos desnecessários.

Conclusão:
As dificuldades técnicas e logísticas inerentes à sua realização são ultrapassáveis quando existem equipas especialmente diferenciadas e treinadas, onde é essencial a avaliação e orientação conjunta transdisciplinar Cirurgia Plástica – Ortopedia.

CL164 - **Tratamento Cirúrgico da Fasceíte Plantar – Experiência do Serviço**
Joao Goncalves Correia, Pedro Rocha, Álvaro Santos, Elisa Almeida, Nuno Ramiro
()

Introdução:
Introdução: A Fasceíte plantar é uma das causas mais comuns de talalgias em adultos, é causada por um estiramento da fáscia plantar que se insere no tubérculo medial do calcâneo, continua-se até se inserir nos ligamentos transversos das cabeças dos metatarsos, dividindo-se então em 5 bandas digitais nas articulações metatarso-falângicas inserindo-se na face plantar. A fáscia é responsável pelo suporte do peso do corpo quando se levanta o calcanhar na marcha, em saltos, ou

quando se permanence por tempo prolongado em ortostatismo. O tratamento conservador constitui o "gold standard" para o tratamento desta patologia, sendo que 80% dos doentes são tratados conservadoramente com bons resultados. A cirurgia fica reservada para os doentes com falência do tratamento conservador. Os autores apresentam uma análise restrospetiva dos doentes submetidos a cirurgia, avaliando os resultados relativamente à resolução da dor, impotência funcional, mobilidade e limitação da atividade.

Material e Métodos:
Material: Foram operados 20 doentes no nosso hospital no período de 2007 a 2011, com idade compreendidas entre os 33 anos (min) e os 71 anos (máx) com uma media de idades de 50,1 anos, 4 são do género masculino e 16 do género feminino. Todos os soentes foram submetidos previamente a tratamento conservador. Métodos: Todos os doentes foram submetidos a cirurgia percutânea (Fasciectomia e excisão do esporão) 17 foram submetidos a cirurgia no pé direito e 5 no pé esquerdo, de referir que 2 doentes foram operados aos 2 pés. Estes doentes foram avaliados segundo o Foot Funtion Index, este index avalia a dor plantar nas diferentes posições do pé, em diferentes tipos de esforço e em termos de limitação da atividade diária do doente

Resultados:
Resultados: Dos 20 doentes operados apenas 3 doentes (15%) apresentam dor; destes 1 (33%) apresenta dor limitante que o obriga a caminhar com auxiliaries de marcha ou a permanecer no domicílio, este doente classifica a dor no seu pior 8 (escala de 1 a 10), o que acontece quando anda descalço ou em ortostatismo prolongado; os restantes (66%) referem dor no seu pior 6; dos doentes com dor, 2 doentes (66%) referem que a dor atinge o seu valor máximo quando caminham descalços, a subir escadas ou em ortostatismo prolongado; os 3 doentes (100%) referem que a dor melhora ao final do dia. Os restantes 17 doentes (85%) não referem dor ou limitação da função.

Discussão:
Dicussão: O tratamento cirúrgico percutâneo da fasceíte plantar com fasciotomia e excisão do esporão tem bons resultados, na melhoria das queixas álgicas, da função e da mobilidade. Dos 20 doentes operados 17 não referem queixas, 3 referem queixas e o doente que refere dor 8 com limitação da atividade diária bem como o uso de auxiliaries de marcha, é um doente com múltiplas co-morbilidades que condicionam um humor depressivo. Embora este estudo tenha a limitação casuística, pensamos que já é representativo para retirarmos algumas conclusões.

Conclusão:
Conclusão: A cirurgia percutânea da Fasceíte Plantar, que consiste na fasciotomia e excisão do esporão em doentes que foram submetidos a tratamento conservador sem sucesso, tem bons resultados clínicos nesta patologia. Na nossa experiência podemos concluir que os doentes submetidos a esta cirurgia têm bons resultados quer na resolução das queixas álgicas, quern a função e na mobilidade.

CL165 - **Entorse do tornozelo. E depois do Serviço de Urgência?**

Nuno Esteves, Rafael Cunha, Jorge Pon, Sandra Alves, António Alves, Cláudia Santos
(Cova da Beira)

Introdução:
A entorse do tornozelo é uma das lesões musculoesqueléticas que mais motiva recurso ao serviço de urgência. Isto, aliado à elevada incidência entre a população activa faz com que apresente custos económicos e sociais consideráveis. A história natural da doença assume na maioria das vezes um curso benigno, podendo todavia ser complicada com evolução para instabilidade. Este trabalho tem como principais objectivos avaliar que percentagem das entorses evolui para instabilidade e perceber que factores presentes na observação na fase aguda poderão alertar para essa progressão.

Material e Métodos:
Entre 1 de Outubro de 2012 e 30 de Abril de 2013, vinte e quatro doentes com entorse do tornozelo que recorreram ao serviço de urgência foram reenacaminhados para uma consulta de revisão após um a três meses. No serviço de urgência foram submetidos a história clínica e exame objectivo sistemáticos e foi-lhes prescrito o mesmo programa terapêutico. Na reavaliação em consulta foi recolhida nova história clínica uniformizada e exame objectivo, nos quais se incluía a avaliação de instabilidade subjetiva e a aplicação dos Cumberland Ankle Instability Tool (CAIT) e Foot And Ankle Outcome Score (FAOS). Aos doentes com queixas de instabilidade subjetiva

foram realizadas radiografias de face em carga e em stress lateral para avaliação de instabilidade objectiva.

Resultados:
Na consulta 45,8% dos doentes progrediram para instabilidade subjectiva, e destes 45,5% apresentavam instabilidade objectiva. Dos sintomas e sinais no serviço de urgência apenas a dor muito intensa (superior a 8 na escala analógica visual) se relacionou com a progressão para instabilidade. Os restantes sinais e sintomas não estiveram relacionados com esta progressão.

Discussão:
A taxa de progressão para instabilidade encontrada está de acordo com a literatura consultada. A esta progressão associaram-se scores nas escalas FAOS e CAIT indicativos de disfunção e instabilidade e em cerca de metade instabilidade radiológica. Esta progressão parece, porém, ser difícil de prever a partir do contexto agudo, e dada a elevada incidência da patologia seria logisticamente difícil manter um seguimento em consulta externa especializada de todos os casos de entorse. Uma solução seria a referenciação posterior, a partir dos Cuidados de Saúde Primários, dos casos de instabilidade crónica.

Conclusão:
As entorses do tornozelo, para além de constituírem uma patologia responsável por grandes custos económicos e sociais apresentam ainda risco de evolução para instabilidade. A gravidade dos sintomas agudos não permite, na maioria dos casos, prever esta evolução.

CL166 - **Hallux valgus – tratamento por cirurgia minimamente invasiva**

António Jorge Mendes, Vasco Oliveira, João Pedro Antunes, Daniel Peixoto, Carlos Alberto Pereira, Fernando Pereira
(Hospital Distrital Figueira da Foz)

Introdução:
Nas últimas décadas a cirurgia do pé tem conhecido um enorme desenvolvimento, com o advento de novas técnicas cirúrgicas, nomeadamente a cirurgia artroscópica e minimamente invasiva. A cirurgia percutânea diminui algumas das complicações associadas com a cirurgia aberta, melhorando e diminuindo o período de recuperação pós-operatória. Este trabalho objectivou avaliar os resultados do tratamento do hallux valgus por cirurgia percutânea ao longo de 2 anos.

Material e Métodos:
Análise retrospectiva dos doentes submetidos a cirurgia percutânea para correcção de hallux valgus de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2011 no serviço, através de consulta do processo clínico e reavaliação do doente. Foram avaliados, através da análise dos exames imagiológicos, os ângulos intermetatársico (IM), ângulo metatarso-falângico do hallux (HV), ângulo articular proximal (PASA) e ângulo articular distal (DASA), pré e pós-operatórios. A deformidade em hallux valgus foi classificada em leve (IM<15°; HV <30°), moderada (IM>15° e <20º; HV >30° e >40°) e severa (IM>20°; HV>40°). Os gestos cirúrgicos utilizados para correcção da deformidade foram avaliados e registados. A satisfação do doente com o procedimento e técnica cirúrgica foi avaliada através de entrevista telefónica e classificada em “nada satisfeito”,”satisfeito” e “muito satisfeito”.Foi ainda avaliado o tempo de internamento de cada doente. A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS, versão 21.0, através do teste de coreelação de Spearman.

Resultados:
Foram incluídos 48 doentes, 45 dos quais do sexo feminino, com 54,08 ± 12,91 anos. Os valores médios pré-operatórios do IM, HV, PASA e DASA foram, respectivamente, 13,83° (±3,44), 32,04° (±8,46), 17,39° (±7,54°) e 3,33° (±3,37°). Os valores médios pós-operatórios dos mesmos foram, respectivamente, 10.87° (±3.11°), 17,47° (±8.86°), 12,78° (±8,87°) e 6.14° (±4,53°). Trinta e dois doentes apresentaram um hallux valgus leve, nove severo e sete moderado. O grau de correcção alcançado do IM e do HV foi respectivamente 2,95° (±2,76°) e 13,56° (±9.1°). Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a idade e o grau de severidade do hallux valgus (r=0,32; p<0,05). Todos os doentes realizaram buniectomia, libertação da cápsula externa e tenotomia do tendão do adutor do hallux na sua inserção distal. Em 19 doentes associou-se osteotomia de Akin, em 8 doentes osteotomia de Riverdam e 16 doentes necessidaram de ambas as osteotomias. A um maior IM associa-se um maior HV (r=0,34, p<0,05) e verificou-se ainda uma aumento da complexidade cirúrgica em correlação com a severidade da deformidade. Em dois doentes foi necessário proceder a uma osteotomia da base do 1º metatarso associada a osteotomia de Akin num e a osteotomia de Akin e Riverdan no outro. Todos os doentes ficaram internados durante 3 dias, imobilizados com penso pós

operatório e revistos pelo cirurgião às 2, 4 e 6 semanas pós operatório. Durante todo o período pós-operatório os doentes utilizaram um sapato tipo Baruck fornecido pelo hospital. A maioria dos doentes (n=45) ficou "satisfeito" ou "muito satisfeito" com o resultado da cirurgia. Num doente ocorreu uma fractura de stress do 2º metatarso no período pós-operatório que foi tratada conservadoramente com sucesso.

Discussão:
O agravamento da severidade do hallux valgus com a idade está, provavelmente, relacionada com a manutenção das alterações biomecânicas durante um maior período de tempo, o que condiciona um aumento da complexidade cirúrgica dos doentes. Apenas foi utilizado material de osteossíntese nas osteotomias da base do 1º metatarso; a ausência de queixas de dor precedia a consolidação radiológica das osteotomias.

Conclusão:
A cirurgia percutânea do pé é um método válido para o tratamento do hallux valgus, com uma baixa taxa de complicações e bons resultados funcionais, estéticos e radiológicos.

CL167 - **Artrodeses Pantalares com Cavilha Duplamente Compressiva – Resultados Preliminares**
Pedro Diniz, Paulo Carvalho, Rui Domingos, João Froufe
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A artrodese pantalar é um procedimento de salvação que visa a fusão das articulações tibiocalcaneana e talcalocaneana. A indicação mais frequente é a artrose pós-traumática. Outras indicações incluem: artrite reumatóide, sequelas neurológicas, artropatia de Charcot e falência de artroplastia total do tornozelo. A fusão pode ser conseguida por diversos métodos, nomeadamente fixação com parafusos, placa e parafusos, encavilhamento endomedular e fixação externa. As principais complicações deste procedimento são a infecção e a pseudartrose, sobretudo da articulação talocalcaneana. Neste estudo, os autores pretenderam avaliar os resultados preliminares deste procedimento, particularmente a incidência de pseudartrose sub-talar em doentes submetidos a artrodese pantalar com cavilha duplamente compressiva.

Material e Métodos:
Apresentamos os resultados de uma série de sete doentes, dois homens e cinco mulheres, submetidos a artrodese pantalar com cavilha duplamente compressiva entre 2009 e 2012 e com follow-up mínimo de um ano. A idade média era 66.1 anos (54-85), o índice de massa corporal médio (IMC) foi de 31 (26-41). Seis doentes tinham o diagnóstico de artrose pós-traumática e um doente apresentava pé cavo-varo sequelar a poliomielite. O tempo de follow-up médio foi 33.9 meses (14-48.4). De uma amostra inicial de dez doentes, foram excluídos três por follow-up insuficiente. Todos os doentes foram submetidos a artrodese pantalar com o mesmo modelo de cavilha. Os resultados foram avaliados por consulta de processo, avaliação radiográfica e entrevista telefónica. Foram pesquisadas complicações, com particular atenção à evidência radiográfica de pseudartrose sub-talar. Na entrevista telefónica procurou-se averiguar: limitação actual das actividades diárias, distância máxima percorrida, dificuldade em caminhar em terrenos irregulares, dor (segundo a escala NRS-11) e o grau de satisfacção (de acordo com uma escala tipo Likert).

Resultados:
Houve evidência radiográfica de pseudartrose em dois dos sete doentes (28,5%). Quatro dos sete doentes mencionavam limitação considerável das actividades de vida diária (AVDs), dois mencionavam limitação leve das actividades recreativas mas não das AVDs e um doente negava qualquer tipo de limitação. Três doentes estimaram a distância máxima percorrida sem interrupções «entre 100 e 200 metros», dois doentes «entre 200 e 400 metros», um doente em «menos de 100 metros» e outro em «mais de 400 metros». Todos os doentes referiram dificuldade em caminhar em terrenos não-planos. O valor médio atribuído à dor, segundo a escala NRS-11, foi 4 (0-7), tendo em todos os doentes carácter transitório e relacionado com o esforço. Quatro doentes afirmaram estar satisfeitos com o resultado, dois enquadraram-se na resposta «não-insatisfeitos/não-satisfeitos» e um afirmava estar insatisfeito com o resultado.

Discussão:
A pequena amostragem deste estudo não permite tirar conclusões acerca da eficácia da dupla compressão na prevenção da pseudartrose sub-talar, mas a incidência é, mesmo assim, alarmante, levantando dúvidas sobre a eficácia da dupla compressão. Ainda assim, a percentagem é comparável aos valores encontrados na literatura. A pequena dimensão da amostra também não permite tirar ilações relativamente aos factores

predisponentes à pseudartrose em função do número relativamente pequeno de casos. Salienta-se o facto de mesmo os doentes com artrodeses bem conseguidas apresentarem limitações funcionais consideráveis, pelo que devem ser tidos em conta outros factores, nomeadamente a idade, IMC, hábitos pessoais e patologias associadas.

Conclusão:
São necessários mais estudos para estabelecer o papel das cavilhas duplamente compressivas na redução da incidência de pseudartrose sub-talar nas artrodeses pantalares. Este estudo alerta para a possibilidade de a dupla compressão não ser eficiente na diminuição da incidência de pseudartrose sub-talar.

CL168 - **Artrodese da 1ª metarsico-falangica com placa dorsal de ângulo variável e parafuso de compressão:Função e conforto dos doentes**
João Nunes Castro, Nuno Ramiro, Joana Teixeira, Joaquim Brito
(Hospital Santa Maria)

Introdução:
A fusão da primeira metatarsico-falangica é considerado um procedimento "gold-standard" para a artrose e para procedimentos de revisão em cirurgias do hallux anteriormente falhadas. Estudos biomecânicos recentes demonstram que a combinação de placa e parafuso é a a construção mais estável. Existem poucos estudos que demonstrem os resultados- conforto e outcomes funcionais dos doentes - na utilização desta combinação de implantes.

Material e Métodos:
30 halluxs (30 doentes) foram submetidos a fusão da metatarsico-falangicas entre Janeiro de 2006 a Dezembro 2012, utilizando placa dorsal de ângulo variável e parafuso de compressão. As indicações mais frequentes para o procedimento foram o hallux rigidus e recidiva de hallux valgus .Avaliámos os resultados em termos de grau de fusão, complicações pós-operatórias, satisfação e função pós-operatória dos doentes.

Resultados:
96% das artrodeses tiveram sucesso, sem intercorrências, com fusões em média aos 4 meses de pós-operatório. Houve uma não consolidação, que permaneceu assintomática. 2 doentes tiveram complicações de deiscência da ferida cirúrgica, mas nos 2 casos as feridas cicatrizaram por segunda intenção, sem evidencia de infecções. Não houve falências aparentes do material de estabilização aplicado . A satisfação dos doentes foi 98%. A média de score AOFAS foi 84 (63- 100) . A média de score FADI foi 96,3(73-100).

Discussão:
Os nossos resultados corroboram o que demonstra a literatura científica quanto ao elevado sucesso das artrodeses do hallux utilizando este tipo de fixação. Em 30 doentes apenas tivemos 1 caso de não consolidação, possivelmente por uma distracção no foco de artrodese ou insuficiente enxerto utilizado. Mesmo assim, o doente mantem-se assintomático na presença de uma não consolidação. Os 2 casos de deiscência de sutura resolveram sem intercorrências. Um dos casos correspondia a um doente com uma artrite exuberante do hallux e com pele tipo reumatóide. Na literatura, estes doentes apresentam maior risco de complicações pós-operatórias. Apenas 2 doentes se demonstraram menos satisfeitos com os resultados da cirurgia a que foram submetidos, referindo impossibilidade de adaptação a sapatos de salto alto. Contudo, nos ângulo de artrodese radiograficamente determinados demonstram uma média de 10º de valgo (9º-12º) e 18º de dorsiflexão (15º-30º), o que corresponde à posição de artrodese recomendada na literatura científica. Na avaliação funcional pós-operatória, tanto o score AOFAS como o score FADI demonstram resultados bons o que se encontra em concordância com as revisões mais recentes sobre a utilização destes implantes para artrodese. A validade do score AOFAS tem sido criticada na literatura recente quanto a avaliação de patologia do antepé. Mesmo assim, ela é amplamente utilizada no pós-operatório deste tipo de patologia, de acordo com a literatura. A avaliação pelo Score de FADI encontra-se, por sua vez, validada para a avaliação para actividades de vida diária e para avaliação de progressos na reabilitação do doente após cirurgia.

Conclusão:
Estes resultados corroboram os da literatura científica já existente, demonstrando que a artrodese da primeira metatarsico-falângica, preparada com as fresas esféricas e fixada placas dorsais pré-moldadas e parafusos de compressão tem uma elevada taxa de sucesso, com bons resultados, tanto em termos de função como em termos de satisfação dos doentes.

CL169 - **Fasciotomia plantar percutânea no tratamento da fasceíte plantar**

Raul Fernandes Cerqueira, Afonso Ruano, António Andrade, Renato Neves, Maria Luísa Fardilha, Ana Façanha
(ULS Nordeste)

Introdução:
A fasceíte plantar é uma das causas mais comuns de podalgia nos adultos. Estima-se que seja responsável por 1 a 2 milhões de consultas de Ortopedia nos Estados Unidos. Ao longo da vida cerca de 1 em cada 10 pessoas terá podalgia devido a fasceíte plantar. O pico de incidência está entre os 40 e os 60 anos. A etiologia é ainda desconhecida, parecendo ser multifactorial. Foram sendo propostos diversos factores de risco, embora nenhum comprovado. Geralmente é uma patologia isolada mas pode ocorrer em doenças reumatológicas. O diagnóstico é clínico. O tratamento é conservador numa primeira fase, com exercícios de extensão da fáscia plantar, AINE's, modificação do calçado e uso de palmilhas. Caso não ceda pode-se efectuar uma injecção com corticoide embora não seja consensual. Existem outros métodos embora sem suporte na literatura (terapia de choque extra-corporal, talas nocturnas, injecção com sangue autólogo, toxina botulínica, ...) A taxa de sucesso do tratamento conservador varia de 89-98% ao fim de um ano. Se a dor se prolongar por mais de 6 a 12 meses deve-se ponderar tratamento cirúrgico.

Material e Métodos:
Foi feita uma análise retrospectiva a todos os processos dos doentes submetidos a fasciotomia plantar percutânea com lâmina entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2012. Foram excluídos os doentes que tinham concomitantemente outra patologia no pé operado. Foram convocados 54 doentes para uma consulta de revisão. 32 doentes (35 pés) compareceram e completaram os questionários. Foi aplicado o Score AOFAS Ankle & Hindfoot. Responderam ainda a 3 questões (Está satisfeita/o com a cirurgia? Seria novamente operada/o? Recomendaria a cirurgia a um familiar/amigo?). Os dados foram compilados usando o programa Microsoft Excel 2008.

Resultados:
A nossa população foi de 32 doentes, 35 pés. A média de idades foi de 55,3 anos (32-84 anos). O tempo médio de seguimento foi de 14 meses (5-31 meses). 18,75% (n=6) dos doentes eram do sexo masculino. A doença era bilateral em 18,75% (n=6). A média do Score AOFAS foi de 93,46 (65-100) pontos. 3 doentes (3 pés, 8,57%) estavam em estudo por potencial recidiva. 29 doentes (90,63%) estavam satisfeitos com a cirurgia, 31 doentes (96,68%) fariam novamente a cirurgia e 30 doentes (93,75%) recomendariam a cirurgia a um familiar/amigo. Há a reportar uma complicação pós-cirúrgica.

Discussão:
As características da população estudada estão em linha com o descrito na literatura. O resultado funcional obtido, medido pelo Score AOFAS, foi bom estando ao nível do encontrado na literatura, quer para a cirurgia clássica, quer para a cirurgia percutânea. Contudo não dispomos do resultado funcional de partida, sendo este um ponto fraco do estudo. O grau de satisfação dos doentes é grande, como se pode comprovar pelas respostas às questões colocadas. Não foi medido o tempo de inactividade dos doentes submetidos a este procedimento, embora na literatura esteja descrito um menor tempo de recuperação e uma menor dor pós-operatória com a técnica percutânea.

Conclusão:
A fasceíte plantar é uma patologia que afecta cerca de 10% da população adulta. Geralmente resolve com tratamento conservador embora 2 a 11% dos doentes necessitem de uma intervenção cirúrgica. A cirurgia percutânea tem um resultado funcional tão bom como a cirurgia clássica, estando descrito um menor tempo de inactividade e menor dor pós-operatória. Serão necessários estudos prospectivos para melhor avaliar esta técnica, assim como identificar os doentes que mais beneficiarão de uma fasciotomia plantar percutânea.

CL170 - **Fraturas Intra-articulares do Calcâneo – Osteossíntese com placaCasuística do Serviço nos últimos 10 anos**

Hugo Esteves Cardoso, Portela Da Costa, Inês Pedro
(Centro Hospitalar do Oeste Unidade de Torres Vedras)

Introdução:
O tratamento eficaz das fraturas do calcâneo continua a ser um dos maiores desafios para o cirurgião ortopédico. As fraturas do calcâneo são as mais frequentes nos ossos do tarso e atualmente constituem aproximadamente 2% de todas as fraturas. As fraturas intra-articulares deslocadas representam 60% a 75% de todas as fraturas do calcâneo e são responsáveis por

90% das complicações. Dez por cento dos doentes com fratura do calcâneo têm fraturas associadas na coluna vertebral e 26% apresenta outras lesões nos membros inferiores. Aproximadamente 90% das fraturas do calcâneo ocorrem em jovens do sexo masculino, na plenitude das suas capacidades físicas e laborais. Após esta lesão os doentes podem permanecer totalmente incapacitados até três anos e, parcialmente incapacitados durante cinco anos como tal, as implicações económicas deste tipo de fratura são consideráveis. Historicamente as fraturas do calcâneo foram consideradas fraturas de mau prognóstico quase sempre tratadas conservadoramente, no entanto a abordagem cirúrgica e osteossíntese com placa tem demonstrado os melhores resultados funcionais quando comparada com outros métodos de tratamento. Atualmente, os critérios para tratamento conservador são: (1) fratura tipo I de "Sanders"; (2) fratura não deslocada ou com deslocamento inferior a dois milímetros; (3) sem afeção da superfície articular; (4) sem desvio em varo ou valgo.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo de 1 de Janeiro de 2003 a 31 de Dezembro de 2012. Doentes operados a fratura intra-articular do calcâneo, submetidos a redução cruenta e osteossíntese com placa L.C.P. Foi utilizada a classificação de "Sanders". Todos os doentes foram submetidos: Tomografia Computorizada (T.C.) pré-operatória, medição dos ângulos de "Bohler" e "Gissane" pré e pós-operatórios. Utilizamos na avaliação clínica e funcional o "Score A.O.F.A.S. para o retropé. Avaliamos: O mecanismo de lesão, complicações e tempo de retorno ao trabalho.

Resultados:
Dos 31 doentes, 26 (84%) compareceram à consulta de "Follow-up". Idade Média no diagnóstico: 50,6 (24;78) 70% homens; 30% mulheres "Follow-up" médio 5,8 anos Classificação de "Sanders": 40% grau II; 52% grau III, 8% IV. Mecanismo de lesão: queda em altura sobre os pés (68%), acidente de viação (32%). Tempo médio de espera para cirurgia 11,6 (1-16) dias. Período de Imobilização médio 4,5 semanas (3,5-5) Inico de carga total média 14 semanas (12-16) "Score "A.O.F.A.S. médio: 84 "Sanders" tipo II; 80 "Sanders" Tipo III e 70 "Sanders" tipo IV Recuperação média pós-operatória dos ângulos de "Bohler" e "Gissane": 17,9º e 15,1º respetivamente. Como intercorrências: Uma fístula que resolveu após a remoção de material quando a fratura já havia consolidado. Um doente aguarda Artrodese ("Sanders" IV) por manter dor e incapacidade de regresso ao trabalho.

Discussão:
Os nossos resultados parecem estar de acordo com os estudos mais recentes. A principal vantagem da redução cruenta e osteossíntese com placa L.C.P. é o restauro da anatomia e diminuição da progressão para artrose da sub-astragalina que é cinco vezes superior no tratamento conservador. Os nossos piores resultados são nas fraturas "Sanders" tipo IV, o que está de acordo com o expectável e nos leva a questionar se devemos manter a osteossíntese como primeira opção ou optar pela artrodese primária. Para um bom resultado funcional é fundamental: Restauro dos ângulos de "Bohler" e "Gissane"; a capacidade de interligação entre o doente e a equipa de Fisioterapia.

Conclusão:
Ainda que a nossa casuística seja algo reduzida podemos afirmar: A redução cruenta e osteossíntese com placa L.C.P. é o "Gold Standard" no tratamento das fraturas intra-articulares do calcâneo. É o método cirúrgico que melhor permite o restauro da anatomia do calcâneo e sua congruência articular. As complicações cutâneas que teoricamente podem ser desastrosas não devendo

---

CL171 - **Tratamento da rotura aguda do tendão de Aquiles através de método mini-invasivo com o Achillon®**

João Torrinha Jorge, Pedro Falcão, Jorge Homero Costa, Ricardo Guerreiro, Joana Arcângelo, André Grenho
(Hospital de São José - Centro Hospitalar de Lisboa Central)

Introdução:
A rotura do tendão de Aquiles tem uma incidência estimada de 18/100000, mais frequente no sexo masculino entre os 30 e os 50 anos. O seu tratamento através do método aberto está associado a várias complicações, nomeadamente devido a má cicatrização cutânea. Este facto levou ao desenvolvimento de técnicas menos invasivas, tais como o método mini-invasivo com Achillon®, que apresentam uma menor taxa de complicações.

Material e Métodos:
Realizou-se um estudo retrospectivo dos doentes com rotura aguda do tendão de Aquiles submetidos a

tenorrafia por via mini-invasiva com o dispositivo Achillon® entre Março de 2004 e Março de 2012. Analisou-se a incidência de complicações, tempo de imobilização, tempo até ao retorno à actividade laboral e actividade física, e o resultado funcional através do AOFAS score.

Resultados:
Foram identificados 27 doentes, 23 do sexo masculino, com idade média de 36 anos. O tempo médio de follow-up foi de 19 meses (mínimo de 12 meses). Nenhum dos doentes apresentou complicações major de cicatrização cutânea, infecção ou re-rotura. O tempo de imobilização gessada posterior genu-podálica foi no total entre 4 a 6 semanas, inicialmente 2 a 3 semanas em equino e posteriormente em neutro. Aos 3 meses de follow-up todos os doentes tinham voltado ao activo, e aos 12 meses todos tinham retornado ao seu nível prévio de actividade física. Na última observação o AOFAS score médio foi de 94.3.

Discussão:
Os resultados obtidos são semelhantes à literatura publicada. Esta técnica apresenta uma baixa taxa de complicações e resultados clínicos e funcionais excelentes.

Conclusão:
O tratamento da rotura aguda do tendão de Aquiles através de um método mini-invasivo com Achillon® está associado a bons resultados funcionais. Em relação à via aberta apresenta vantagem na cicatrização cutânea e por isso menores taxas de complicações. Esta opção pode ser equacionada na maioria dos doentes, nomeadamente praticantes de desporto ocasionais.

CL172 - **Complicações da correcção cirúrgica por via percutânea de hallux valgus**
Tiago Pinheiro Torres, André Sarmento, Andreia Ferreira, Bruno Barbosa, Campos Lemos, Ricardo Santos Pereira
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho)

Introdução:
A correcção cirúrgica por via percutânea de doentes com hallux valgus está indicada para a correção de graus leves a moderados desta deformidade. O objectivo deste estudo consistiu na avaliação das complicações clínicas e radiológicas de uma série de doentes com hallux valgus sintomático que foram submetidos a correcção cirúrgica percutânea.

Material e Métodos:
Uma série de setenta e nove doentes doentes com hallux valgus sintomático que foram submetidos a correcção cirúrgica percutânea pelas técnicas de Reverdin-Isham e Akin com um tempo de seguimento mínimo de 1 ano foram incluídos no presente estudo prospectivo. Na avaliação das complicações foi utilizado o score Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) e foram realizados estudos radiográficos seriados durante o tempo do estudo.

Resultados:
Um doente apresentou osteonecrose da cabeça do primeiro metatarso. Um outro desenvolveu pseudoartrose. Em quatro doentes ocorreu recorrência da deformidade.

Discussão:
A cirurgia percutânea para correcção de hallux valgus está associada a uma taxa de complicações comparável a procedimentos abertos, nomeadamente: osteonecrose, pseudartrose, consolidação viciosa e recorrência

Conclusão:
Trata-se de uma técnica com resultados comparáveis a outras técnicas tidas como mais tradicionais que deverá ser realizada por cirurgiões com experiência e que estão associadas a bons resultados e grande satisfação por parte dos doentes.

CL173 - **Controvérsias na artrodese tibiotalocalcaneana com cavilha. Qual o papel da artroscopia e da compressão autónoma tibio-astragalina e subtalar.**
Pedro Castelhanito, José Martins, Rodolfo Caria Mendes
(Centro Hospitalar do Oeste)

Introdução:
A artrodese do tornozelo constitui um método definitivo de tratamento de patologia grave do tornozelo e retropé, nomeadamente artrose da tibiotársica e articulação subtalar, necrose avascular do astrágalo, falência de artroplastia total do tornozelo e artropatia de Charcot. Um dos métodos de artrodese do tornozelo que tem vindo a ganhar um lugar de destaque na literatura internacional é a aplicação de cavilha retrógrada, optimizada nos últimos anos por um sistema de compressão articular subtalar e tibio-

astragalina autónomos. Este trabalho pretende analisar retrospectivamente as artrodeses tibiotalocalcaneanas com cavilha, realizadas no nosso Serviço, entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2013, e avaliar a sua eficácia e grau de satisfação dos pacientes.

Material e Métodos:
Procedeu-se à análise clínica e radiológica de 12 pacientes (9 artroses primárias do tornozelo, 2 pós-traumáticas e 1 pé de Charcot). Os scores AOFAS (pé e tornozelo) e SF-12 permitiram avaliar a função actual do pé e tornozelo e a percepção de qualidade de vida actuais. O grau de satisfação com o procedimento foi avaliado utilizando uma escala subjectiva de 0-10. A preparação da articulação tíbio-astragalina foi realizada por técnica aberta e recurso a enxerto e/ou substituto ósseo em 60% dos pacientes e por via artroscópica em 40%. O sistema de compressão articular autónomo foi utilizado em 5 casos.

Resultados:
Registaram-se dois casos de atraso de cicatrização, um deles no contexto de fractura exposta do pilão tibial, e sempre com técnica aberta. Não ocorreu nenhum caso de infecção, falência de hardware ou necessidade de re-intervenção cirúrgica. Não se verificou qualquer caso de intolerância à cavilha e menos de 10% dos pacientes necessitaram de analgesia prolongada. A fusão foi obtida em todos os casos avaliados. Apenas um doente se declarou incapaz de retomar as suas funções laborais prévias. O score médio AOFAS foi de 62 e o SF-12 foi de 32,5/44,8. O grau de satisfação com o procedimento foi elevado, tendo sido registado um valor médio de 6,9 e de 7.3 se considerarmos apenas as realizadas com apoio artroscópico.

Discussão:
A artrodese tibiotalocalcaneana com cavilha mostrou ser um método seguro e eficaz de artrodese do tornozelo em pacientes com indicações apropriadas. A taxa de complicações foi baixa e o grau de satisfação dos pacientes elevado. O novo sistema de compressão articular parece permitir graus de consolidação mais precoces, embora sem interferência na taxa de fusão a médio-longo prazo.

Conclusão:
A utilização da astroscopia, de enxerto ósseo autólogo, bem como as correcções de desvios axiais do retropé, prévias ou simultâneas à artrodese, constituem temas ainda hoje não consensuais, à luz da literatura vigente. Os resultados obtidos, embora não estatisticamente significativos, fornecem pistas para a constituição de um organograma de actuação para a patologia do tornozelo e retropé.

CL174 - **RECONSTRUÇÃO COMPLEXA DO MEMBRO INFERIOR – O PAPEL DOS RETALHOS PERFORANTES LOCAIS**

Ricardo Carvalho, Luis Saraiva, Ruben Coelho, Horácio Zenha, Sara Ramos, Carla Diogo
(Serviço de Cirurgia e Plástica e Queimados do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
A reconstrução de defeitos com exposição osteo-tendinosa do membro inferior é uma área complexa da cirurgia reconstrutiva onde o limiar para a necessidade de uma transferência livre é particularmente baixo. A evolução do conhecimento da fisiologia da vascularização cutânea e da técnica microcirúrgica revelou-nos uma variante de retalhos pediculados assente nos ramos perforantes cutâneos. Os autores apresentam a experiência do serviço na utilização destes retalhos.

Material e Métodos:
Apresenta-se uma série de 17 retalhos perforantes do membro inferior realizados entre Janeiro de 2011 e Maio de 2013. A etiologia do defeito foi: traumática aguda em 4 casos (2 queimaduras e 2 esfacelos); complicação de cirurgia ortopédica em 7 casos, cicatriz retráctil em 2 casos, úlcera de Marjolin em 1 caso, osteomielite em 1 caso, úlcera de pressão em 1 caso e úlcera crónica em 1 caso. A localização dos defeitos foi: joelho – 5 casos; 1/3 superior da perna – 1 caso; 1/3 médio da perna – 3 casos; tornozelo – 5 casos; região aquileana/calcaneana -3 casos. Realizou-se sempre planeamento cirúrgico prévio com detecção de potenciais perforantes a utilizar com doppler portátil. Os retalhos realizados foram baseados em perforantes da: artéria circunflexa femoral medial – 2 casos; artéria circunflexa femoral lateral – 1 caso; artéria poplítea – 1 caso; artéria genicular descendente – 1 caso; artéria sural medial – 1 caso; artéria tibial posterior – 8 casos; artéria peroneal – 3 casos.

Resultados:
Os retalhos evoluíram sem complicações em 11 casos. Tivemos 5 casos de necrose parcial com necessidade de realização de enxerto de pele complementar e 1 caso

de necrose total com necessidade de realização de novo retalho para cobertura. O resultado funcional obtido foi considerado bom em 10 casos. 1 doente foi submetido a amputação supracondiliana 18 meses após a cirurgia por osteomielite crónica de fractura cominutiva do tornozelo. No caso de osteomielite houve reactivação do quadro 4 meses após a cirurgia.

Discussão:
Na reconstrução complexa do membro inferior, as soluções locais clássicas, retalhos fasciocutâneos ou musculares, são limitadas pela dimensão dos defeitos, arcos de rotação e morbilidade da zona dadora.

Conclusão:
O advento dos retalhos perforantes permite-nos a realização de retalhos extremamente versáteis no desenho e localização, baseados num pedículo vascular bem definido e com morbilidade mínima.

CL175 - **Tratamento da rotura Tendão de Aquiles- Cirurgia clássica versus Cirurgia percutânea**
Carolina Oliveira, Elisa Rodrigues, Bruno Alpoim, Pedro Marques, Pedro Sá, Francisca González
(Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

Introdução:
A rotura do Tendão de Aquiles predomina no sexo masculino, entre os 30 e 40 anos. Apresenta uma incidência crescente, associada a um aumento da prática desportiva ocasional. Diversos estudos comparam as opções terapêuticas, tratamento conservador e cirúrgico, não existindo ainda consenso. Em relação à abordagem cirúrgica, a técnica percutânea tem sido cada vez mais utilizada. O objectivo deste estudo é comparar duas técnicas cirúrgicas, tenorrafia clássica aberta e percutânea, avaliando as respectivas complicações pós-operatórias e o resultado funcional dos doentes operados.

Material e Métodos:
Realizamos um estudo retrospectivo dos doentes submetidos a tratamento cirúrgico de rotura do Tendão de Aquiles entre 2008 e 2012. Seleccionaram-se os doentes submetidos a tenorrafia clássica aberta e os submetidos a tenorrafia por via percutânea. Num total de 50 doentes, 28 foram operados por via aberta e 22 por via percutânea. Os dados foram obtidos através de entrevista e avaliação dos doentes e consulta de processo clinico. Foi avaliado o mecanismo de lesão, o tempo de imobilização, as intercorrências e complicações, a demora do retorno à vida diária e à prática desportiva. Utilizamos o "American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) hindfoot score" para avaliação da capacidade funcional.

Resultados:
No grupo de estudo de 50 doentes (78% do sexo masculino), o mecanismo de lesão foi em 52% dos casos a prática desportiva, sendo o traumatismo (queda e entorse) responsável pelos restantes 48%. Em relação às complicações pós-operatórias, registaram-se 3 casos de re-rotura em doentes submetidos a cirurgia percutânea e, nos doentes submetidos a tenorrafia clássica registou-se 1 caso de infecção de ferida operatória e 4 de deiscência de ferida operatória. Obtivemos um Score AOFAS médio de 90 pontos para os doentes submetidos a cirurgia percutânea e de 92 pontos para os doentes submetidos a tenorrafia clássica.

Discussão:
A predominância do sexo masculino e o mecanismo de lesão mais frequente, prática desportiva, são consistentes com os dados descritos na literatura. As complicações operatórias registadas, nomeadamente a taxa de re-rotura na cirurgia percutânea não foi estatisticamente significativa. O resultado funcional é semelhante nas duas abordagens.

Conclusão:
As duas técnicas operatórias comparadas neste estudo não apresentam diferenças significativas tanto nas complicações pós-operatórias como no resultado funcional.

Traumatologia

CL176- **Tratamento cirúrgico de fracturas tipo burst instáveis da transição dorsolombar - Estudo comparativo entre duas técnicas de fixação**

Diogo Santos Robles, Virginia Do Amaral, Sofia Esteves Vieira, Sandra Martins, Jorge Alves, Carlos Sousa (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
O tipo de instrumentação a utilizar no tratamento cirúrgico das fraturas tipo burst instáveis da transição dorso-lombar permanece um assunto controverso. O objectivo da cirurgia consiste na obtenção de uma fixação estável, com preservação do maior número de segmentos móveis. Porém, a transição dorsolombar é uma zona de grande stress mecânico pelo que uma instrumentação curta poderá estar sujeita a maiores taxas de falência. O estudo tem com o objectivo comparar os resultados de duas técnicas de instrumentação.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo de 32 doentes de um total de 63 (31 perdidos no follow-up), 56% sexo feminino, idade média 43,8 anos, com fratura tipo burst (Magerl A3), uni-segmentar, da transição dorso-lombar (D10-L2), entre 2007 e 2012 (follow-up médio=33,8m(SD=17,5)). Utilizadas duas técnicas: instrumentação curta (IC) - fixação da vértebra fraturada e duas adjacentes vs instrumentação longa (IL) - dois níveis acima e abaixo, sem fixação da vértebra fracturada (IC=14;IL=18). Utilizada classificação de Magerl/Gertzbein e a severidade das fraturas avaliada segundo a McCormack Load Sharing Classification (LSC). Radiologicamente avaliamos o retrodesvio do muro posterior (RMP) e ângulo de cifose local (ACL). Avaliação clínica e funcional realizada com: Oswestry Disability Index (ODI), Visual Analogic Scale (VAS) para a dor, Dennis Work Scale (DWS) e ASIA Impairment Scale. Realizada descompressão e laminectomia em todos os doentes com ASIA 0,05).

Resultados:
Não se demonstraram diferenças estatisticamente significativas (p>0,05) entre os dois grupos, relativamente à idade, sexo, IMC, mecanismo da lesão, status neurológico pré-operatório ou realização de descompressão cirúrgica. Avaliando a localização e padrão de fratura, observou-se significância estatística (p<0,05) na localização da lesão - D12(n=6)(IC=2;IL=4); L1(n=17)(IC=4;IL=13); L2(n=9)(IC=8;IL=1), classificação das fraturas segundo Magerl – A3.1(n=15)(IC=9;IL=6); A3.2(n=11)(IC=4;IL=7); A3.3(n=6)(IC=1;IL=5) e severidade das mesmas segundo o score LSC (média=6,2(SD=0,8))(IC=5,9;IL=6,4). O grupo IC apresentava uma ACL pré-operatória de 14,6º; redução intra-operatória de 7,9º (p<0,05); No follow-up final com perdas de 1,3º (p>0,05); Grupo IL com ACL pré-operatório de 15,6º; redução intra-operatória de 9,3º (p<0,05); No follow-up final com perdas de 1,3º (p>0,05). Entre os dois grupos não foi encontrada variância estatística (p>0,05) em qualquer das medições. Funcionalmente verificaram-se bons resultados gerais: ODI (média=30,5(SD=14,6));(IC=29,1;IL=31,6), VAS (média=3,3(SD=1,9));(IC=3,2;IL=3,4), sem significado estatístico (p>0,05) entre grupos. Foi encontrado valor preditivo positivo com significância estatística (p<0,05) para o grupo IL para um follow-up mais prolongado, presença de lesões concomitantes (IC=2;IL=7) e DWS mais baixos. Não ocorreram falências da instrumentação. Apresentamos como complicações cirúrgicas 2 infeções (IL=2) e duas fístulas de líquor (IC=1;IL=1) em doentes que necessitaram de descompressão.

Discussão:
Não se verificou agravamento do estado neurológico, aumento da taxa de complicações perioperatórias ou de perdas de redução no follow-up no grupo IC. Em teoria, a IC permite um ponto de fixação adicional, contribuindo em parte para a redução da fratura e também proporcionando um efeito de preenchimento, evitando o colapso. A presença de lesões concomitantes e de fraturas com mais alto grau de complexidade são indicativos da maior severidade do trauma, o que terá motivado a realização de uma técnica mais conservadora como a IL. Esta apresentou, no entanto, um maior risco de complicações (OR=2,6). As opções pela IL nos segmentos D12 e L1 poderão ser explicadas pela prevalência de maior cominução da fratura e assim maior risco de falência das instrumentações. Já em L2, o objectivo da opção cirúrgica terá sido a tentativa de preservação da mobilidade da col

---

CL177 - **Cimentação percutânea em fracturas transtrocantéricas estabilizadas com osteossíntese endomedular**

João Sarafana, R. Correia Domingos, Gonçalo Viana, Hermengarda Azevedo, Fernando Xavier, Carlos Evangelista
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
As fracturas transtrocantéricas do fémur proximal constituem a lesão traumática mais frequentemente operada e apresentando a maior taxa de mortalidade em monotrauma. Ocorre sobretudo em doentes idosos. A degradação do capital ósseo no doente osteoporótico geriátrico aumenta o risco de falência de osteossíntese. A utilização de cimento polimetilcrilato na fixação do implante na cabeça femoral aumenta a estabilidade de fixação em estudos biomecâmicos e cadavéricos, mas há ainda poucos estudos clínicos de avaliação desta técnica. Realizámos um estudo retrospectivo para avaliar a eficácia e prognóstico da osteossíntese endomedular com cimentação no tratamento de doentes idosos com fracturas transtrocantéricas comparativamente à técnica endomedular tradicional.

Material e Métodos:
Foram avaliados 94 doentes com fracturas transtrocantéricas operados entre Janeiro 2009 e Dezembro 2012, com idade média de 84,8 anos (68-103) dos quais 79,8% (75) eram do sexo feminino e 60,6% (57) apresentavam fractura com padrão estável (classificação AO 31A1) e 39,4% (37) apresentavam fractura instável (classificação AO 31A2 ou AO 31A3). Todos os doentes foram tratados com osteossíntese endomedular (PFNa). Os doentes foram incluídos em 2 grupos: Grupo A - 55 (58,5%) doentes submetidos a osteossíntese sem cimentação (44 com seguimento =3 meses). Grupo B - 39 (41,5%) doentes em que foi administrado cimento cefálico no interface lâmina-ósso por via percutânea (37 com seguimento =3 meses). Foi avaliada a qualidade óssea com índice radiológico de Singh, o índice de Baumgartner e consolidação radiológica. Foram avaliados os tempos cirúrgicos, variações de hemoglobina nas primeiras 24h e registada a capacidade de marcha e dor antes da fractura e aos 3 meses de follow-up. Foi possível fazer seguimento clínico de 81 doentes (46 do grupo A e 35 do grupo B). Nestes, o follow-up médio foi de 14 meses (3-41 meses).

Resultados:
O tempo operatório médio foi 29 min no grupo A e 34 min no grupo B, a descida média de hemoglobina de 1.9 g/dL nos dois grupos. O índice de Singh médio no grupo A foi de 3,5 e no grupo B de 4,9. O índice de Baumgaertner médio no grupo A foi de 28 mm e no grupo B de 32 mm. (N= 94) A taxa de mortalidade total a um ano foi de 25,0% - 16 doentes(N=64); no grupo A 23,7%(9 doentes; N=38); no grupo B 26,9%(7 doentes; N=26) Nos doentes vivos avaliados aos 3 meses (N=78) verificou-se diminuição na capacidade de marcha em 28 (35,9%), 16 no grupo A (36,4%; N=44) e 12 no grupo B (35,3%; N=34)

Discussão:
Na amostra avaliada ocorreu uma complicação relacionada com a cirurgia – "cut-out" de cabeça – num doente do grupo A. 3 doentes tiveram causas de morte associadas à fractura – 1 por pneumonia nosocomial no internamento, 1 por trombo-embolismo pulmonar ás 10 semanas de pós-operatório, 1 por sépsis com origem em úlcera de pressão em doente sem potencial de marcha 4 meses após cirurgia. Verificou-se um aumento do índice de Baumgaertner nos doentes do grupo B, relacionado com centralização da lâmina na cabeça do fémur de forma a minimizar o risco de fuga articular de cimento. Não houve associação do mesmo com aumento de taxa de cut-out. Não houve variação significativa na avaliação de qualquer outra variável entre os 2 grupos.

Conclusão:
Acreditamos que a cimentação da cabeça femoral no tratamento de fracturas transtrocantéricas em doentes idosos e osteoporóticos poderá melhorar a estabilidade do implante e reduzir a taxa de complicações e de segundas cirurgias, assegurando, a médio-longo prazo, uma diminuição da mortalidade. É uma técnica com vantagens biomecânicas indiscutíveis mas que carece ainda de estudos clínicos a longo prazo, pelo que consideramos essencial a continuação da investigação nesta área.

CL178 - **Existem fatores preditivos do resultado funcional após tratamento cirúrgico de fraturas bimaleolares tipo B de Weber?**

Sofia Esteves Vieira, Sandra Martins, Diogo Robles, Joana Leitão, Fernando Silva, Jorge Alves
(Centro Hospitalar do Tamega e Sousa)

Introdução:
As fraturas do tornozelo são comuns. A incidência pode variar de 223 a 248/100000 pessoas/ano. Afeta de igual

modo ambos os sexo e resulta, geralmente, de traumatismos de baixa energia. A restauração anatómica da articulação é a chave para o sucesso do tratamento. O objetivo deste estudo é identificar na nossa população fatores preditivos de piores resultados funcionais após tratamento cirúrgico de fraturas bimaleolares do tipo B de Weber.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo de uma série de 45 doentes, 45 tornozelos, submetidos a tratamento cirúrgico por fratura bimaleolar ou bimaleolar-equivalente tipo B de Weber, no período de Junho de 2011 a Maio de 2012. Foram excluídos do estudo doentes com outras fraturas associadas, incluindo fratura do maléolo posterior. O Follow-up médio foi de 9,6 meses. Todos os doentes foram submetidos a avaliação clínica, radiológica e funcional. Foi avaliado o tipo de fratura, idade, sexo e IMC do doente, tempo de espera até cirurgia e tempo de internamento. Avaliação funcional pelo Score AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society). Os dados foram tratados em Graph Pad Prism v6®.

Resultados:
Foram avaliados 45 tornozelos de 45 doentes, 71,11% do sexo feminino, idade média de 50,51 anos e IMC médio 26,97 Kg/m2. 60% dos doentes apresentavam fraturas bimaleolares tipo B de Weber e 40% fraturas bimaleolar-equivalente. 28,89% dos doentes foram operados no dia do internamento, 51,11% no dia seguinte, 13,33% no 2º dia e 6,67% no 3º dia. O tempo médio de internamento foi 3,29 dias. Score AOFAS médio foi 89,51. Procedeu-se ainda à comparação do score AOFAS entre géneros, escalão etário (idade inferior <50 anos vs > 50 anos),tipo de fractura (clássicas vs fraturas equivalentes), tempo de espera ate cirurgia (dia 0-1 vs dias 2-3) assim como IMC (<25 kg/m2, IMC = 25 Kg/m2 e <30 Kg/m2 e IMC = 30 Kg/m2). Foram encontradas diferenças com significado estatístico relativamente ao Score AOFAS entre os tipos de fractura (p=0,005), com piores resultados nas fracturas bimaleolares-equivalentes. Também nos doentes com IMC = 30 Kg/m2 o Score AOFAS foi mais baixo, quando comparado com doentes com IMC <25 kg/m2 (p<0,01), mas não em comparação com o grupo de IMC =25 e <30 Kg/m2.

Discussão:
Os resultados obtidos após tratamento cirúrgico neste tipo de fraturas são bons (Score AOFAS médio 89,51). A análise dos vários parâmetros referidos revelou que as fraturas bimaleolares-equivalentes estão associadas a piores resultados funcionais (p=0,005), provavelmente relacionados com a lesão do ligamento deltóide e sua cicatrização, com perda de função na estabilização da articulação. Também o IMC=30Kg/m2 está associado a piores resultados funcionais (p<0,01). Este resultado tem sido documentado por outros autores e parece estar associado à sobrecarga mecânica a que a articulação está sujeita. Nesta serie não houve diferenças com significado estatístico no que respeita ao resultado funcional em comparação ao sexo e timming da cirurgia. A idade tem sido associada a piores resultados funcionais, contudo, na nossa serie também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Conclusão:
Apesar dos bons resultados associados ao tratamento cirúrgico das fraturas bimaleolares e bimaleolares-equivalentes tipo B de Weber, parece existir fatores que condicionam um pior prognóstico, como o IMC=30 mg/m2 e a lesão do ligamento deltóide.

CL179 - **Lesiones de Morel-Lavallèe: revisión bibliográfica y serie de casos.**
Adrián Gallego Goyanes, SEiras Leborans, SEscanlar Amhaz, EPombo Del Rio, Jr Caeiro-rey
(Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela)

Introdução:
La lesión de Morel-Lavallée es una patología poco frecuen¬te que se asocia a traumatismos directos o cizallantes en la re¬gión trocantérica o a nivel lumbo-sacro. Se presenta frecuentemente en pacientes politraumatizados y consiste en una lesión del tejido subcutáneo que origina un hematoma-seroma suprafascial. Se decide revisión de los casos diagnosticados y tratados en nuestro servicio en el periodo comprendido entre 2010 y 2012.

Material e Métodos:
Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de corte. Se incluyeron 10 pacientes, con edades entre 18 y 77 años con diagnóstico clínico de lesión de Morel-Lavallée. De ellos, cuatro eran varones y seis mujeres. Del total de pacientes revisados, el 25% fueron considerados politraumatizados, el 50% presentaron fracturas aisladas asocia¬das en otra región anatómica, y el 25% restante no presentó lesiones óseas ni contusiones en otras regiones. El tamaño se

correlacionó con la intensidad del traumatismo y la presencia de lesión ósea subyacente, encontrada en cuatro de ellos.

Resultados:
En nuestra serie se objetivó un aumento del número de casos en los últimos años, en posible relación con la mayor sospecha clínica por parte del cirujano. El diagnóstico se realizó en la mayoría de los casos clínicamente, aunque posteriormente se realizaron pruebas de imagen para su confirmación. El 30 % (tres) de los casos tuvieron buena evolución con tratamiento conservador. El 70% (siete) de los casos fueron tratados quirúrgicamente, mayoritariamente de forma aguda: uno con cirugía abierta mediante una pequeña incisión y los restantes con drenaje y aspiración percutánea. Uno de ellos precisó nuevo drenaje . Además, dos casos presentaron necrosis cutánea y solo uno de ellos recidivó. De nuestra seria tres casos tuvieron cultivos positivos del liquido drenado.

Discussão:
Tras el análisis de los datos obtenidos de la revisión de este caso podríamos decir que, la mayoría de las lesiones de Morel-Lavallèe se pueden sospechar clínicamente, debiendo posteriormente ser confirmadas con pruebas de imagen.

Conclusão:
Con nuestras experiencia y la literatura revisada, queremos orientar la decisión terapéutica, la que se debe basar en la gravedad de la lesión en el momento del diagnóstico, la evolución, y la sintomatología acompañante. De tal forma que el mecanismo lesional no modifique la indicación terapéutica. Las opciones terapéuticas principales que se usan son: tratamiento conservador, drenaje percutáneo y cirugía abierta. Debiendo escoger bien el tratamiento por el riesgo de recidiva.

CL180 - **Tratamento cirúrgico de fracturas da tacícula radial: avaliação de resultados no período de 1995 a 2012**

João Neves, Miguel Carvalho, Amílcar Araújo, Mafalda Batista, Mónica Vasconcelos, Nuno Fachada
(Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal)

Introdução:
As fracturas da tacícula radial são lesões frequentes, representando 33% das fracturas do cotovelo, estando associadas a outras lesões. Resultam essencialmente de carga axial aplicada no antebraço. Estando associada a outras lesões pode ser problemática uma vez que pode contribuir para a instabilidade do cotovelo. A classificação de Mason é a mais usada e permite orientar tratamento.

Material e Métodos:
O objectivo do presente é estudar os resultados clínico-funcionais das fracturas submetidas a tratamento cirúrgico no nosso hospital. Estudo retrospectivo com avaliação clínica e funcional de todos doentes com fracturas da cabeça do rádio tratadas cirurgicamente no período de 1995 a 2012. Avaliação das mobilidades articulares, utilização da escala funcional Disabilities of Hand, Arm and Shoulder (DASH) para avaliação funcional. Os doentes foram estratificados em 3 grupos: taciculectomia, osteossíntese e artroplastia. Procuramos correlações entre idade, classificação da fractura, tempo de imobilização e método cirúrgico com os resultados funcionais. Identificação das complicações ocorridas.

Resultados:
A nossa amostra é constituída por 152 doentes, 80 mulheres (52,63%) e 72 homens (47,37%), com idades entre 24 e 73 anos (média 47,7 anos), tendo um follow-up mínimo de 6 meses. O cotovelo direito foi atingido em 83 doentes (54%) e o esquerdo em 69 doentes (46%). Na etiologia surge acidente desportivo em 12 casos, acidente de trabalho em 26 casos, acidente de viação em 15 casos, acidente pessoal – queda em 92 casos e de etiologia desconhecida em 7 casos. Na classificação de fracturas surge: 13 descolamentos epifisários (8,56%), Mason II em 42 doentes (27,63%), Mason III em 60 doentes (39,47%), Mason IV em 37 doentes (24,34%). A distribuição de doentes por tratamento cirúrgico efectuado: osteossíntese em 48 casos , taciculectomia total em 39 casos, excisão de fragmento em 8 casos e artroplastias em 57 casos (24 próteses de silicone, 3 próteses metálicas e 30 próteses modulares em pirocarbono). Na avaliação das mobilidades articulares dos cotovelos, verificámos arco de mobilidade completo em 74 doentes (48,68%), 30-120º em 56 doentes (36,85%), < 30-120º em 22 doentes (14,47%). Na aplicação da escala funcional DASH temos: pontuação < 10 em 77 casos (50,7%), 10-20 em 61 casos (40,1%), > 20 em 14 casos (9,2%). No capítulo das complicações registamos: 8 casos de cubitus valgus, instabilidade da radio-cubital distal em 3 casos de

taciculectomia, conflito mecânico com material de osteossíntese em 2 casos, sinostose rádio-cubital proximal em 2 casos de osteossíntese, descolamento de prótese em 4 casos de artroplastias modulares e um caso de prótese metálica , neuropraxia do radial em 3 casos.

Discussão:
A fractura foi mais prevalente nas mulheres e no membro dominante na população estudada,

mais de 50% decorrente de acidente pessoal. Em mais de 2/3 dos casos regista-se bons e excelentes resultados funcionais, e 85% dos cotovelos com mobilidades dentro do arco funcional. Piores resultados foram registados nas fracturas-luxação. As lesões grau III e IV de Mason são, normalmente, tratadas por artroplastia ou excisão simples. No entanto, a simples excisão está associada a laxidez ligamentar e instabilidade do cotovelo e radio-cubital distal. As próteses de silicone estão associadas a osteólise periprotésica no longo prazo, enquanto as próteses modulares aparentam ter um perfil de segurança e durabilidade superior. Os piores resultados surgem nas funções que implicam extensão do cotovelo, sendo menos incapacitante para os doentes.

Conclusão:
Uma selecção criteriosa das indicações e correcta execução da técnica cirúrgica são fundamentais para o sucesso do tratamento cirúrgico. A opção pela taciculectomia em lesões mais graves, mas associada a piores resultados no longo prazo. Efectuada em grande escala no passado, hoje parece ser cada vez menos a escolha no tratam

---

CL181 - **Tratamento de fracturas subcapitais do fémur descoaptadas em doentes activos. A hemiartroplastia é uma boa hipótese?**
Ricardo Tomás Alves, Ana Bia, Pedro Castelhanito, António Seco, José Martins, José Mateus
(Centro Hospitalar do Oeste)

Introdução:
As fracturas do colo do fémur são das mais frequentes na população, sendo que cerca de 50% destas correspondem a fracturas subcapitais descoaptadas e têm por isso um grande impacto na nossa actividade profissional. No caso de doentes com limitação da mobilidade ou alteração da função cognitiva, o método de escolha para tratar estes doentes recai sobre a hemiartroplastia unipolar cimentada. Contudo, no caso de doentes activos, a escolha terapêutica é controversa. Existem várias alternativas para o tratamento destas lesões, nomeadamente a redução e fixação da fractura, a hemiartroplastia bipolar e a artroplastia total da anca. A utilização de cada uma destas opções varia consideravelmente entre os diferentes cirurgiões e Serviços de Ortopedia. Todos os métodos têm vantagens e desvantagens, não existindo na literatura estudos que demonstrem uma elevada superioridade de um tratamento em relação aos restantes. O nosso trabalho teve como objectivo realizar uma avaliação retrospectiva dos doentes activos com fractura subcapital do fémur, e que foram submetidos a uma hemiartroplastia bipolar como opção terapêutica.

Material e Métodos:
Realizámos um estudo retrospectivo dos doentes com fractura subcapital do fémur submetidos a hemiartroplastia bipolar entre 1998 e 2008. Como critérios de inclusão no estudo, considerámos doentes activos, com 65 anos ou menos. No período referido foram realizados 141 hemiartroplastias bipolares, sendo que destes, apenas 32 doentes correspondiam aos critérios de inclusão. Para este grupo determinámos a taxa revisão da prótese bipolar, bem como a taxa de infecção. À data do trabalho, dos 32 doentes incluídos no estudo, 11 tinham já falecido. Assim, aos 21 doentes sobreviventes fizemos uma avaliação clínica em consulta de follow-up, aplicando o Harris Hip Score e o Short-Form 12 (SF-12). Realizámos também uma avaliação radiológica para avaliar o desgaste da cavidade acetabular.

Resultados:
Para o grupo dos 32 doentes, a média de idades dos doentes na altura da cirurgia era de 60,1 anos (43 anos – 65 anos). A taxa de revisão da hemiartroplastia é de 9,38% (3 casos) e a taxa de infecção é de 3,125% (1 caso). Não há registo de nenhum caso de luxação. Na avaliação clínica realizada aos 21 doentes ainda vivos obtivemos um Harris Hip Score médio com a classificação de Bom. No SF-12 obtivemos um score médio de 48,1 para a Physical Composite Scale (PCS) e 42,5 para a Mental Composite Scale (MCS). Na avaliação radiológica não observámos desgaste acetabular significativo em nenhum caso. O follow-up médio é de 10,24 anos (5 anos - 15 anos).

Discussão:

Consideramos os resultados obtidos positivos, já que para um tempo de follow-up médio elevado, obtivemos uma baixa taxa de revisão, bem como de infecção. Para além disso, a avaliação clínica e radiológica tiveram resultados satisfatórios. Assim, os dados por nós obtidos não são inferiores aos encontrados na literatura em meta-análises de artroplastias totais da anca em contexto de fracturas subcapitais do fémur.

Conclusão:
Uma vez que a hemiartroplastia bipolar demonstra não ser inferior à artroplastia total da anca e que se trata de uma intervenção tecnicamente mais simples e menos onerosa, consideramo-la uma opção de tratamento válida perante uma fractura subcapital do fémur em doentes jovens e activos.

CL182 - **Avaliação funcional e das complicações pós operatórias em doentes com patologia traumática da extremidade lateral da clavícula tratados com placa gancho.**

Manuel Caetano, Alfredo Figeuiredo, Alexandre Brandão, Pedro Simões, Joana Bento, Rui Cabral (CHUC)

Introdução:
A patologia traumática da extremidade lateral da clavícula é frequente e está associada a traumatismos directos do ombro sobretudo em doentes jovens. As fracturas da extremidade lateral da clavícula correspondem a cerca de 15% de todas as fracturas da clavícula. As fracturas tipo II de Neer são instáveis e podem estar associadas a lesão dos ligamentos coroco-claviculares. Por esse motivo, as complicações associadas a esta patologia nomeadamente os atrasos de consolidação e a Pseudartrose podem atingir os 35%. As luxações acromio-claviculares agudas tipo III de Rockwood, em que existe rotura dos ligamentos conoide e trapezoide e dos ligamentos acromio-claviculares são também lesões instáveis e o seu tratamento sobretudo em doentes jovens deve ser cirúrgico com o objectivo de atingir a cicatrização ligamentar e evitar instabilidade da articulação, dor e evolução para artrose acromio-clavicular. Estão descritas várias técnicas cirúrgicas para o tratamento de ambas as patologias, os autores avaliaram os resultados funcionais e as complicações pós operatórias relacionadas com o tratamento destas patologias utilizando uma placa gancho.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo baseado na avaliação dos doentes submetidos a osteossíntese de fracturas do 1/3 distal da clavícula tipo II de Neer e fixação de luxações acrómio-claviculares tipo III de Rockwood com placa gancho desde 2011. Os doentes foram seguidos em consulta externa e avaliada a consolidação das fracturas e a estabilidade da articulação acromio-clavicular através da radiografia. A avaliação funcional após remoção do material de osteossínte foi realizada utilizando o score de Constant.

Resultados:
Série constituída por vinte doentes, dezanove do sexo masculino e um do sexo feminino com uma média de idades de 38,2 (19-74) anos. Treze doentes (65 %) apresentaram-se com luxações acrómio-claviculares tipo III de Rockwood e 7 (35%) com fracturas da extremidade distal da clavícula tipo II de Neer. Relativamente às complicações precoces, verificou-se uma infecção aguda (5%) tratada com limpeza cirúrgica sem necessidade de revisão da osteossínte e uma desmontagem de material (5%) que motivou re-intervenção e nova osteossíntese. A consolidação das fracturas do 1/3 lateral da clavícula aos 4 meses pós-operatório foi de 100% e não houve recidiva da luxação nos doentes já submetidos à remoção do material. A avaliação funcional preliminar aos doentes que já retiraram o material utilizando o score de constant revelou em 86% dos casos resultados excelentes.

Discussão:
O tratamento cirúrgico das fracturas da extremidade lateral da clavícula tipo II de Neer e das luxações acrómio-claviculares tem sido alvo de discussão nos últimos tempos. Existem diversas técnicas descritas, sendo que a aplicação da placa gancho é mais uma técnica à disposição para o tratamento destas patologias. Surgiram na literatura vários relatos de complicações relacionadas com a técnica, nomeadamente osteólise do acrómio, rotura da coifa dos rotadores e conflito sub-acromial. No entanto, nas séries estudadas em que a placa é extraída após consolidação da fractura ou cicatrização ligamentar, estas complicações são reduzidas e os resultados funcionais bastante satisfatórios. Deste modo, esta técnica é uma mais valia no tratamento destes doentes, sendo que a necessidade de uma segunda intervenção para a extracção do material é uma desvantagem que pode ser compensada pelos bons resultados finais alcançados.

Conclusão:
A utilização da placa gancho em lesões do 1/3 distal da clavícula e articulação acromio-clavicular com indicação cirúrgica apresentou bons resultados funcionais e taxas de complicação baixas sendo uma técnica a considerar no tratamento destas patologias.

CL183 - **Tratamento das fraturas expostas da tíbia com uma cavilha intramedular bloqueada com um núcleo de libertação de antibióticos (SAFE DualCore Universal). Estudo comparativo com cavilha intramedular bloqueada standard.**
Nuno Craveiro Lopes, Carolina Escalda, Manuel Leão
(Hospital Garcia de Orta)

Introdução:
O objetivo deste estudo foi comparar a evolução clínica e os resultados radiográficos de uma cavilha bloqueada com um núcleo de PMMA libertador de antibióticos com cavilhas standard, para o tratamento das fraturas expostas da tíbia.

Material e Métodos:
Estudo prospectivo, controlado, incluindo 30 doentes com fraturas expostas da tíbia. Foram divididos em dois grupos de acordo com o método de tratamento: Grupo I (STD), composto por 14 doentes tratados por encavilhamento bloqueado diferido com uma cavilha standard, após um período de tratamento antibiótico e repouso no leito. Grupo II (SAFE) composto por 16 doentes tratados com cavilha intramedular bloqueada com um núcleo de cimento de PMMA com antibióticos, 5 dos quais tiveram uma estabilização provisória com um fixador externo. Os antibióticos escolhidos para impregnar a cavilha SAFE nos casos sem bacteriologia prévia, foram a vancomicina (2gr) e flucloxacilina (2gr).

Resultados:
Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em relação aos dados demográficos (idade, sexo), tipo de fratura e grau de exposição (p> 0,05). O tempo médio de acompanhamento foi de 2,4 anos (5 meses a 4 anos) para o grupo EBD e 2,1 anos (4 meses a 3 anos) para grupo SAFE. 15 dos 30 doentes tiveram bacteriologia positiva, incluindo 13 casos com agentes agressivos, predominando os grupos Enterobacter, Enterococos, Pseudomona e MSSA. A taxa de infeção após encavilhamento foi de 43% (6/14 casos) para o grupo STD e 6% (1/16 casos) para o grupo SAFE, uma diferença estatisticamente significativa (p=0,02) O tempo médio de consolidação foi de 7,5 meses (3 meses a 1,5 anos) para o grupo STD e 4,5 meses (2 meses a 8,5 meses) para o grupo SAFE, uma diferença estatisticamente significativa (p=0,02) A taxa de complicações foi de 64% (9/14) no grupo STD e 25% (4/16) para o SAFE, diferença estatisticamente significativa (p=0,03). Os 7 casos de encavilhamento que vieram a infectar, foram tratados com cavilhas com cimento impregnado com antibióticos em 6 casos, dos quais 5 curaram a infecção e um recidivou tendo sido tratamento com o método de Ilizarov. Um caso de encavilhamento STD infectado foi tratado com antibioterapia supressiva contínua até à consolidação da fractura e curou a infecção após retirar a cavilha ao fim de 8 meses e meio.

Discussão:
Observámos que as fracturas expostas da tíbia tratadas com as cavilhas SAFE apresentaram, com diferenças estatisticamente significativas, uma menor taxa de infecção, uma consolidação mais rápida e menos complicações, comparativamente com o tratamento com cavilhas standard diferidas.

Conclusão:
A cavilha SAFE DualCore Universal, é um dispositivo biologicamente activo, libertador de antibióticos eficaz para o tratamento das fracturas expostas da tíbia. Comparativamente com outros dispositivos semelhantes existentes no mercado, tem a vantagem de permitir a escolha do tipo e dose do antibiótico, de permitir a fixação com parafusos de segmentos intermediários, de encurtar os períodos de internamento e o tempo de tratamento, reduzindo os custos associados a esta patologia.

CL184 - **"A vida por um fio" – complicação após fixação de fractura da extremidade proximal do úmero**
Joana Arcângelo, Augusto Martins, Jorge Gomes
(Centro Hospitalar Lisboa Central)

Introdução:
Desde o seu início, na década de 30, a osteossíntese com fios de Kirschner tem sido um técnica frequentemente utilizada, nomeadamente ao nível da extremidade proximal do úmero, reduzindo a agressão das partes moles e providenciando um método indirecto de redução da fractura e sua estabilização provisória até que ocorra consolidação óssea. Este procedimento, tal como qualquer outro, não é isento de

complicações. A migração intratorácica do fio de Kirschner é rara mas potencialmente fatal e é uma complicação que exige uma abordagem multidisciplinar imediata.

Material e Métodos:
Doente de 69 anos, sexo feminino, submetida a osteossíntese com três fios de Kirschner por fractura da extremidade proximal do úmero esquerdo. Doze dias depois da intervenção cirúrgica recorre ao Serviço de Urgência por queixas álgicas ao nível da região escapular esquerda. Na observação da doente objectivava-se a ausência de um dos fios usados na osteossíntese. Efetuou radiografia do ombro esquerdo que revelou a migração desse mesmo fio de Kirschner para a região torácica. No próprio Serviço de Urgência efetuou-se ecografia transtorácica que permitiu verificar que o fio se movimentava acompanhando os batimentos cardíacos. A tomografia computorizada torácica confirmou a presença do fio de Kirschner no hemitórax esquerdo, apresentando-se a sua extremidade interna ao nível da parede externa da emergência do tronco da artéria pulmonar em contacto íntimo com a mesma, na sua origem intrapericárdica. Associavam-se pequeno hemopneumotoráx e hemopericárdio. Foi contactada a Cirurgia Cardio-Torácica que procedeu a toracotomia lateral esquerda pelo quarto espaço intercostal, identificando-se o trajecto do fio de Kirschner através da cavidade pleural esquerda, provocando ferida transfixiva do lobo superior e perfuração do pericárdio, atingindo o tronco da artéria pulmonar com ferida puntiforme da mesma. Após cerclagem da artéria pulmonar à volta do orifício de entrada do fio procedeu-se à sua remoção e sutura do vaso.

Resultados:
No pós-operatório a doente manteve-se estável. Do seguimento posterior não há a registar qualquer sequela no que diz respeito às lesões infligidas pelo fio migrado.

Discussão:
Casos de migração intratorácica de fios de Kirschner têm sido descritos desde 1943 e pensa-se que esta ocorra devido à ação muscular, à pressão intratorácica negativa associada com a respiração, pela reabsorção regional de tecido ósseo e devido à própria força gravitacional. O tempo decorrido desde a colocação do fio e a migração para o toráx, numa revisão de 47 casos desde 1943 a 1981, variou desde um dia a 21 anos, sendo o risco mais elevado nos primeiros dias. O passo mais importante na prevenção desta complicação consiste na dobragem folgada da extremidade livre do fio evitando a sua colocação em sentido descendente. Contudo, esta medida não previne a migração de um fio que sofra ruptura e como tal é mandatório o seguimento apertado do doente com controlo radiográfico periódico (semanal no primeiro mês) até remoção do fio.

Conclusão:
Pretende-se chamar a atenção para uma complicação, felizmente rara, mas que pode ter consequências desastrosas se não for detectada e tratada atempadamente. Tendo em conta a rapidez com que se pode instalar uma situação potencialmente perigosa para a vida do doente, o início da migração de um fio de Kirschner não deve ser encarado com uma atitude contemplativa, pelo contrário, medidas urgentes devem ser tomadas com vista à extração imediata do fio migrado.

CL185 - **Resultados funcionais do tratamento conservador de fracturas do terço médio da clavícula com desvio**

Virginia Do Amaral, Joana Leitão, Diogo Robles, Sandra Martins, Sara Silva, Carlos Sousa
(Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE)

Introdução:
As fracturas da clavícula representa 2,6 a 5% de todas as fracturas, sendo que as localizadas no terço médio correspondem a 69 a 82% dos casos, acometem na sua maioria jovens adultos. As fracturas do terço médio com desvio são classicamente tratadas conservadoramente, no entanto estudos recentes apontam para uma alta taxa de morbilidade e de complicações associadas

Material e Métodos:
Analisámos 19 doentes (15 sexo masculino e 4 sexo feminino, com idades média de 40,6 anos) que apresentavam fracturas do terço médio com desvio da diáfise da clavícula (tipo 2B de Robinson). Todos tratados conservadoramente com follow-up médio de 5,3 meses, os resultados foram avaliados através do score Constant-Murley e do questionário QuickDASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), foram ainda interrogados à cerca da satisfação após o tratamento.

Resultados:
Os doentes foram imobilizados com cruzado posterior (21,1%) e com suspensor braquial (78,9%), tendo o ultimo grupo apresentado maior grau de satisfação no tratamento (p<0,05). Os doentes tratados com cruzado posterior recorreram novamente ao Serviço de Urgência principalmente por queixas de dor e parestesias ao nível dos membros inferiores (p<0,05). Apenas 1 doente apresentou atraso de consolidação. Sendo que o número de complicações associadas (encurtamento < 2cm e presença de tumefação por protusão do calo ósseo acometeram 42,1% dos doentes). A média do score Constant foi de 71, 5, e o DASH médio de 19,8 indicando incapacidade residual substâncial.

Discussão:
O tratamento conservador é o mais usado nas fracturas do terço médio da clavícula, estando o tratamento cirúrgico reservado a casos específicos, como nas compressões neurovasculares, nas fracturas expostas ou nas fracturas que apresentam risco eminente de perfuração da pele. Tal como descrito na literatura na série apresentada, o tratamento conservador está associado deficits funcionais substanciais. Apresentando os doentes um menor grau de satisfação e uma menor tolerância ao tratamento com cruzado posterior. O uso de cruzado par a imobilização não apresenta diferenças, tanto no alinhamento como na consolidação destas fracturas.

Conclusão:
O melhor tratamento para as fracturas com desvio do terço médio da clavícula continuam a ser tema de debate. Tradicionalmente, os estudos apontavam bons resultados com deficits funcionais mínimos após o tratamento conservador de fracturas da clavículas, no entanto estes resultados estão abaixo dos espectados. Estudos mais recentes revelam melhores resultados funcionais e menores taxas de atraso de consolidação e pseudartrose, com tratamento cirúrgico. São portanto necessários mais estudos no sentido de orientação para o tratamento destas fracturas.

CL186 - **Fracturas trocantéricas – analisar para melhorar**

Maria Luísa Fardilha, Renato Neves, Raul Cerqueira, Ana Façanha, Susana Pinto, Afonso Ruano
(Unidade Local de Saude do Nordeste)

Introdução:
O envelhecimento da população portuguesa levou a um aumento expressivo do número de fracturas de fragilidade tratadas nas nossas Unidades Hospitalares. Dentro destas, as fracturas trocantéricas têm um impacto fortíssimo, pela sua incidência e atingimento do ponto de vista do estado geral e funcional do indivíduo e pelo custo económico que representam.

Material e Métodos:
Procedeu-se à análise retrospectiva dos processos electrónicos, registos operatórios, imagiológicos e analíticos de todos os doentes com fracturas trocantéricas 31.A1, A2 e A3 (classificação AO/OTA) submetidos a tratamento cirúrgico na nossa instituição, de 21 de Maio de 2011 a 28 de Maio de 2012. Excluíram-se todos os casos em que não foi possível aceder à totalidade da informação, cumprindo os critérios pré-estabelecidos 133 doentes. Analisaram-se os seguintes parâmetros: idade, padrão de fractura, implante escolhido, perdas hemáticas operatórias, necessidade de terapia transfusional pré e pós-operatória, número de dias de internamento, destino após a alta, mortalidade global no 1º ano, durante o internamento e aos 3 meses pós-intervenção, complicações intra-internamento, aos 3 meses e tardias (até ao 1º ano), médicas e/ou ortopédicas.

Resultados:
A média de idades da população estudada é de 83,8 anos, distribuindo-se os 133 casos em 14,7% de fracturas tipo 31.A1; 36,1% tipo 31.A2 e 25,6% tipo 31.A3. Constatou-se um claro predomínio da opção por osteossíntese com cavilha endomedular proximal do fémur em relação ao DHS (84,96% vs.15,0%), independentemente do tipo de fractura. Registou-se uma queda de hemoglobina média pós-operatória de 2.03G/dL, mais acentuada após osteossíntese endomedular (2.09g/dL) que após DHS (1.71g/dL). Durante o período de internamento, ocorreram complicações em 38 casos, das quais apenas 4 relacionadas com aspectos cirúrgicos (infecção de ferida operatória ou hematoma). Tanto precoce como tardiamente, predominaram as complicações médicas, em especial as infecções respiratórias. Em 7 casos verificaram-se complicações ortopédicas após a alta, 6 nos três primeiros meses, tratando-se em todos de falência da osteossíntese com 'cut-out' do parafuso cefálico, apenas um envolvendo um DHS (falência tardia), 4 cavilhas Gamma3 e 2 cavilhas PTN, sem aparente relação com o tipo de fractura. O destino pós-alta foi o domicílio em 62 casos, Unidade de Cuidados de Convalescença em 25 e instituição particular (Lar)

em 35. O número médio de dias de internamento dos primeiros foi de 8,89 dias, dos segundos 12,52 dias e dos terceiros 7,9 dias. A mortalidade global no primeiro ano foi de 15,8%, de 3,76% durante o período de internamento e 6,8% nos primeiros 3 meses.

Discussão:
As cavilhas endomedulares tornaram-se particularmente populares pela facilidade técnica, rapidez de execução e percepção de menor perda hemática intra-operatória. No entanto, qualquer um dos modelos disponíveis implica maior custo relativamente ao DHS e, apesar de a fixação endomedular apresentar vantagens biomecânicas, não é isenta de complicações. Nesta avaliação, tornou-se óbvio que a escolha do implante frequentemente divergiu das linhas de orientação actuais relativamente ao padrão de fractura e que a osteossíntese com DHS não se associa a maior queda de hemoglobina. Confirmou-se também a percepção de que os doentes referenciados para Unidades de Cuidados de Convalescença têm internamentos mais prolongados. A taxa de complicações foi relativamente baixa, sobretudo tendo em conta a elevada faixa etária da população analisada. Muito provavelmente, este último factor foi determinante no elevado número de complicações médicas registado, apesar de a mortalidade global se enquadrar nos números publicados mais recentemente.

Conclusão:
Embora não podendo intervir nos factores inerentes ao doente, cabe ao cirurgião um papel activo na classificação do padrão de fractura, escolha do implante e qualidade técnica c

---

CL187 - **Fractura periprotésica do fémur na artroplastia total da anca**

Rui Rocha, André Sarmento, Ricardo Santos Pereira, Andreia Ferreira, Maia Gonçalves, Rolando Freitas
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho)

Introdução:
A incidência de fracturas periprotésicas cresceu nos últimos anos. O aumento da esperança média de vida, da qualidade de vida e da utilização terapêutica de artroplastias no tratamento da doença degenerativa e traumática articular contribuíram para que esta patologia tenha hoje uma prevalência de 0,1 a 2,% segundo a literatura. O seu tratamento é complexo e depende de três factores fundamentais: a localização da fractura, a estabilidade da prótese e a qualidade óssea presente. Os autores apresentam um estudo retrospectivo, devidamente enquadrado pela classificação usada, metodologia de tratamento e revisão bibliográfica.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo realizado com 37 doentes operados entre 2007 e 2011 por fracturas periprotésicas femorais em artroplastias da anca. 26 mulheres e 11 homens com idade média de 69,4 anos, mínima de 47 e máxima de 89 anos. O seguimento clínico mínimo foi de 1 ano e o máximo de 5, sendo o médio de 3. Foi usada a classificação de Vancouver para definir o tipo de fractura e o protocolo cirúrgico. O único critério clínico para avaliação final foi o retorno às actividades diárias pré fractura.

Resultados:
A indicação inicial para a artroplastia total foi osteoartrose em 21 (56,8%), fractura do colo do fémur em 14 (37,8%) e necrose avascular da cabeça femoral em 2 (5,4%). 16 próteses eram cimentadas e 21 não cimentadas. 23 (62,2%) na anca direita e 14 (37,8%) na esquerda. O mecanismo de lesão foi queda em 25 (67,6%) dos doentes, trauma directo em 10 (27,0%) e fractura por insuficiência em 2 (5,4%). Quanto ao padrão de lesão, os autores encontraram 21 (56,8%) fracturas oblíquas, 11 (29,7%) transversas e 5 (3,5%) espirais. 29 (78,4%) doentes sofreram a fractura após 3 meses da artroplastia e 8 (21,6%) antes dos 3 meses. Pela classificação de Vancouver encontraram-se 3 (8,1%) tipo A, 8 (21,6%) tipo B1, 16 (43,2%) tipo B2, 4 (10,8%) tipo C. Houve 1 infecção pós operatória, 1 refractura e 2 pseudartroses (todos em fracturas tipo B1). 9 (24%) não voltaram ao mesmo nível de actividade que tinham antes da cirurgia e 3 (8%) morreram no primeiro ano após a fractura.

Discussão:
Os piores resultados encontrados pelos autores verificaram-se nas fracturas tipo B1. A explicação provável passa por um erro de classificação, com a avaliação da integração artroplástica mal definida no pré operatório e subsequentes consequências na escolha e resultado do tratamento. Outro factor a ter em conta é a existência ou não de cimentação, uma vez que vai influenciar o padrão de fractura e o tipo de tratamento. A mortalidade descrita pelos autores é mais baixa do que aquela da literatura. Este resultado dever-se-á ao pequeno número da amostra.

Conclusão:
O sucesso do tratamento das fracturas periprotésicas depende em grande medida da avaliação inicial do doente, uma vez que a maior parte dos insucessos se deve à não identificação precoce do descolamento da haste. O objectivo do tratamento será sempre uma osteossíntese eficaz e uma artroplastia funcionante para um regresso à actividade pretérita sem sequelas. Para isso é crucial classificar correctamente a fractura e, principalmente, a integração da prótese, uma vez que isso será determinante na escolha do tratamento cirúrgico.

CL188 - **Fraturas cervicais ocultas em doentes com Espondilite Anquilosante – a obrigatoriedade da TAC**
Manuel Dos Santos Carvalho, Filipe Duarte, Eurico Monteiro, Artur Antunes, André Rodrigues Pinho, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
Os autores apresentam quatro casos clínicos de doentes com espondilite anquilosante que se apresentaram no serviço urgência com episódios de cervicalgia/braquialgia após trauma minor com alguns dias de evolução e uma fractura cervical oculta nao identificada inicialmente pelos estudos imagiol+ogicos complementares e que se veio a identificar posteriormente.

Material e Métodos:
Casúistica de 4 casos com avaliação através de consulta processual dos parametors: sexo , idade, follow up , mecanismo lesao, tempo de demora diagnóstico, sintomatologia, escala Frankel ao diagnóstico, o estudo radiográfico inicial, assim como o estudo por Tomografia computadorizada (TC) e/ou Ressonância Magnética. Apresentam resultado clínico e radiológico per e pós-operatório e os resultados funcionais com escala Oswsestry.

Resultados:
Apresentam 4 casos (3 Homens, 1 mulher) com Espondilite Anquilosante (idades compreendias entre 56-71 anos) que se apresentam no serviço de urgência com queixas de cervical/braquialgias após média 6.25 dias (2 - 10dias) de traumatismo minor. Todos sem défices motores/sensitivos. Diagnóstico de fractura cervical C6-7 feito por Tomografia Axial Computadorizada, após suspeita clínica com Rx aparentemente sem alterações. Submetidos a fixação vertebral anterior C6-7 com aplicação cage, Sem quaisquer intercorrências pos-operatórias ou ao follow up mínimo 8 meses.

Discussão:
Os pacientes com espondilite anquilosante (EA) são vulneráveis a fraturas da coluna cervical.Dor de longa data pode mascarar os sintomas da fratura. O RaioX convencional pode não identificar a fractura devido à anatomia distorcida, ligamentos ossificados e artefactos levando ao atraso no diagnóstico e no aumento da risco de complicações neurológicas.Segundo Anwar et al em 19 pacientes (59,4%), uma fratura não foi identificado na radiografia simples inicial . Apenas cinco pacientes (15,6%) foram diagnosticados imediatamente após a lesão. Dos 15 doentes (46,9%) que inicialmente se apresentavam neurologicamente sem alterações três tiveram deterioração neurológica antes internamento.As fraturas da coluna cervical em pacientes com EA são comuns e, geralmente, sub-avaliadas. O diagnóstico precoce com exames radiológicos apropriados pode prevenir a possível deterioração neurológica. As radiografias simples utilizando as projeções ortogonais podem detectar a maioria das fracturas na coluna vertebral. No entanto, a identificação de fratura é particularmente difícil em pacientes com espondilite anquilosante.Dos vários métodos de imagem contemporâneas a TC tomografia computadorizada com multi-detecção é o mais útil na identificação de fraturas e deve ser realizada em todos os casos em que se suspeite destas lesões.

Conclusão:
Servem estes quatro casos clínicos para alertar para que num cenário de espondilite anquilosante, um alto índice de suspeita deve ser mantido em todos os pacientes com cervicalgia após um trauma mesmo que minor, devendo haver uma avaliação por TC, dado esta ser a mais sensível e precisa no diagnóstico de fraturas neste subgrupo de pacientes do que outros métodos de imagem contemporâneas. Fraturas ocultas cervicais na espondilite anquilosante podem não ser aparentes nos exames radiográficos simples.

CL189 - **Fractura-luxação de Lisfranc: avaliação clinica e funcional de 16 de doentes tratados no nosso serviço**
Virginia Do Amaral, Sara Lima, Sandra Martins, Joana

Leitão, Helder Nogueira, Julio Marinheiro
(Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE)

Introdução:
As fracturas-luxação da articulação tarso-metatársica são raras (0,2%), a sua baixa incidência pode estar associada à ausência de diagnóstico precoce, que pode ocorrer em cerca de 20% a 40% dos casos, principalmente em doentes politraumatizados. São lesões graves, com potencial para complicações precoces e tardias que podem ser devastadoras e incapacitantes para o doente.

Material e Métodos:
Estudo observacional e retrospectivo de 16 doentes (14 sexo masculino e 2 sexo feminino) tratados cirurgicamente a fractura-luxação de Lisfranc no nosso serviço no período entre 2008 e 2011. Seguimento médio de 32 semanas. Foi efectuada uma avaliação clinica usando o Score AOFAS e radiológica, através da qual se classificaram os tipos de fractura-luxação usando a classificação de Harcastle (em tipo A - incongruência total; tipo B - incongruência parcial e tipo C – divergente) os tipos de fractura.

Resultados:
O mecanismo de lesão mais frequente foi o trauma de alta energia sendo os acidentes de viação com veiculo de duas rodas (37,5%) a principal causa. De acordo com a classificação de Hardcastle, encontramos um predomínio das fracturas-luxação do tipo B (75,1%). O tratamento cirúrgico foi realizado na maioria dos casos (12 casos) no dia do trauma e 1 caso com cerca de 15 dias devido a recusa do doente. A redução e osteossintese foi predominantemente efectuada com fios Kirschner (81,3%), tendo os restantes doentes sido submetidos a fixação com fios e parafusos canulados. Os doentes apresentavam em média um score AOFAS de 69,2 (razoável). Foram observadas como complicações principais: artose (3 casos), amputação do Hallux (1 caso) Como complicações encontramos precocemente 1 individuo com Sind. compartimental e tardiamente, 3 doentes com artrose secundária e 1 doente na qual se proceseu à amputação do hallux. Constatámos a existência de relação entre a qualidade da redução obtida e as complicações tardias (p=0,036) e entre o score AOFAS e a existência de complicações (p0,008)

Discussão:
Tal como descrito na literatura também na nossa série os mecanismos de alta energia são os principais responsáveis pelas lesões de Lisfranc, a ocorrência de osteoartrose encontra-se correlacionada com a redução cirúrgica obtida. Sendo que está foi a principal complicação encontrada. A complicação de amputação do hallux, correspondeu ao caso de atraso de tratamento por recusa do doente. Apesar de termos uma amostra pequenas o nosso estudo apresenta resultados e conclusões semelhantes ao das grandes amostras.

Conclusão:
As fracturas-luxação de Lisfranc são lesões graves do pé, com potencial para complicações incapacitantes, sendo a mais importante a osteoartrose que pode evoluir com dor e limitação funcional. Independentemente do tipo de fixação, a redução anatómica é factor essencial para um bom prognóstico.

CL190 - **Tratamento cirúrgico de dissociação Escafo-lunar Aguda– Revisão de 8 casos**
Filipe Lima Santos, Ricardo Mendes, Guido Duarte
(Centro Hospitalar de Gaia / Espinho)

Introdução:
A dissociação Escafo-lunar é uma das mais frequentes lesões traumáticas do punho, classicamente descrita como resultante de uma sobrecarga axial sobre a mão em extensão. A dissociação escafo-lunar resulta da rotura do ligamento escafo-lunar inter-ósseo, fundamental para a estabilidade da fileira proximal do carpo. A história clínica e exame físico, conjuntamente com exames imagiológicos, são fundamentais para o diagnóstico e tratamento, tentando evitar sequelas permanentes desta lesão. É apresentada uma série clínica constituída por oito doentes, submetidos a tratamento cirúrgico de dissociação escafo-lunar aguda. Foram registados o quadro clínico, tratamento efectuado e evolução pós operatória. Os doentes foram revistos com pelo menos 3 anos de evolução. Foi realizada uma avaliação radiológica e funcional com a utilização dos scores DASH e Mayo Wrist score.

Material e Métodos:
Trata-se de uma série constituída por oito doentes, diagnosticados entre Janeiro de 2005 e Janeiro de 2010. Os doentes foram seguidos em consulta externa, tendo sido registada a evolução, bem como realizada uma revisão ao fim de 3 anos de tratamento. A média de idades foi de 35 anos. O doente mais novo tinha 18 anos e o mais velho 52 anos. Quanto à distribuição por

género, 7 doentes eram do sexo masculino e 1 doente do feminino. Em 6 doentes, a mão afectada foi a dominante, em 2 foi a mão não dominante. As causas da lesão escafo-lunar foram a queda em enquadramentos e envolvendo níveis energéticos diferentes, o acidente de viação, e numa doente um traumatismo minor de características mal definidas. O tempo decorrido entre o episódio agudo e a intervenção cirúrgica variou entre 8h a 12 semanas. Em dois casos existiam fracturas associadas da estilóide radial. Os princípos que nortearam a técnica terapêutica utilizada foram sempre os mesmos, com pequenas variantes no que respeita ao material de sutura interóssea utilizada, condicionadas pela disponibilidade de material ou pelos achados intra operatórios. Na avaliação funcional realizada aos 3 anos, foram utilizados o DASH score e o Mayo Wrist score.

Resultados:
Todos os doentes submetidos a tratamento apresentaram, no pós-operatório, correcção do nivel de descoaptação escafo-lunar inicial e do padrão de instabilidade DISI radiológicos.

Discussão:
A estabilidade entre semi-lunar e escafóide é fundamental nos movimentos e transmissão de forças a nível do carpo. O principal ligamento intrínseco entre semi-lunar e escafoide é o ligamento escafo-lunar inter-ósseo. Quebrando-se a ligação ao semilunar, o escafóide flecte. Por sua vez, o semilunar acompanha o piramidal no seu movimento de extensão, gerando-se uma deformidade tipo“DISI”. A instabilidade que resulta desta lesão altera a normal biomecânica do punho, criando-se forças de cisalhamento anormais, com consequente desgaste precoce no sentido de artrose cárpica, com dor e limitação funcional marcadas. O diagnóstico e tratamento atempados desta lesão são fundamentais na prevenção da artrose precoce do punho.

Conclusão:
O tratamento cirúrgico, nos casos revistos, permitiu reverter a instabilidade cárpica e evitar o desenvolvimento de artrose cárpica, com restauração da capacidade funcional do punho.

CL191 - **Beneficios da extração de material de osteossintes após fracturas do tornozelo**

Virginia Do Amaral, Sara Lima, Diogo Robles, Joana Leitão, Sara Silva, Azemiro Faria
(Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE)

Introdução:
Após o tratamento cirúrgico de fracturas do tornozelo a necessidade de remoção dos implantes geralmente não é necessária. No entanto, em doentes com dor relacionada com os implantes a extração dos mesmos pode ser benéfica.

Material e Métodos:
Foi efectuado um estudo prospectivo com 30 doentes (18 sexo feminino e 12 do masculino) submetidos a extração eletiva de material de osteossintese (EMOS) do tornozelo, na sequencia de fracturas maleolares (bimaleolare: 80% e trimaleolares 20%), que apresentavam queixas relacionadas com os implantes. As fracturas foram subdivididas em Tipos de Webber, sendo 18% fracturas Tipo B e 19% a fracturas do Tipo C os restante 2% do Tipo A. A média de idade dos doentes era de 42,4 anos. Foi avaliada a dor no pré-operatorio e 4 semanas do pós-operatório com base no questionário SF-McGill, (demonstra diferenças devido ao tratamento, inclui a escala categórica, IAD – Intensidade Actual de Dor e uma escala analógica visual – VAS). No pós operatório os doentes foram também inquiridos se repetiriam a cirurgia e se estavam satisfeitos com o resultado da mesma.

Resultados:
Os doentes reportaram significativamente menos dor após EMOS, quer no escala analógica VAS, diminuindo de 6,6 para 2,4, na IAD obtivemos resultados semelhantes com uma diminuição de 3,13 para 0,93 (ambas com $P<0,05$). Seis doente apresentavam remissão completa da dor em ambas as escalas. O VAS pré-operatorio eram mais elevado nos indivíduos do sexo feminino ($p<0,05$), tal como a IAD pós-operatoria. As EMOS de sequelas de fracturas trimaleolar, estão associadas a maior dor pós operatória do que as associadas a sequelas de fracturas bimaleolar ($p<0,05$). Encontrou-se também uma correlação direta entre o aumento da idade e o aumento da intensidade da dor experienciada, relatada pela escala VAS quer no pré e pós-opertório ($p<0,05$). 96% dos doente repetiriam a cirurgia e 94% estavam satisfeitos com os seus resultados.

Discussão:
A EMOS é um procedimento eletivo e muitas vezes efectuado como tentativa de diminuir das queixa do

doente. Na nossa amostra observamos que de um modo geral os doentes melhoraram significativamente das queixas álgicas e sintomatologia associada à presença de material de osteossintese após fracturas do tornozelo. Observamos também que sexo feminino apresenta maior níveis de dor e queixas associadas quer no pré quer no pós operatório.

Conclusão:
Apesar de não necessária a EMOS para diminuição ou mesmo remissão das queixas álgicas e outra sintomatologia experienciadas pelos doentes, seja uma mais valia e deva ser tida em consideração pelo Cirurgião Ortopédico.

CL192 - **Fractura-luxação transecafoperilunar: avaliação retrospectiva de 6 casos.**
Miguel Alves De Botton, Pedro Rocha, Joana Teixeira, Joaquim Brito, Filipa Santos Silva, Marco Sarmento
(HOSPITAL DE SANTA MARIA)

Introdução:
De todas as luxações do punho, a que atinge o semilunar é a mais frequente. A fractura-luxação transescafoperilunar é uma lesão rara e habitualmente associada a traumatismos de alta energia. O reconhecimento da lesão na fase aguda e o seu tratamento imediato são imperativos. Nesta lesão temos duas características importantes: 1) perda de contacto do semilunar com o grande osso, habitualmente com luxação dorsal. 2) Fractura do escafóide. A lesão ligamentar médiocárpica, radiocárpica e carpometacárpica também está presente com frequência. Historicamente, esta lesão teve tentativa de tratamento conservador mas sem sucesso. O tratamento cirúrgico é o gold-standard no qual está indicada a redução com reparação ligamentar e óssea (associada a fixação suplementar com fios de Kirschner).

Material e Métodos:
Analisámos retrospectivamente 6 doentes tratados cirurgicamente entre 2009 e 2012 com follow-up mínimo de 8 meses. Todos os doentes foram operados nas primeiras 72 horas após o evento traumático. A técnica cirúrgica utilizada foi a fixação com fios de Kirschner e osteossíntese do escafóide com parafuso em 5 casos após redução cruenta. No outro caso, a fixação com fios de Kirchner foi complementada com reparação ligamentar luno-piramidal com sistema de ancoragem. Realizámos uma avaliação epidemiológica e clínica dos doentes (mobilidade, dor e função - Score Mayo). Pelo exame radiográfico calculámos o ângulo escafolunar, radiolunar, lunocapitato e ainda o espaço escafolunar adquirido. Registámos ainda as complicações ocorridas durante o período de seguimento.

Resultados:
Na nossa amostra avaliámos 6 doentes do género masculino e com uma idade média de 27 anos (intervalo 19-38). O ângulo escafolunar variou de 38 a 61º (média 52,56). Em dois casos verificámos um aumento do ângulo radiolunar de 20º. O espaço escafolunar manteve-se dentro dos parâmetros da normalidade em todos os casos. Registámos uma diminuição da função do punho dos doentes com um Score de Mayo médio de 60/100. O arco de mobilidade foi em média, 71% inferior ao lado contralateral. Devemos referir que num dos casos, o parafuso de osteossíntese do escafóide está sobredimensionado. Noutro temos uma evolução para pseudoartrose do escafóide. Ambos com necessidade de revisão cirúrgica. Em nenhum dos casos foi registado síndrome de canal cárpico agudo, infecção local ou outra complicação major.

Discussão:
Na nossa série comprovamos diferenças significativas na mobilidade comparativamente ao lado contralateral à semelhança dos resultados da literatura publicados para esta lesão. O score de Mayo médio obtido na nossa série é aceitável. Este tipo de lesão é rara e pela sua gravidade encontra-se associada a várias complicações nomeadamente a artrose pós-traumática, lesão do nervo mediano, síndrome regional doloroso, instabilidade residual ou rigidez articular.

Conclusão:
A fractura-luxação transescafoperilunar corresponde a uma lesão óssea e ligamentar grave. Achamos que deve ser realizado o tratamento cirúrgico com o objectivo de obter a redução anatómica e funcional. Manter o alinhamento e a estabilidade articular é fundamental para um melhor resultado a todos os níveis. Importa ainda salientar que existem poucos estudos publicados com seguimento a longo prazo; os sinais radiográficos de artrose radiocárpica e médiocárpica devem ser vigiados e correlacionados com a clínica e função do doente.

CL193 - **Utilização de substituto ósseo com gentamicina no tratamento de infeções ósseas: análise de experiência preliminar com 6 casos.**
Pedro Neves, Ricardo Sousa, Luís Costa, Ângelo Encarnação, Francisco Guitian, Alexandre Pereira
(Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:
O tratamento de infecções osteoarticulares, principalmente aquelas com perda de massa óssea é uma das mais desafiantes situações para o cirurgião ortopédico. A estratégia de tratamento consiste no desbridamento cirúrgico e antibioterapia associada. Embora a antibioterapia sistémica seja importante, o valor da antibioterapia local para alcançar elevadas doses locais é inegável. A solução tradicionalmente aceite é a utilização de contas de polimetilmetacrilato (PMMA) com altas doses de antibiótico. No entanto, por não ser um material biodegradável, exige inevitavelmente uma segunda intervenção cirúrgica para a sua remoção. Recentemente surgiram no mercado novas soluções que para além de fornecerem elevadas doses de antibiótico local, apresentam ainda a vantagem de serem reabsorvíveis e teoricamente promoverem a osteogénese. Os objetivos deste trabalho foram: 1) Analisar a experiência preliminar com a utilização de um substituto ósseo biodegradável cuja composição inclui sulfato de cálcio, carbonato de cálcio e gentamicina (Herafill); 2) Discutir quais as vantagens e limitações deste tipo de substituto ósseo

Material e Métodos:
Foram tratados 6 casos de infeção óssea do membro inferior: três deles relativos a osteomielite com sequestro ósseo e outros três referentes a pseudartroses infetadas. Todas as infeções foram confirmadas por estudo microbiológico. Em todos os casos foi realizado o desbridamento cirúrgico agressivo e preenchimento dos defeitos ósseos com Herafill. Posteriormente foi realizado um apertado controle clinico, analítico e imagiológico.

Resultados:
Foram incluídos no estudo três casos de osteomielite. Uma infeção por S.aureus após osteossíntese de fratura de pratos tibiais, uma infeção do fémur distal por estafilococos coagulase negativo por reativação de osteomielite adquirida cerca de 40 anos antes e uma osteomielite da tíbia por S. aureus meticilino-sensível com abcesso de Brodie numa criança de 15 anos. Foram ainda incluídos três casos de pseudartrose infectada. Uma infeção por Pseudomonas de pseudartrose diafisária da tíbia, uma infeção por S.aureus de pseudartrose do fémur distal e ainda uma infeção por pseudomonas aeruginosa de pseudartrose após tentativa de artrodese do tornozelo. Verificou-se sucesso na erradicação da infeção em todos os casos. No entanto em dois dos três casos de pseudartrose foi necessária nova cirurgia para tratamento da pseudartrose.

Discussão:
No tratamento da infeção óssea, a utilização de antibioterapia local é consensual e tem como principal vantagem a maior eficácia na erradicação da infeção pelas maiores concentrações teciduais alcançadas ao mesmo tempo que diminui os efeitos laterais da antibioterapia sistémica. O aparecimento de de substitutos ósseos biodegradáveis como alternativa às tradicionais "contas" de PMMA tornam evitável uma segunda intervenção cirúrgica para a sua remoção. Teoricamente as propriedades do sulfato de cálcio e carbonato de calcio permitem um estímulo da osteogénese local, permitindo a reabsorção e a sua substituição por matriz óssea, estando indicado na presença de defeitos ósseos. No entanto, a nossa experiência preliminar suporta a ideia de que este estímulo é limitado. Não é expectável a cura de uma pseudartrose estabelecida mas apenas o controlo da infeção.

Conclusão:
O substituto ósseo reabsorvível utilizado (Herafill?) parece ser uma opção válida, eficaz e segura na erradicação de infeções ósseas evitando desta forma uma segunda intervenção cirúrgica para a sua extração. No entanto, a sua principal indicação parece ser o tratamento de defeitos ósseos limitados. Quando aplicado no contexto de pseudartroses infetadas, devemos apenas esperar a erradicação da infeção e não o tratamento da não união.

CL194 - **Vancouver D – Fracturas interprotésicas**
André Simões Carvalho, Tiago Rebelo, João Moreno, Joaquim Nelas, Manuel Sousa
(Centro Hospitalar Tondela Viseu)

Introdução:
As fracturas interprotésicas (entre artroplastia da anca e joelho ipsilateral) são situações raras mas de

incidência crescente e difícil tratamento, considerando estabilidade e consolidação, pelas condições de fragilidade óssea e conflito mecânico com os implantes. A classificação das fracturas periprotésicas (segundo Vancouver para a anca e Lewis-Roreback para o joelho) facilitam a comunicação médica e sobretudo orientam o tratamento a implementar. O desafio do tratamento de uma fractura entre as artroplastias relaciona-se também pelo vazio de classificação própria e uma dificuldade acrescida na abordagem cirúrgica (idade do doente, stock e vascularização óssea). O objectivo do trabalho é a revisão da literatura relativa a fracturas interprotésicas do membro inferior (com propostas de actualização da classificação de Vancouver para um tipo D) e apresentação da casuística do serviço nos últimos 5 anos focando os princípios de tratamento e abordagem cirúrgica.

Material e Métodos:
Recorreu-se à PubMed e ClinicalKey-Elsevier identificando todos os artigos e capítulos de livros publicados acerca do tema. Levantamento de todos os casos de fractura interprotésicas no serviço nos últimos 5 anos (n=6). Na base de dados da PubMed e ClinicalKey foram inseridas as keywords "interprosthetic + fracture + femur" e recolhidos e analisados os resultados disponíveis em artigos, abstracts e capítulos de livro. 6 casos de fractura interprotésica operados e com follow-up (avaliação clínica e radiológica).

Resultados:
Obtiveram-se 15 resultados na PubMed e 12 na ClinicalKey. O estudo retrospectivo com maior casuística apresentava 23 doentes (opção cirúrgica desde osteossíntese com placa, revisão da artroplastia com haste longa ou ambas). Uma nota técnica apresentada em Abril.2013 reporta a 4 casos tratados com "prótese de interposição", um mecanismo desenvolvido para fixação entre os implantes quando há osteólise significativa. Da casuística do serviço, 4 doentes eram mulheres e 2 homens, idade média 74 anos (57-83), etiologia traumática em todos, com tempo médio desde a última artroplastia de 47 meses (8-78), fractura supracondiliana em 4 e diafisária em 2 doentes. Foi feita revisão da artroplastia em 2 doentes (1 anca e 1 joelho) e osteossíntese com placa em 5 doentes. Follow up médio de 12 meses verificando-se consolidação óssea em 5 doentes aos 6 meses (1 óbito antes da consolidação). Como complicações pós operatórias registou-se uma infecção superficial aguda (resolvida com antibiótico). Todos os doentes com consolidação recuperaram a actividade prévia havendo contudo queixas intermitentes de dor na marcha em 2 doentes.

Discussão:
O número crescente e duração das artroplastias e o envelhecimento da população condicionam o aparecimento de mais complicações nomeadamente as fracturas periprotésicas. As fracturas interprotésicas surgem como uma entidade de características especificas ligadas a maior taxa de complicações (pseudartrose, falência material, refractura,..) não existindo consenso quanto ao tratamento ideal (objectivo final é consolidação óssea e preservação da função das artroplastias anca e joelho adjacentes). O tratamento com placa e parafusos (+ cerclage) com ou sem enxerto ósseo apresenta-se como o mais eficaz nos estudos e foi a referência nos casos tratados do serviço. Refere-se a vantagem da colocação de placas por técnicas minimamente invasivas, preservando a vascularização e tecidos moles, mas nem sempre possível pela dificuldade na redução da fractura. A descelagem dos componentes protésicos implica revisão tornando a cirurgia tecnicamente mais exigente. A tentativa de actualizar as classificações de Vancouver e da SoFCOT com um tipo D para este tipo de fracturas surge como um princípio para o tratamento.

Conclusão:
As fracturas interprotésicas são um desafio para a Ortopedia sendo que o método preferencial é fixação interna com placa bloqueada

---

CL195 - **Tratamento cirúrgico com cavilhas de Ender de fracturas diafisárias do úmero – Revisão casuística**
Marina Escobar, Bruno José Canilho, Nuno Lança, Bruno Mota, Nuno Geada, José Franco
(Centro Hospitalar Barreiro Montijo)

Introdução:
O tratamento conservador está estabelecido como de referência no tratamento da maioria das fracturas diafisárias do úmero, conseguindo resultados funcionais bons a excelentes. Para os cerca de 10% que beneficiam de tratamento cirúrgico, as opções correntemente aceites são o uso de placa ou cavilha endomedular bloqueada. As cavilhas endomedulares flexíveis, como por exemplo as cavilhas de Ender, são outro dispositivo passível de ser utilizado no tratamento de fracturas da diáfise umeral. Estes dispositivos têm como vantagem poderem ser utilizados em úmeros com canais

medulares estreitos (<8 mm), não necessitarem de fresagem, limitando assim as perdas hemáticas e a disrupção da circulação endosteal, o tempo operatório e internamento reduzidos e o seu baixo custo. Este trabalho visa rever a casuística das fracturas diafisárias do úmero tratadas com cavilhas de Ender do nosso Serviço.

Material e Métodos:
Entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2011, 22 doentes com fracturas diafisárias do úmero foram submetidos a fixação interna com cavilhas de Ender na nossa instituição. Foram excluídos 9 doentes, 1 por se tratar de uma fractura patológica, 4 haviam falecido à data do inquérito e 4 estavam incontactáveis. Os restantes 13 doentes foram avaliados quanto ao tipo de fractura (segundo a classificação Müller-AO), à realização de uma re-intervenção cirúrgica, quanto à funcionalidade do membro fracturado através do The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score (QuickDash), e imagiologicamente através da medição da angulação em relação ao eixo do úmero na incidência antero-posterior dos seus radiogramas à data da alta do acompanhamento ortopédico. A presença de re-intervenção para tratamento da fractura do úmero foi critério de exclusão para a realização do QuickDash. O score é graduado de 0 a 100, estando valores mais altos associados a maiores limitações funcionais; os resultados foram considerados como sem limitação para valores menores que 5, limitação ligeira para valores entre 5 e 25, limitação moderada entre 25 e 50, e limitação severa para valores maiores que 50. Os resultados obtidos foram submetidos a análise estatística com uso do Microsoft Office Excel®.

Resultados:
A amostra tinha como média de idades 50 anos, variando entre 15 e 79 anos; 61,5% dos doentes era do sexo masculino. Nove fracturas eram do Tipo A (69.2%), 3 do Tipo B (23%) e 1 do Tipo C (7.7%). Dois doentes foram submetidos a intervenções cirúrgicas com o diagnóstico pré-operatório de pseudartrose, representando 15,4% da amostra; ambos eram do sexo masculino e tinham 28 e 33 anos de idade. No teste QuickDash obtivemos uma média de 28,5 valores (s2= 24.1); 27.3% dos doentes sem limitação funcional, 18.2% com limitação ligeira, 36.4 com limitação moderada, e 18.1% limitação severa. Os ângulos medidos variaram entre 1.9º e 16.1º (μ=7,7º; s2=5.98º). Houve predominância do desvio em varo (63.6% dos doentes) embora sem significado estatístico.

Discussão:
Nesta revisão objectivamos uma percentagem de pseudartrose superior à descrita na

literatura de referência (15.4% vs 6%). 54,5% dos doentes com fracturas consolidadas apresentavam deformidades inferiores a 10º, sem que fosse demonstrável uma relação causal entre a deformação e o grau de limitação funcional. Os resultados funcionais foram piores que os apresentados na literatura. É possível que os relativos maus resultados obtidos sejam justificados por termos incluído na nossa revisão fracturas dos Tipos B e C, não incluídas nos estudos de referência, e por não termos utilizado a idade avançada como critério de exclusão.

Conclusão:
Os resultados obtidos neste estudo foram pouco satisfatórios, estando, no entanto, limitados pelo tamanho da amostra. Concluímos que a utilização das cavilhas de Ender no tratamento cirúrgico de fracturas da diáfise do úmero deve ser encarada como de 2ª linha e limitada a situações muito específicas.

CL196 - **Avaliação da recidiva local, metastização e resultado funcional de doentes submetidos a amputação de um raio digital da mão por condrossarcoma das falanges**
Manuel Caetano, António Laranjo, João Freitas, Alexandre Brandão, Carlos Pina, José Casanova (CHUC)

Introdução:
O condrossarcoma é um tumor maligno produtor de matriz de cartilagem, com elevada agressividade local e com potencial de metastização à distância, nomeadamente pulmonar. As localizações mais frequentes deste tumor são a bacia, o fémur e o úmero proximal, sendo a sua localização nas falanges da mão extremamente rara 1 – 1,5%. Na abordagem das diferentes lesões tumorais malignas, independentemente da sua localização ou estadiamento, o plano terapêutico escolhido deve ter sempre em conta as seguintes prioridades: salvar a vida, preservar a função e manter a estética. Por conseguinte, tendo em conta as características deste tumor e a sua agressividade local, a conduta do nosso serviço em doentes com condrossacoma das falanges da mão é, por norma, a amputação do raio digital correspondente. Os autores, apresentam um estudo

retrospectivo dos doentes submetidos a amputação de um raio digital da mão por condrossarcoma, com o objectivo de avaliar as taxas de recidiva local, metastização à distância e funcionalidade da mão.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo dos doentes com o diagnóstico de condrossarcoma de falanges dos dedos da mão submetidos a amputação do raio digital correspondente desde o ano 2000. O diagnóstico foi realizado baseado em critérios clínicos, imagiológicos (Rx e RMN) e biópsia por agulha fina da lesão e confirmados pelo estudo de anatomia patológica da peça operatória. O seguimento dos doentes foi realizado em consulta externa com a periodicidade trimestral no primeiro ano pós operatório, semestral até ao quinto ano e anual nos anos seguintes. Foram realizados Rx e TC pulmonares periódicos para excluir metastização pulmonar, e o resultado funcional foi avaliado de forma qualitativa tendo em conta a mobilidade, sensibilidade e força muscular da mão.

Resultados:
Entre 2000 e 2013 foram diagnosticados 6 casos de condrossarcoma de falanges da mão. Os doentes, cinco do sexo feminino e um do masculino tinham uma média de idades de 77,9 (35-89). Todos referiram queixas de tumefacção local com dor e rigidez articular. Foram diagnosticados um Condrossarcomas G2 estadio IIA e cinco G1 estadio IA (AJCC – sarcomas ósseos) localizados nas falanges proximais do 2º, 3º e 5º dedos da mão direita e do 2º e 3º dedos da mão esquerda. Os resultados da anatomia patológica classificaram todas as peças operatórias como tendo margens de ressecção livres. Durante as consultas de seguimento, não foram diagnosticadas nenhuma recidiva local nem metastização pulmonar. Não ocorreram complicações operatórias nem pós –operatórias. Dois doentes (33%) referiram queixas de parestesias nos dedos contíguos ao raio amputado e diminuição global da força muscular da mão nas consultas dos 3 e 6 meses pós operatório. Estes doentes realizaram tratamentos de fisioterapia com melhoria da sintomatologia.

Discussão:
Os condrossarcomas com localização nas falanges da mão são extremamente raros. Trata-se de uma lesão com elevado potencial de agressividade local mas com baixa taxa de metastização. Efetivamente, são possíveis duas abordagens cirúrgicas dos condrossarcomas da mão. Diversas séries descrevem uma ressecção intra-lesional, curetagem da lesão e preenchimento com enxerto ósseo - uma abordagem mais conservadora - mas associada a recidivas locais precoces com necessidade de reintervenção num segundo tempo operatório. Por outro lado, nas séries em que estes tumores foram tratados de forma mais radical com a amputação do raio correspondente, as recidivas foram praticamente inexistentes. Por esse motivo, a experiência do serviço no tratamento desta patologia privilegia a amputação do raio digital correspondente.

Conclusão:
Na série estudada, a amputação de raios digitais da mão foi uma técnica cirúrgica adequada a esta patologia porque conseguiu obter boas margens de ressecção sem recidivas locais, metastização à distância e preservar uma boa função e estética do membro.

CL196 - **Avaliação da recidiva local, metastização e resultado funcional de doentes submetidos a amputação de um raio digital da mão por condrossarcoma das falanges**

Manuel Caetano, António Laranjo, João Freitas, Alexandre Brandão, Carlos Pina, José Casanova (CHUC)

Introdução:
O condrossarcoma é um tumor maligno produtor de matriz de cartilagem, com elevada agressividade local e com potencial de metastização à distância, nomeadamente pulmonar. As localizações mais frequentes deste tumor são a bacia, o fémur e o úmero proximal, sendo a sua localização nas falanges da mão extremamente rara 1 – 1,5%. Na abordagem das diferentes lesões tumorais malignas, independentemente da sua localização ou estadiamento, o plano terapêutico escolhido deve ter sempre em conta as seguintes prioridades: salvar a vida, preservar a função e manter a estética. Por conseguinte, tendo em conta as características deste tumor e a sua agressividade local, a conduta do nosso serviço em doentes com condrossacoma das falanges da mão é, por norma, a amputação do raio digital correspondente. Os autores, apresentam um estudo retrospectivo dos doentes submetidos a amputação de um raio digital da mão por condrossarcoma, com o objectivo de avaliar as taxas de recidiva local, metastização à distância e funcionalidade da mão.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo dos doentes com o diagnóstico de condrossarcoma de falanges dos dedos da mão submetidos a amputação do raio digital correspondente desde o ano 2000. O diagnóstico foi realizado baseado em critérios clínicos, imagiológicos (Rx e RMN) e biópsia por agulha fina da lesão e confirmados pelo estudo de anatomia patológica da peça operatória. O seguimento dos doentes foi realizado em consulta externa com a periodicidade trimestral no primeiro ano pós operatório, semestral até ao quinto ano e anual nos anos seguintes. Foram realizados Rx e TC pulmonares periódicos para excluir metastização pulmonar, e o resultado funcional foi avaliado de forma qualitativa tendo em conta a mobilidade, sensibilidade e força muscular da mão.

Resultados:
Entre 2000 e 2013 foram diagnosticados 6 casos de condrossarcoma de falanges da mão. Os doentes, cinco do sexo feminino e um do masculino tinham uma média de idades de 77,9 (35-89). Todos referiram queixas de tumefacção local com dor e rigidez articular. Foram diagnosticados um Condrossarcomas G2 estadio IIA e cinco G1 estadio IA (AJCC – sarcomas ósseos) localizados nas falanges proximais do 2º, 3º e 5º dedos da mão direita e do 2º e 3º dedos da mão esquerda. Os resultados da anatomia patológica classificaram todas as peças operatórias como tendo margens de ressecção livres. Durante as consultas de seguimento, não foram diagnosticadas nenhuma recidiva local nem metastização pulmonar. Não ocorreram complicações operatórias nem pós –operatórias. Dois doentes (33%) referiram queixas de parestesias nos dedos contíguos ao raio amputado e diminuição global da força muscular da mão nas consultas dos 3 e 6 meses pós operatório. Estes doentes realizaram tratamentos de fisioterapia com melhoria da sintomatologia.

Discussão:
Os condrossarcomas com localização nas falanges da mão são extremamente raros. Trata-se de uma lesão com elevado potencial de agressividade local mas com baixa taxa de metastização. Efetivamente, são possíveis duas abordagens cirúrgicas dos condrossarcomas da mão. Diversas séries descrevem uma ressecção intra-lesional, curetagem da lesão e preenchimento com enxerto ósseo - uma abordagem mais conservadora - mas associada a recidivas locais precoces com necessidade de reintervenção num segundo tempo operatório. Por outro lado, nas séries em que estes tumores foram tratados de forma mais radical com a amputação do raio correspondente, as recidivas foram praticamente inexistentes. Por esse motivo, a experiência do serviço no tratamento desta patologia privilegia a amputação do raio digital correspondente.

Conclusão:
Na série estudada, a amputação de raios digitais da mão foi uma técnica cirúrgica adequada a esta patologia porque conseguiu obter boas margens de ressecção sem recidivas locais, metastização à distância e preservar uma boa função e estética do membro.

CL197 - **A improvável fractura patológica do úmero**
Pedro Neves, Pedro Brandão Barreira, Luciana Leite, Pedro Santos Leite, Daniel Esteves Soares, Pedro Cardoso
(Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:
O úmero é o segundo osso mais atingido por metástases. Apesar do tratamento inicial com radioterapia, a cirurgia é muitas vezes necessária em caso de fractura patológica ou iminente. Os critérios de Mirels, aceites para se determinar a profilaxia de uma fractura patológica, entram em linha de conta com o facto de o osso ser ou não "de carga". Este critério no úmero pode não ter validade pois, com a disfunção dos membros inferiores, os membros superiores são funcionalmente solicitados. O objectivo deste trabalho foi a avaliação das fracturas patológicas do úmero operadas e da classificação, segundo Mirels, na metástase onde a fractura ocorreu para se determinar se, segundo esses critérios, teria havido necessidade de tratamento profiláctico.

Material e Métodos:
Entre os anos de 2008 e 2013 foram operados na nossa Instituição 17 fracturas patológicas do úmero. Três correspondiam a metástases de tumor primitivo do pulmão, 5 da mama, 4 de mieloma múltiplo, 3 da próstata, 1 do rim e 1 hemangiopericitoma do crâneo. Foram analisadas as metástases nas radiografias da própria fractura ou, quando disponíveis, prévias à fractura, e foram classificadas segundo os critérios de Mirels. Foram igualmente consultados os registos clínicos para determinar o critério "dor"e a presença de outras metástases, nomeadamente nos membros inferiores. As fracturas foram todas tratadas com encavilhamento aparafusado, a céu fechado.

Resultados:
A avaliação radiográfica mostrou que 5 (30%) metástases tinham uma pontuação igual ou inferior a 7, 5 (30%) tinham pontuação de 8 e 7 (40%) tinham pontuação igual ou maior a 9. Das metástases com pontuação igual ou inferior a 7, 83% tinham metástases na bacia, coluna ou fémur.

Discussão:
A despeito desta pontuação a fractura ocorreu, o que reforça a não validade, pelo menos em termos absolutos, destes critérios para o membro superior. O facto é entendido e explicado pela solicitação do membro inferior nos doentes com metastização difusa, com atingimento da bacia, ráquis e membros inferiores.

Conclusão:
A avaliação funcional e mecânica do úmero na presença de metástases não se deve reduzir à avaliação segundo Mirels. Provavelmente o tratamento cirúrgico profiláctico da fractura deve ser mais frequente e a atitude ortopédica mais incisiva.

CL198 - **Denosumab no tratamento do Tumor de Células Gigantes do osso recorrente ou irresecável**
Manuel Magalhães, Joana Febra, Vânia Oliveira, Pedro Cardoso, Franklim Marques
(Centro Hospitalar do Porto - HSA)

Introdução:
O Tumor de Células Gigantes (TCG) é constituído por células estromais produtoras de RANK-L e células gigantes tipo osteoclasto com recetores RANK. O denosumab, anticorpo monoclonal que bloqueia o ligando RANK, poderá promover a morte de células gigantes e inibir a destruição óssea. Um estudo de fase II demonstra a eficácia do denosumab no controlo dos TCG irresecáveis ou recorrentes, permitindo posteriormente, em alguns casos, a ressecção cirúrgica com baixa morbilidade.

Material e Métodos:
Descrevemos os casos de 3 doentes com TCG (1 caso de recidiva irresecável e 2 casos cuja cirurgia comportava elevada morbilidade com resultado funcional e oncológico insatisfatório), tratados com denosumab 120 mg/sc, 28/28 dias.

Resultados:
A doente com tumor recidivante do sacro após cirurgia, apresentava volumosa massa sacroilíaca que condicionava elevada limitação na marcha e dor de muito difícil controlo farmacológico. Após tratamento com denosumab verificou-se melhoria significativa da dor, tendo inclusivamente deixado de necessitar de opióides, e melhoria da mobilidade, sendo atualmente capaz de marcha autónoma. No entanto, pelo tamanho da lesão, esta permanece irressecável, pelo que a doente mantém tratamento com denosumab. Os outros 2 tumores, um de grandes dimensões na região sacroilíaca e o outro, mais pequeno, supra-acetabular,

também foram tratados com denosumab, tendo-se verificado imagiologicamente aumento da densidade óssea, provavelmente traduzindo esclerose óssea com diminuição do número de células gigantes. Além disso, os doentes relatam melhoria significativa das queixas (dor e limitação funcional) que referiam inicialmente. No entanto, pela localização justa-articular e persistência de dor na marcha, o doente do TCG supra-acetabular foi submetido a curetagem, fenolização e preenchimento da cavidade com cimento ósseo. O outro caso, por se encontrar assintomático, mantém-se em tratamento com denosumab.

Discussão:
O tratamento dos TCG recorrentes, irresecáveis ou metastáticos permanece um desafio. Estudos recentes demonstram que o denosumab poderá ser útil no controlo dos sintomas em doentes com doença avançada ou refratária. Além disso, um estudo de fase II demonstra benefício do tratamento com denosumab nos doentes com doença avançada mas potencialmente ressecável, possivelmente por ser vantajosa a esclerose promovida e consequente menor morbilidade operatória. Os 3 casos descritos, os primeiros tratados na nossa instituição, foram submetidos a tratamento com denosumab, com franca melhoria clinica e imagiológica. Um dos casos foi submetido posteriormente a cirurgia, verificando-se uma morbilidade operatória inferior à expectável inicialmente.

Conclusão:
Estes dados sugerem que o denosumab poderá ter um papel no tratamento de TCG irresecáveis ou recorrentes, podendo também ser utilizado em contexto neoadjuvante com intuito de diminuir a morbilidade cirúrgica. Permanece por esclarecer o tempo de tratamento dos casos não cirúrgicos.

CL199 - **Osteoma Osteóide da Coluna Vertebral - Cirurgia ou Radiofrequência?**
Pedro Manuel Serrano, Catarina Alves, Pedro Neves, Daniel Soares, Seabra Lopes, Pedro Cardoso
(Hospital Santo António - Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:
A característica dor do osteoma osteóide, nocturna e aliviada pela aspirina e outros anti-inflamatórios, pode ter uma duração de semanas a vários anos. Inicialmente intermitente e moderada progride gradualmente para uma dor contínua, mais intensa, que interfere com o sono, exigindo tratamento. Quando localizado na coluna – onde ocorrem 10-25% de todos os osteomas osteóides, quase sempre nos elementos posteriores, condicionam uma escoliose por espasmo muscular. O diagnóstico pode ser difícil e a cintigrafia e a tomografia computorizada são essenciais. Esta última dá a localização exacta do "nidus" a qual pode ser difícil no momento cirúrgico. Por este motivo, a radiofrequência tem ganho relevo em detrimento da excisão cirúrgica. Todavia, na coluna, a proximidade dos elementos neurológicos pode constituir um obstáculo a esta técnica. Por esse motivo estão até descritas técnicas em que é introduzido gás do espaço epidural de modo a fazer barreira entre o "nidus" e a espinal medula.

Material e Métodos:
Revisão da literatura relativa às opções terapêuticas dos osteomas osteóides na coluna vertebral. São descritos 5 casos de osteomas osteoides da coluna vertebral tratados com sucesso na nossa Instituição Hospitalar. Em 3 casos o tratamento foi feito com radiofrequência (corpo de D8, pedículo de L4 e segunda peça sagrada). Em 2 casos foi feita a ablação cirúrgica que, por destruição articular na abordagem, foi necessário instrumentar

Resultados:
Em todos os casos a dor nocturna desapareceu completamente, comprovando a eficácia quer da radiofrequência quer da cirurgia. Num dos casos em que a operação obrigou à destruição de uma articulação intervertebral foi feita instrumentação pedicular unilateral o que não originou um bom pós operatório tardio. O doente com o osteoma osteóide na segunda peça sagrada experimentou uma ciatalgia hiperalgica no pós-procedimento imediato, provavelmente pela proximidade da raiz.

Discussão:
A excisão cirúrgica completa apesar de ser considerada historicamente o tratamento de escolha para os osteomas osteóides e apresentar taxas de sucesso bastante satisfatórias, é um método que pode apresentar complicações. Para minimizar a quantidade de osso excisado, uma localização intra operatória precisa da lesão é essencial. Esta, contudo, é dificil, condicionando por vezes lesões de estruturas adjacentes, defeitos ósseos alargados mais vulneráveis a fractura, por vezes com necessidade de fixação interna, enxertos ósseos e até excisões incompletas,

que implicam nova cirurgia. A ablação térmica percutânea por radiofrequência é considerada um método eficiente e seguro, menos invasivo (podendo ser realizado sob anestesia local com uma monitorização directa das funções neurológicas) e, que permite um internamento mais curto e um regresso precoce à vida activa. As complicações pós operatórias, nomeadamente hematomas, osteomielite e fracturas são sobreponíveis entre os dois métodos.

Conclusão:
A ablação térmica percutânea por radiofrequência guiada por tomografia é um método simples, seguro, minimamente invasivo e altamente eficaz no tratamento dos osteomas osteóides da coluna vertebral. Em casos seleccionados, técnicas especiais de protecção térmica podem ser utilizadas para aumentar a segurança.

CL200 - **METÁSTASES DO TERÇO PROXIMAL DO FÉMUR - DIFERENTES CIRURGIAS DE ACORDO COM O PROGNÓSTICO**

Luciana Leite, Pedro Cardoso, Pedro Santos Leite, Pedro Neves, Vânia Oliveira, Pedro Barreira
(Santo António)

Introdução:
O terço proximal do fémur é um local muito comum de metástases, fracturas patológicas e fracturas iminentes que, quase sempre, obriga a tratamento cirúrgico para assegurar a locomoção, autonomia e bem-estar, e até melhorar a sobrevida. A avaliação pré-operatória, o entendimento dos riscos e complicações e a sua integração no prognóstico da doença é essencial para a opção de tratamento. O objectivo deste travalho é o estudo retrospectivo, radiológico e clínico de fracturas patológicas ou iminentes da extremidade proximal do fémur tratadas cirurgicamente entre Janeiro de 2008 e Março 2013, de formas distintas, para se inferir da adequabilidade da atitude.

Material e Métodos:
Entre os anos de 2008 e Março 2013 foram operadas nesta Instituição 26 fracturas patológicas ou iminentes da extremidade proximal do fémur. No que à etiologia diz respeito houve metástases da mama (5) , pulmão (4),próstata (4), bexiga (3) ,mieloma múltiplo(3); entre outos. As fracturas ocorreram, ou ocorreriam, em metástase que envolviam o colo (12), a região trocantérica e subtrocantérica (11) , a extremidade proximal da diáfise (2) ou a totalidade da extremidade proximal do fémur(1). Os tratamentos efectuados foram: osteossíntese em 4 casos, encavilhamento em 12, artroplastia total da anca em 8, e 2 casos de artroplastia com uso de prótese de revisão após ressecção alargada da metástase.

Resultados:
Metade dos doentes submetidos a osteossíntese encontrava-se em estádio avançado, com uma sobrevida média de 3,5 meses. 50% dos doentes encavilhados faleceram e a sobrevida foi de 10,7 meses. Na artroplastia constataram-se 40% óbitos com sobrevida de 13,2 meses.

Discussão:
Apesar da Artroplastia não parecer o tratamento mais adequado pela maior agressividade cirúrgica e risco de disseminação, do ponto de vista mecânico e funcional, pode ser o único recurso. A ressecção alargada e artroplastia com uso de prótese de revisão reservou-se às metástases solitárias e extensas da região proximal do fémur, e o objectivo não foi meramente o resolver o problema funcional mas condicionar positivamente o prognóstico.

Conclusão:
A opção cirúrgica depende da localização da metástase e de condicionantes mecânicas. Todavia, a opção deve ter em conta aspectos globais da doença, sobrevida de acordo com tratamentos em curso, e a atitude cirúrgica deve ser integrada em Consulta de Grupo.

CL201 - **Miosite Ossificante: mantenha o bisturi longe!**

Ines Balaco, Oliana Tarquini, Cristina Alves, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
(Serviço de Ortopedia Pediátrica do CHUC, EPE- Hospital Pediátrico)

Introdução:
A Miosite Ossificante é um doença benigna rara. É caracterizada por formação de osso ectópico a nível do músculo e tecidos moles, normalmente após um evento traumático. O diagnóstico diferencial incluí o osteossarcoma, sarcomas de tecidos moles e a osteomielite. O objectivo deste trabalho é caracterizar a série de doentes com Miosite Ossificante tratada num serviço de Ortopedia Pediátrica.

Material e Métodos:
Análise retrospectiva de todos os doentes tratados no nosso serviço a Miosite Ossificante, entre 2008 e 2012. Colheita dos dados referentes à idade, género, história de traumatismo, apresentação clínica, características imagiológicas opções de tratamento e follow-up.

Resultados:
Foram identificados 8 doentes com Miosite Ossificante: 3 rapazes e 5 raparigas, idades entre os 7 e os 15 anos. 6 doentes foram referenciados para estudo de tumoração de tecidos moles, 1 doente já tinha o diagnóstico quando referenciado e 1 pertencia ao nosso serviço. Foi identificada uma história de traumatismo prévio em todos os doentes. A localização anatómica da tumoração foi variável: 3 a nível da coxa, 2 a nível da peri-escapular, 2 a nível da anca e 1 a nível da perna. Radiologicamente todas as leões apresentavam um halo periférico de calcificação madura e uma porção central radiolucente; 4 lesões estavam adjacentes à cortical óssea com reacção perióstica associada. Biópsia foi necessária num caso, para confirmar o diagnóstico num doente com dor persistente. O tratamento conservador de observação foi efectuado em 7 doentes, com regressão espontânea da lesão em 5 doentes, estando os restantes 2 ainda em seguimento. No doente da biópsia foi realizada a excisão cirúrgica da lesão.

Discussão:
Todos os casos da nossa série tiveram um evento traumático iniciador. O diagnóstico de Miosite Ossificante é feito com base na apresentação clínica e nas características imagiológicas. Na maioria dos casos, a biópsia não é necessária e o tratamento deve ser conservador, uma vez que a regressão espontânea é a regra. O tratamento cirúrgico deve ser reservado para doentes com dor persistente, e deve ser realizado após a fase de maturação da lesão, normalmente após os 6 meses.

Conclusão:
Apresentamos uma série importante de casos de Miosite Ossificante na população pediátrica. Todos os cuidados devem ser tomados para evitar cirurgias desnecessárias e potencialmente perigosas nestes doentes.

CL202 - **Ablação por radiofrequência no tratamento de osteoma osteoide em locais atípicos na criança – a propósito de um caso clínico**

Fréderic Da Cunha Ramalho, Tiago Barbosa, Roberto Couto, Maribel Gomes, Tiago Basto, João Lourenço
(Centro Hospitalar do Alto Ave)

Introdução:
O osteoma osteoide é uma lesão osteoblástica benigna encontrada maioritariamente nos ossos longos do membro inferior em crianças e adultos jovens. A termoablação percutânea por radiofrequência tem demonstrado excelentes resultados como tratamento de primeira linha do osteoma osteoide dos ossos longos em crianças e adultos. Localizações raras e atípicas dificultam a sua utilização. Dados recentes encontrados na literatura científica revelam bons resultados clínicos com taxas de complicações baixas usando a termoablação percutânea por radiofrequência guiada por tomografia nas localizações de difícil acesso cirúrgico em adultos. No entanto, a sua utilização em crianças com localizações atípicas pode ser alvo de controvérsia. Assim, os autores foram avaliar a sua eficácia e a sua segurança através de uma revisão da literatura.

Material e Métodos:
Tendo por base um caso clínico de um osteoma osteoide da apófise coracoide numa criança de 11 anos, os autores realizaram uma revisão da literatura através de uma pesquisa na Pubmed ® utilizando como descritores “osteoid osteoma”, “radiofrequency” e “atypical location”.

Resultados:
Diversos estudos relatam experiências positivas em crianças quando a radiofrequência é utilizada tanto em ossos longos como em locais inusitados e de difícil acesso. Assim, a termoablação por radiofrequência guiada por tomografia tem demonstrado resultados positivos e seguros em todas as faixas etárias mesmo quando utilizado no tratamento de localizações atípicas. No caso clínico relatado, uma criança de 11 anos, apresenta um osteoma osteoide da base da apófise coracoide esquerda. Face a raridade da localização, apenas alguns casos clínicos estão publicados sendo a abordagem cirúrgica por via aberta anterior ou posterior o único tratamento descrito. Perante a evidência, foi decidido o tratamento com radiofrequência guiada por tomografia. O resultado do tratamento foi positivo. O doente ficou assintomático nas primeiras 24 horas pós-operatórias e encontra-se um ano após o tratamento assintomático.

Discussão:
A termoablação percutânea por radiofrequência guiada por tomografia permite o tratamento pouco invasivo de lesões com localizações atípicas. O seu uso em crianças foi questionado devido ao risco inerente de lesões dos tecidos adjacentes e perante as possíveis lesões prejudiciais ao crescimento ósseo. No entanto, os resultados encontrados na literatura apontam para resultados positivos e seguros independentemente da sua localização ou da idade do doente. Assim, através desta opção cirúrgica foi obtido um excelente resultado clínico para o nosso doente, sendo o primeiro caso de osteoma osteoide da apófise coracoide tratado com radiofrequência.

Conclusão:
A termoablação por radiofrequência apresenta-se como um tratamento eficaz e seguro do osteoma osteoide em locais atípicos na criança sendo uma alternativa válida ao tratamento cirúrgico clássico.

CL203 - **Substituição total do fémur como última opção para preservação do membro – A propósito de 1 caso clínico de osteossarcoma**
Afonso Caetano, Luís Sobral, Nuno Oliveira, Carlos Cardoso, Jorge Lopes, João Salgueiro
(Hospital de São Francisco Xavier)

Introdução:
A evolução na cirurgia conservadora dos membros por tumores malignos tem proporcionado avanços na elaboração de próteses que permitem, na maior parte dos casos, a independência locomotora. A falência das próteses de ressecção tumoral tem evoluído para revisões que podem contemplar a substituição total do osso, neste caso do fémur. Apesar de procedimento raro, constitui uma técnica apelativa com benefícios importantes para o doente.

Material e Métodos:
A propósito de 1 caso clínico, os autores apresentam esta solução cirúrgica alternativa à amputação versus desarticulação. Trata-se de uma doente nascida a 05/04/1967 submetida a cirurgia de ressecção tumoral por osteossarcoma da extremidade distal do fémur direito há 15 anos noutro hospital. Em 2003 foi realizada revisão da prótese de ressecção por descolamento asséptico do componente femoral, verificando-se intra-operatoriamente a perda iatrogénica da face anterior do fémur com exposição do cimento. Em 2011 foi diagnosticado novo descolamento asséptico do componente femoral, tendo-se optado pela substituição total do fémur.

Resultados:
Procedeu-se à avaliação funcional de acordo com os critérios da Musculoskeletal Tumor Society (MSTS) 6 meses após a cirurgia, tendo-se obtido 90%.

Discussão:
Perante um caso de destruição óssea tão acentuada (restavam cerca de 3cm de metáfise), as hipóteses de tratamento que se colocaram foram a amputação do membro ou a substituição total do fémur. Atendendo ao facto de se tratar de uma doente jovem, que recusaria categoricamente a amputação e por não existir património ósseo suficiente que permitisse a colocação de nova haste femoral, concordámos com a substituição da totalidade do fémur restante por uma prótese femoral incluíndo a artroplastia total da anca e do joelho.

Conclusão:
Trata-se de um caso solucionado com sucesso, utilizando uma opção terapêutica exigente e pouco frequente. Possibilitou a preservação da actividade e qualidade de vida de uma doente jovem.

CL204 - **Fractura patológica como apresentação incial de uma doença oncológica: a prioridade é estabilizar ou estudar?**
Vânia Oliveira, Luís Costa, Luciana Leite, Pedro Neves, Pedro Barreira, Pedro Cardoso
(Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:
A manifestação de uma qualquer doença através de uma fractura patológica é em si uma situação rara e associa-se a mau prognóstico. A tentação do ortopedista é proceder à estabilização imediata da fractura. Todavia, é muito frequente o sobre-tratamento de lesões benignas e o tratamento errado de lesões malignas primárias ou secundarias. Assim, o adequado é diferir a estabilização da fractura, mesmo condicionando temporariamente o bem-estar do doente, de forma a estudar a doença oncológica e proceder ao seu tratamento em conformidade com a histologia e o estadiamento. O tratamento pode consistir no simples encavilhamento ou osteossíntese,

quando metástase, ou pode exigir ressecções se forem tumores malignos ou metástase única cuja exérese melhora a sobrevida.

Material e Métodos:
Retrospectivamente foram avaliados 11 doentes que apresentaram fracturas patológicas sem antecedentes de doença oncológica diagnosticada. Destes, 7 eram do sexo masculino e 4 dos exo feminino, com idade média 49,6 (10-81). As fracturas distribuíram-se da seguinte forma: 6 fémur próxima, 1 diáfise do fémur, 1 fémur distal, 1 diáfise da tíbia e 1 diáfise do úmero. Em todos os casos o tratamento foi diferido até se obter o resultado da biopsia por agulha feita no local da fractura e respectivo estadiamento com exames imagiológicos e analíticos. As fracturas foram temporariamente estabilizadas com aparelhos gessados, ortóteses ou trações cutâneas e esqueléticas. Foram registados os seguintes parâmetros: diagnóstico e estadiamento, tratamento, intervalo de tempo até ao tratamento e tipo de procedimento efectuado. Foi ainda avaliada a dor (VAS) pré e pós-operatória.

Resultados:
Obtiveram-se os seguintes diagnósticos: 3 metástases de neoplasia pulmonar, 1 metástase de carcinoma de células claras, 2 lesões de mieloma múltiplo, e 5 tumores primitivos ósseos – 1 quisto ósseo aneurismatico, 1 encondroma, 1 fibroma não ossificante, 1 condrossarcoma e 1 fibrossarcoma. Nos tumores primitivos procedeu-se ao tratamento definitivo da própria lesão com 1 ressecção alargada, 1 amputação, 2 curetagens e 1 fixação interna. Nas lesões secundarias foram realizados encavilhamentos, 1 artroplastia total da anca (lesão do mieloma) e na metástase de carcinoma de células claras procedeu-se a exérese alargada em simultâneo com a nefrectomia. Em média a biopsia percutânea foi realizada em 2 dias (1-4) e os doentes foram tratados em 12 dias (7-15). A dor média passou de 8,9/10 no pré-operatório para 3,2/10 no seguimento. Faleceram 5 doentes, 3 metástases pulmonares, um mieloma e um fibrossarcoma.

Discussão:
A urgência de estabilizar cirúrgica e definitivamente uma fractura patológica pode comprometer o sobrevida e o prognóstico quando se trata de uma doença oncológica. Neste estudo, 2 doentes apresentaram tumores malignos primários apesar de se encontrarem no grupo etário em que a metástase seria o mais provável. Por outros lado, há metástases únicas que obrigam a ressecção alargada porque esta tem impacto na sobrevida. Nos jovens, por vezes, não é possível imagiologicamente ter a certeza se a fractura ocorre através de lesão benigna ou pseudotumoral ou se associada a tumor maligno. Este estudo verifica que a biopsia por agulha, de simples realização e com elevado rendimento e precisão diagnóstica, permite um plano de tratamento num curto espaço de tempo, sem compromisso técnico.

Conclusão:
Com exceção de uma fractura na coluna com lesão neurológica que obriga a uma descompressão neurológica e estabilização não diferível, todas as fracturas patológicas, sem antecedentes conhecidos, não devem ser tratadas sem diagnóstico prévio . É fundamental o ortopedista suspeitar e proceder ao estudo da lesão onde ocorreu fractura.

CL205 - **Espondilectomia total "em bloco" - relato de caso clínico e revisão do tema**
Renato Neves, Vânia Oliveira, Pedro Cardoso, Paulo Costa, Seabra Lopes, António Oliveira
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António)

Introdução:
Tradicionalmente, a ressecção de tumores primários ou metástases envolvendo a coluna vertebral baseava-se na curetagem local ou na sua exérese fragmentada. No entanto,estas técnicas apresentam desvantagens claras,no que diz respeito ao elevado risco de contaminação local por células neoplásicas ou á ressecção incompleta da lesão. Estes factores contribuem para uma elevada taxa de recidiva local. O primeiro caso de uma espondilectomia total "em bloco" foi publicado por Bertil Stener em 1971. Roy-Camille standardizou e divulgou a técnica,mas foram Tomita e colaboradores,assim como Fidler,em 1994,os responsáveis pela publicação de maiores séries de doentes operados. Segundo a técnica descrita por Tomita,é possível,através de uma abordagem unicamente posterior,efectuar a ressecção extra-lesional do tumor (com margens de segurança adequadas),o que se traduz num procedimento com potencial carácter curativo.

Material e Métodos:
Os autores descrevem o caso de um doente do sexo feminino,de 32 anos de idade,com queixas de dorsalgia com meses de evolução e agravamento progressivo,que

tinha já motivado várias idas ao Serviço de Urgência. O estudo imagiológico efectuado identificou a presença de uma lesão expansiva envolvendo o corpo da 8ª vértebra dorsal,que a biópsia confirmou tratar-se de um Tumor de Células Gigantes. A referida lesão condicionava instabilidade local e apresentava já invasão do canal medular. Foi realizada uma espondilectomia total "em bloco" de D8 por via posterior,associada a reconstituição da coluna anterior com "mesh" de titânio preenchida com aloenxerto estrutural e instrumentação pedicular.

Resultados:
A cirurgia e pós-operatório imediatos decorreram sem intercorrências,não se tendo verificado défices neurológicos após o procedimento. No entanto,ao 3º dia de pós-operatório,por dispneia progressiva,foi-lhe diagnosticado hemotórax bilateral,com necessidade de toracocentese. Passadas duas semanas,desenvolveu empiema torácico,que evoluiu para sépsis,tendo então sido transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Por apresentar infecção pós-operatória,foi submetida a nova intervenção - desbridamento e limpeza cirúrgicos,com extracção da "mesh" e aloenxerto e substituição por enxerto autólogo de ilíaco. No decorrer do internamento na UCI,houve necessidade ainda de duas novas limpezas cirúrgicas (por toracotomia e via posterior),dada a persistência do processo infeccioso. Desenvolveu igualmente infecção respiratória,com agravamento adicional do quadro clínico,já debilitado. As complicações descritas e as várias cirurgias realizadas obrigaram a um internamento prolongado,reflectindo-se em acentuado desgaste físico e psicológico da doente. Gradualmente,e em resposta às medidas terapêuticas instituídas,verificou-se melhoria clínica e analítica da doente,que permitiu a alta hospitalar. Actualmente, e passados 5 meses da cirurgia inicial, encontra-se estável, sem evidência de recidiva da infecção, reabsorção do enxerto ou falência da instrumentação, mantendo no entanto suporte com colete termomoldado e fisioterapia para reforço muscular.

Discussão:
O Tumor de Células Gigantes envolvendo a coluna vertebral, apesar de considerado benigno e relativamente raro, pode tornar-se potencialmente agressivo, pelo crescimento e destruição locais que acarreta. Esta evolução leva frequentemente à perda da estabilidade segmentar e a possíveis défices neurológicos graves. O princípio subjacente à espondilectomia total "em bloco" é o de permitir a ressecção de um tumor no seu compartimento, com margens histológicas de segurança, reduzindo assim a taxa de recidiva local e melhorando a sobrevida a longo prazo, como confirmam trabalhos entretanto publicados. Apesar das vantagens descritas, não deixa de ser um tratamento agressivo e passível de complicações graves, como as mencionadas, que podem colocar em risco a vida do paciente.

Conclusão:
A espondilectomia total "em bloco" é considerada uma técnica cirúrgica muito exigente, pela dificuldade de execução e riscos de acarreta, devendo por isso apenas ser realizada por cirurgiões com elevado grau de diferenciação e experiência. No entanto, assume-se como a melhor alternativa terapêutica em determinados casos (tumores primários ou lesões metastáticas isoladas da coluna vertebral), traduzindo-se numa menor taxa de recidiva e maior sobrevida a longo prazo.

Posters

Anca

P1 - **Caso de "Impingement" da anca extra-articular pela espinha ilíaca ântero-inferior (EIAI)**

Diogo Moura, Dr. João Freitas, Dr. António Figueiredo (Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra)

Introdução:
O clássico "impingement" intra-articular da anca, também designado conflito fémuro-acetabular, consiste no contacto anormal entre o acetábulo e fémur proximal devido a alterações morfológicas. Distinguem-se dois tipos frequentemente concomitantes: o tipo "cam", em que há uma região não esférica na transição cabeça-colo do fémur; e o tipo "pincer", em que se verifica excesso de cobertura acetabular global. Estudos recentes descrevem também causas extra-articulares de "impingement" da anca, dividindo-as em três tipos: o sub-espinhoso, ou seja, o conflito entre uma espinha ilíaca ântero-inferior dismórfica e o colo do fémur aquando da flexão da anca; o pélvico-troncantérico; e o ísquio-femural. Estas alterações morfológicas condicionam compressões crónicas anormais, que conduzem a sintomatologia, podendo resultar em coxartrose. O diagnóstico é feito pela clínica, exame físico e imagiologia. O tratamento pode ser conservador ou a correcção cirúrgica das alterações morfológicas, por cirurgia artroscópica ou aberta.

Material e Métodos:
Apresenta-se um caso de uma mulher activa de 35 anos, contabilista de profissão, com antecedentes de síndrome depressivo, que surge com queixas de dor progressiva na região inguinal esquerda com dois anos de evolução. Sem história de trauma, a dor aparece em determinadas posições de flexão, adução e rotação medial da anca, nomeadamente na posição sentada e com o tronco flectido a mais de 90° sobre as coxas. Ao exame objectivo, apresenta sinal de "impingement" anterior positivo, ou seja, dor e rigidez aquando da flexão a 90° e a rotação medial máxima da anca. Os movimentos articulares estão mantidos. Perante o quadro clínico foram pedidos exames imagiológicos, que não mostram evidência de conflito fémuro-acetabular intra-articular da anca, mas demonstram uma EIAI dismórfica proeminente à esquerda. Admitiu-se então o diagnóstico de "impingement" da anca por causa extra-articular do tipo sub-espinhoso. A doente não respondeu a tratamento conservador, pelo que foi submetida a cirurgia por técnica mini-invasiva anterior, com plastia da espinha ilíaca ântero-inferior.

Resultados:
A utente teve melhoria progressiva da sintomatologia, com remissão completa da dor e deambulação sem auxílio aos três meses pós-operatório. A avaliação funcional pré e pós-operatória da anca foi realizada com aplicação do score de Harris.

Discussão:
A EIAI é uma apófise situada imediatamente acima da porção ântero-superior do acetábulo. Devido à sua localização extra-articular, é pouco provável que interfira com a mobilidade da anca, no entanto, a proeminência excessiva desta apófise pode criar conflito com a cápsula articular em redor da porção anterior do colo do fémur, quando a anca é flectida a mais de 90°. A morfologia da EIAI pode ser classificada com base na relação entre a sua porção distal e o rebordo acetabular ântero-superior. Os tipos dois e três, em que a EIAI está respectivamente encostada ou distalmente ao rebordo acetabular, são causas "impingement" da anca. Verificou-se que a EIAI dismórfica presente no caso descrito era de morfologia tipo dois. O "impingement" sub-espinhoso pode surgir associado a fractura de avulsão da EIAI ou a osteotomia pélvica, com posterior ossificação heterotópica e consequente deformidade, ou pode não estar associado a qualquer lesão traumática, como no caso apresentado. Os sintomas podem ser variados, os mais característicos são dor na região inguinal aquando da flexão rectilínea máxima da anca e limitação deste movimento. Radiologicamente, verifica-se prolongamento distal da EIAI, que pode dar uma aparência esclerótica ao rebordo acetabular ântero-superior. A descompressão cirúrgica da EIAI proeminente garante bons resultados a curto prazo, com alívio sintomático e aumento do espectro de movimentos e função da anca, como se verificou no caso apresentado.

Conclusão:
O "impingement" da anca é um conceito em evol

P2 - **Falência de artroplastia total da anca e metalose como possível factor exacerbante de porfiria cutanea tarda adquirida - um caso clínico**

João Deus Froufe, Teresa Oliveira, Ricardo Antunes, Filipe Leitão, Ferreira Da Cruz, António Martins

(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A porfiria cutânea tarda (PCT) é uma doença causada pela deficiência de actividade da enzima uroporfirinogénio descarboxilase (UROD), importante na síntese do grupo heme, tendo prevalência de 1 em 10000. Em 80% dos casos a doença é adquirida, e manifesta-se mais frequentemente na meia idade por lesões cutâneas e das faneras. Têm sido estabelecidas associações entre a PCT e factores como o alcoolismo, as infecções por vírus hepatotrópicos e a acumulação de ferro, produzindo estes danos nos tecidos hepáticos e inibição indirecta da UROD por stress oxidativo, podendo precipitar ou exacerbar a doença. O depósito de partículas metálicas em tecidos moles peri-protésicos e órgãos à distância é uma complicação infrequente das artroplastias totais da anca designada genericamente de "metalose", e é uma causa reconhecida de osteólise e descelamento dos componentes das próteses. Existem referências na literatura à acumulação hepática de titânio iónico proveniente de implantes protésicos.

Material e Métodos:
Descreve-se o caso clínico de um doente com antecedentes de artroplastia total da anca com componentes protésicos de titânio-alloy há 14 anos, que desenvolve queixas álgicas nos últimos 3 anos com limitação na marcha. Há 10 meses foram detectados sinais radiológicos de descelamento com intensificação das queixas e limitação funcional. O doente apresenta há 7 meses lesões cutâneas em forma de flictenas, hematomas e pigmentação cutânea anómala generalizada, tendo sido estabelecido o diagnóstico de PCT. O doente foi submetido a revisão de artroplastia total da anca em dois tempos, tendo-se verificado fractura do componente acetabular e da cobertura de polietileno, descelamento da haste femoral e impregnação intensa dos tecidos moles locais por partículas metálicas. Foi implantada uma prótese de revisão não cimentada com acetábulo de tântalo e haste femoral de liga de titânio, alumínio e nióbio.

Resultados:
O pós-operatório decorreu sem complicações, mas foram observadas novas lesões cutâneas em forma de hematomas e flictenas na face dorsal das mãos. À data da alta o doente não tinha queixas álgicas e apresentava boa mobilidade articular.

Discussão:
Este caso levanta a hipótese de que a disseminação sistémica de titânio particulado proveniente do implante protésico poderá ser um factor de exacerbação da PCT. O doente está a ser seguido periodicamente nas consultas de Ortopedia e Dermatologia, avaliando-se clinicamente a evolução das manifestações cutâneas e procedendo-se a doseamento de urobilinogénio urinário e de marcadores de lesão hepática para comparação dos valores pré e pós-operatórios.

Conclusão:
A acumulação hepática de partículas metálicas provenientes de implantes protésicos poderá estar relacionada com alterações na via metabólica de síntese do grupo heme. Embora esta associaçao não esteja estabelecida na literatura em relação à acumulação hepática de de titânio, espera-se que a monitorização clínica e analítica do doente revele melhoria no quadro clínico do doente a curto ou médio prazo.

P3 - **Osteoporose Transitória da Gravidez – A propósito de um caso clínico**
Pedro Sá, Bruno Alpoim, Elisa Rodrigues, Pedro Marques, Carolina Oliveira, Luís Silva
(ULSAM)

Introdução:
A osteoporose transitória, também denominada "Síndrome do edema da medula óssea", é uma doença rara, de etiologia desconhecida, que afeta mulheres no 3º trimestre da gravidez, sendo a anca, o local mais afetado. Manifesta-se geralmente por dor, mas em caso de haver trauma, o primeiro sintoma é fratura do local acometido.

Material e Métodos:
Doente com 29 anos, sexo feminino, grávida de 34 semanas, recorre ao serviço de urgência após queda da própria altura da qual resultou traumatismo da anca esquerda. Ao exame objetivo apresentava impotência funcional do membro inferior esquerdo (MIE), associado a rotação externa. Na anamnese refere dores na anca esquerda, com irradiação para a virilha com cerca de 2 semanas de evolução. Foi realizado Rx da Anca esquerda e observada por Obstetrícia.

Resultados:
O Rx revelou fractura trocantérica esquerda. Após

observação de Obstetrícia, a doente permaneceu internada durante 2 semanas, com tração cutânea do MIE (3 Kgs), e realização de corticoterapia endovenosa para acelerar a maturação fetal. Durante esse período realizou RMN da bacia que revelou edema da medula óssea no 1/3 proximal do fémur bilateral, compatível com osteoporose transitória. Apos esse período, foi realizado redução fechada e encavilhamento do fémur proximal esquerdo. Sem intercorrências. Actualmente doente seguida em consulta externa de Ortopedia, sem limitações da marcha, deambulando sem apoio. Apresenta Harris Hip Score de 100.

Discussão:
A osteoporose transitória é rara, limitada, reversível e dolorosa. O local mais afectado é a anca, geralmente a esquerda, estando presente o acometimento bilateral em 25%-30% dos casos. Em 40% dos casos apresenta a doença em mais de um local (ex.: cotovelo, ombro, joelho…). Esta patologia atinge sobretudo mulheres grávidas no último trimestre, mas também de meia-idade e obesas. Na maioria dos casos, o sintoma inicial é dor na face lateral da anca e na região inguinal, sem história de trauma prévio. Nalguns casos, o primeiro sintoma é uma fractura resultante de trauma de baixa energia. A osteoporose transitória apresenta 3 fases distintas. A primeira (1-2 meses) caracteriza-se por um aumento progressivo da dor, sem achados radiológicos, dor essa que atinge o seu pico durante a 2º fase da doença (2-3 meses), associada a osteopenia visível no estudo imagiológico. No último estadio (6 meses), verifica-se a remissão clinica/radiológica da doença. O diagnóstico é feito através da exclusão de outras causas de dor na anca, sobretudo necrose avascular. A ressonância magnética é o melhor exame no diagnóstico da osteoporose transitória e permite realizar o diagnóstico diferencial com necrose avascular, isquémia, osteomielite, artrite reumatoide. O tratamento é conservador e consiste na prevenção de fracturas, reduzindo as actividades de carga, fisioterapia e analgésicos. A evolução geralmente é benigna, com resolução espontânea da doença em 2-12 meses.

Conclusão:
A osteoporose transitória da anca deve ser considerada no diagnóstico diferencial na dor da anca apresentada por uma grávida. Os autores pretendem com este trabalho alertar para o reconhecimento/diagnóstico atempado para evitar fracturas durante a gravidez.

P4 - **Tectoplastia de cimento temporária: uma técnica para melhorar a estabilidade de espaçadores dinâmicos entre os dois tempos de revisão do tratamento de artroplastia da anca infetada**
Pedro Brandão Barreira, Ricardo Sousa, Pedro Neves, Pedro Santos Leite, Daniel Esteves Soares, Luciana Leite
(Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:
Entre várias opções disponíveis para tratamento duma infeção protésica, a abordagem mais usada hoje em dia é a revisão em dois tempos. A taxa de sucesso supera os 90% quando um espaçador de cimento impregnado de antibiótico é usado no período entre os dois tempos cirúrgicos. Os espaçadores dinâmicos da anca apresentam várias vantagens em relação aos blocos estáticos, já que permitem carga e mobilização articular que aumenta a qualidade de vida entre os dois tempos, e vai facilitar o segundo tempo cirúrgico. Um inconveniente destes espaçadores é o risco de luxação que se encontra por volta dos 7%. Alguns autores sugerem como contraindicação relativa à colocação destes espaçadores dinâmicos a presença de uma insuficiência acetabular importante. A tectoplastia temporária com cimento é uma técnica que pode solucionar estas situações, conforme o caso que se segue.

Material e Métodos:
Os autores apresentam de forma ilustrada um caso de um doente com infeção subsequente a cirurgia de revisão protésica da anca. O doente apresentava extenso defeito ósseo acetabular que havia sido compensado com aloenxerto estrutural e que tornava o risco de luxação do espaçador muito elevado. Descrição e da técnica. 1) Abordagem posterior clássica 2) Extracção dos implantes e enxerto ósseo 3) Confeção do espaçador dinâmico com molde de silicone 4) Realização da tectoplastia temporária com cimento após fixação de 2 parafusos 7.0mm e com a ajuda do espaçador

Resultados:
A tectoplastia, pode ser usada profilacticamente ou após luxação de espaçador dinâmico e caracteriza-se por criar um novo teto acetabular usando cimento de osso impregnado com antibiótico durante o primeiro tempo cirúrgico, consequentemente vai aumentar a superfície acetabular que resulta numa melhor fixação da cabeça do espaçador e providencia um cenário

biomecânico melhorado, reduzindo o risco de luxação do espaçador dinâmico.

Discussão:
Existem vários artigos na literatura moderna que demonstram a vantagem da revisão em dois tempos usando um espaçador anca dinâmico impregnado com antibiótico, visto ser mais seguro e aumentar a qualidade de vida do doente entre os tempos cirúrgicos. Nos casos em que existe um defeito ósseo na região superior ou postero-superior do acetabulo, faz com que haja um suporte inadequado o que dificulta a estabilização do espaçador da anca e aumenta o risco de luxação. Neste contexto a aplicação da técnica de tectoplastia pode ser benéfica.

Conclusão:
A tectoplastia é uma técnica útil nos casos de infeção protésica com extenso defeito ósseo acetabular, permitindo o uso de espaçadores dinâmicos da anca e oferecendo uma melhor qualidade de vida aos doentes entre os dois tempos de cirurgia. A sua realização é relativamente simples e permite diminuir significativamente o risco de luxação em situações onde este risco é elevado.

P5 - **Braquiolmia: a propósito de um caso clínico**
Ricardo Goncalves, Ana Lopes, Glória Magalhães, Pedro Campos, Bárbara Rosa, Jorge Santos
(Hospital Vila Franca de Xira)

Introdução:
O termo braquiolmia tem a sua origem etimológica no grego e significa "tronco curto". É uma forma extremamente rara de displasia esquelética, caracterizada por uma platispondilia generalizada, sem significativas alterações epifisárias, metafisárias e diafisárias dos ossos longos. Este trabalho tem como objetivo a apresentação de um caso clínico, revendo a literatura atual.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, 30 anos, seguido em consulta de genética por braquiolmia Tipo 1 de Hobaek, referenciado pelo médico de família à consulta externa de Ortopedia por queixas de coxalgia bilateral. Ao exame objetivo apresentava: baixa estatura (149 cm), com pescoço e tronco curtos, ligeira cifoescoliose; ratio segmento corporal superior/ inferior, mediado à sínfise púbica, de 0.91; marcha claudicante, com ligeiro flexo e limitação marcada das rotações interna e externa das ancas. O restante exame físico era normal.

Resultados:
Os achados radiológicos incluíam: platispondilia nas vértebras cervicais, torácicas e lombares e ligeira cifoescoliose; coxa valga bilateral, com marcadas irregularidades acetabulares, esclerose subcondral, diminuição da interlinha, osteofitose marginal, sugestivas de coxartrose grau ¾ bilateral (mais exuberante à esquerda).

Discussão:
Uma revisão da literatura demonstra a existência de quatro tipos de braquiolmia: Tipo 1 de Hobaek, patologia autossómica recessiva com platispondilia universal, irregular, com espaços intervertebrais reduzidos e prolongamento das margens laterais dos corpos vertebrais para além dos pedículos (na incidência antero posterior da coluna) e corpos vertebrais rectangulares e alongados (no perfil da coluna); Tipo 1 de Toledo, radiograficamente similar ao tipo Hobaek, mas tipicamente associado a opacidades da córnea e à ossificação precoce das cartilagens costais; Tipo 2 de Maroteaux, uma doença igualmente autossómica recessiva, distinguível do tipo de Hobaek pelo arredondamento das margens anteriores e posteriores dos corpos vertebrais, com menor alongamento nas incidências laterais e diminuta extensão lateral nas incidências antero posteriores (este tipo 2 pode estar associado a calcificações precoces da falx cerebri e a anomalias faciais minor); Tipo 3, autossómico dominante, com alterações vertebrais graves (incluindo cifoescolise), achatamento e irregularidades da coluna cervical. As anomalias biomecânicas e mutações moleculares da braquiolmia tipo 1 de Hobaek ainda não foram elucidas (apesar das recentes referências à provável mutação nos canais de catiões TRPV4, nos casos de tipo 3), tendo no entanto sido descritas alterações nos níveis de condroitina e sulfato de heparano, assim como no ratio glicosaminoglicanos/creatinina, na urina de 24 horas destes doentes. Outras características radiológicas deste tipo de braquiolmia são as alterações metafisárias de alguns ossos longos (que adquirem um padrão estriado vertical), do teto acetabular (que se horizontaliza na puberdade), o encurtamento dos colos femorais e o achatamento da epífise radial.

Conclusão:
Todas estas diferenças clínicas e radiológicas sugerem

uma heterogeneidade genética neste grupo de doenças. A braquiolmia de Hobaek é uma patologia relativamente benigna. Enquanto a platispondilia poderá criar alguma dor irrelevante durante a fase de crescimento, os achados esqueléticos adicionais não parecem ser responsáveis por qualquer outra sintomatologia. No entanto, tal como no nosso caso clínico, a evolução da doença poderá conduzir a limitações graves nas atividades de vida diária, que por conseguinte poderão condicionar a necessidade de outras atitudes terapêuticas (como o tratamento cirúrgico, nomeadamente artroplástico), que por sua vez deverão ser devidamente fundamentadas e com o conhecimento profundo da patologia base.

P6 - **OSTEOPOROSIS DURANTE EL EMBARAZO Y FRACTURA SUBCAPITAL DE CADERA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Miguel Sanagustin Silano, Laura Bolea Laderas, Juan Francisco Blanco Gómez, Beatriz García Martinez, Jorge Camacho Chacon, Jorge Ripalda Marin
(HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA)

Introdução:
La osteoporosis transitoria de la cadera es una patología inusual, aunque subestimada, caracterizada por osteopenia en la cabeza y cuello femorales, desencadenante de un dolor insidioso, que excepcionalmente culmina en fractura de cuello femoral; siendo muy pocos los casos descritos.

Material e Métodos:
Revisión de la casuística de nuestro hospital desde 1985 hasta 2012. Se hallaron dos casos de osteoporosis transitoria de la cadera durante el embarazo, complicados con fractura de cuello femoral unilateral, en ambos casos. Así mismo, se realiza una revisión sistemática de los casos descritos en la literatura, con osteoporosis transitoria durante el embarazo complicados con fractura a nivel de la cadera; mediante una búsqueda bibliográfica en Medline, Embase, ISI Web of Knowledge, NHS EED y Cochrane.

Resultados:
Tras la revisión se encontraron 40 casos descritos en la bibliografía. La edad media fue de 31 años, con una mayor prevalencia de la patología en primigestas. En cinco casos se halló una patología de base que justificaba la osteoporosis, que era desconocida previa al parto. A pesar de la dificultad para asegurar el momento de la fractura, todas salvo una se produjeron entre las 4 semanas pre y postparto, siendo hasta en un 80% de casos en los primeros 30 días de puerperio. Las fracturas en un 42% bilateral, 30% izquierda, 28% derecha. En el 50% se optó por un tratamiento mediante tornillos canulados, todos salvo un caso realizados antes de los diez días postfractura, en un 25% mediante prótesis de cadera, 15% conservador, 10% no está comunicado. Sólo en un 25% se asoció tratamiento médico para la osteoporosis tras el parto y en ningún caso durante la gestación. Se describen dos casos de NAV a los seis meses y otros dos que desarrollaron coxartrosis, todos ellos en el grupo de los atornillados.

Discussão:
Existen numerosas teorías que intentan explicar la causa de este síndrome, pero ninguna de ellas es aceptada ampliamente. La mayoría de los casos aparecen en primíparas, durante el tercer trimestre del embarazo. El dolor generalmente comienza en forma progresiva en región inguinal o muslo y evoluciona a su máxima intensidad en el final del tercer trimestre del embarazo, cediendo gradualmente durante los primeros meses del postparto. Las pruebas realizadas, están dentro de la normalidad, salvo que presente de base una patología basal. En el estudio radiográfico de pelvis, se aprecia entre la tercera y octava semana del incio del cuadro, una osteopenia, condicionada por una disminución de la masa mineral y ósea, demostrada mediante las biopsias óseas in situ realizadas. La resolución es espontánea en los primeros meses postparto, sin precisar tratamiento médico; en caso de presentar fractura, existe controversia respecto el tratamiento, presentando buenos resultados tanto con el atornillado como con la artroplastia.

Conclusão:
Se trata de una enfermedad infradiagnosticada, de curso autolimitado, pero que exige una estrecha vigilancia para evitar su complicación más temible, la fractura de cadera.

P7 - **Tratamento artroscópico do conflito do Psoas após artroplastia total da anca**

Thiago Aguiar, Sérgio Gonçalves, Rui Pereira, Francisco Guerra Pinto, Pedro Dantas

(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
O conflito do tendão do psoas é uma causa rara de dor após artroplastia total da anca (ATA). O seu diagnóstico é baseado no exame clínico e na exclusão de outras complicações, nomeadamente infecção, descolamento dos componentes, calcificação heterotópica, fracturas ocultas ou hipersensibilidade aos metais (Riet A;2011). A cirurgia está reservada nos casos de persistência da sintomatologia. A artroscopia da anca é uma das alternativas, apresentando menor morbilidade e risco de infecção do que a revisão da artroplastia, contudo não actua na causa do conflito (Dora;2007). Riet et al apresenta os primeiros resultados (9 pacientes) com esta técnica em 2011. Os autores apresentam um caso clínico de uma paciente com conflito do psoas-ilíaco após ATA submetida a tenotomia artroscópica.

Material e Métodos:
Paciente de 79 anos, sexo feminino, recorreu à consulta de Ortopedia por dor inguinal esquerda com cerca de quinze meses de evolução, sobretudo aquando da flexão da anca, ao levantar-se da cadeira e a sair do carro. ATA não cimentada à esquerda em 2004 e à direita em 2007. Ao exame objectivo apresentava-se apirética, sem sinais inflamatórios locais, mas dor a palpação dos adutores, sem dismetria, FADDIR duvidoso, FABER com dor nos adutores, flexão da anca dolorosa e com agravamento se contra-resistência. Questionário "Harris Hip Score" (HHS) no pré-operatório de 38,6. Imagiologicamente não apresentava evidência de descolamento dos componentes ou calcificações heterotópicas. Adicionalmente apresentava inclinação do componente acetabular de 66,28º, anteversão acetabular de 19,8º e "offset" lateral de 3,75cm. Analiticamente não apresentava alterações de relevo, nomeadamente VS e PCR. Foi submetida a artroscopia da anca, com colheita de material para microbiologia, inspecção dos componentes femoral e acetabular, identificação do psoas e respectiva tenotomia justa ao pequeno trocânter. O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Posteriormente manteve programa de reabilitação funcional.

Resultados:
Foi acompanhada na consulta de Ortopedia apresentando boa evolução clínica. Ao 10º mês pós-operatório apresentava-se sem dor inguinal nomeadamente aquando da flexão, apesar de referir ligeira diminuição da força, que não era objectivável no exame objectivo. "Harris Hip Score" (HHS) de 85,55. Estudo microbiológico negativo.

Discussão:
No passado o conflito do psoas foi tratado por abordagem aberta, contudo está associado a maior incidência de complicações (JasaniV;2002, Taher RT;2003). Apesar da paciente apresentar um acetábulo verticalizado, não apresentava versão anómala deste. Adicionalmente era uma paciente idosa e não desejava uma cirurgia de revisão. A tenotomia artroscópica do psoas está indicada por persistência da sintomatologia após tratamento médico. Existem poucos trabalhos na literatura sobre quando indicar cirurgia e que tipo de cirurgia, revisão acetabular vs tenotomia artroscópica (Dora C; 2007, O´Sullivan M;2007). Alguns autores defendem a revisão acetabular se o componente está mau posicionado ou sobredimensionado, sobretudo em pacientes jovens. Nos restantes casos poderá estar indicado o tratamento artroscópico (Riet A;2011).

Conclusão:
O resultado clínico foi ao encontro das expectativas da paciente. Nos últimos anos observou-se um natural aumento das indicações para a artroscopia da anca. Esta técnica permite o tratamento do conflito do psoas-ilíaco em pacientes com ATA, de forma pouco invasiva, diminuindo o tempo de internamento, de reabilitação e minimizando o risco e infecção e a agressão cirúrgica.

Biomecânica

P8 - **Aplicação prática da lei de Wolff no fémur proximal em contexto de artroplastia total da anca**

Sergio Figueiredo, Luis Machado, António Sá, Jacinto Loureiro
(Centro Hospitalar Leiria Pombal)

Introdução:
A lei de Wolff estipula que a remodelação óssea é feita de acordo com a solicitação biomecânica do membro. O fémur proximal, pela disposição angulada, é particularmente sensível à aplicação desta lei.

Material e Métodos:
Descrição de um caso clínico.

Resultados:
Indivíduo do sexo masculino, 63 anos, com história de fratura subtrocantérica do fémur direito, observado em consulta externa de Ortopedia no nosso hospital por coxalgia à direita com perturbação da marcha. À observação radiológica, constatou-se a consolidação em posição viciosa (em varo), bem como dismorfia da cabeça femural, num contexto de coxartrose grau 4. O doente recusou a artroplastia total da anca com realinhamento do eixo femural por osteotomia proximal do fémur. Ao invés, foi apenas submetido a artroplastia total da anca, cimentada, num par articular metal/polietileno, cabeça 28mm. O seguimento do doente veio a revelar sempre correcta alocação protésica, bem como realinhamento do eixo femoral de acordo com a transmissão de carga, numa aplicação prática da lei de Wolff.

Discussão:
A lei de Wolff é causa frequente de insucesso na osteossíntese ou na aplicação prática da artroplastia. O fémur proximal, pela conformação angulada, é particularmente sensível a este fenómeno. A remodelação óssea correctiva, sem a técnica cirúrgica nesse sentido, é descrita em menor grau. A artroplastia feita de acordo com o eixo pretendido de carga parece estimular a remodelação óssea corretiva.

Conclusão:
O fémur proximal está particularmente suscetível à lei de Wolff. O mecanismo de consolidação viciosa em contexto de osteossíntese poderá ser reaproveitado no momento da artroplastia total da anca, desde que se respeite o eixo pretendido para a transmissão de carga.

Cartilagem

P9 - **"Man In Black" - A case of Alkaptonuria**

Joana Bento Rodrigues, Joana Fonseca Ferreira, Armando Pires, Manuel Cândido, José Andrade, José Antóno Pereira Da Silva
(Sanfil)

Introdução:
Alkaptonuria is a rare autossomal recessive metabolic disorder, resulting from lack of the enzyme homogentisic acid oxidase (HGA). Ochronosis is the dark pigmentation of soft tissues caused by long-lasting accumulation of homogentisic acid. Ochronotic arthritis is present in one third of the patients with alkaptonuria, can be quite restrictive and potentially misdiagnosed as osteoarthritis.

Material e Métodos:
We report a 63-year-old presenting slightly dark bluish colored urine, sclera and cartilaginous structures, namely nose and ears. His antecedents included surgery for kidney and blader lithiasis and left total hip arthroplasty. In outpatient he complained of mechanical low back pain, right shoulder and left knee pain. He underwent a cemented total knee arthroplasty for osteoarthritis and the intervention revealed an exhuberant black coloration of cartilage and tendons. There were no registered intra or post-operative complications. The 6-month follow-up showed that surgery was successful: patient walked without support and had no pain.

Resultados:
The condition was investigated and alkaptonuria was diagnosed on the basis of enzymatic and spectrophotometric determinations of HGA, Vitamine C was prescribed to avoid renal lithiasis progression. His descendents were submitted to detailed clinical examination and none presented any signs or symptoms suggestive of the disease.

Discussão:
Ochronosis has a classic triad: 1) degenerative arthritis; 2) ochronotic pigmentation; and 3) urine that turns black upon alkalinization or exposure to air. Patients may present dark blue or dark pigmentation of sclera and ear cartilage, spondiloarthritis, rupture of tendons, renal lytiasis and cardiovascular disease. Confirmatory tests for diagnosis are chromatographic, enzymatic, or spectrophotometric determinations of HGA. Currently, there is no specific treatment for ochronosis and its

approach is based on symptoms management.

Conclusão:
Patients suffering from arthritis, presenting dark blue pigmentation of sclera and ear cartilage must be investigated on suspicion of alkaptonuria. Arthroplasty is indicated in severe cases of ochoronic arthropathy, with comparable results to primary osteoarthritis.

Coluna

P10 - **LUMBOCIÁTICA CRÓNICA SECUNDARIA A PARASITOSIS POR ECHINOCOCCUS GRANULOSUS.A PROPÓSITO DE UN CASO TRAS SEGUIMIENTO DURANTE 15 AÑOS.**

Miguel Sanagustin Silano, Juan Francisco Blanco Gómez, Beatriz García Martinez, Laura Bolea Laderas, Diego Peña Jiménez, Javier Rodriguez Vela
(HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA)

Introdução:
Analizar los resultados clínicos y recidivas, tras 15 años de seguimiento de un paciente con hidatidosis vertebral, parasitosis originada por la larva de la tenia Echinococcus Granulosus.

Material e Métodos:
Paciente de 37 años, con hidatidosis vertebral estudiada retrospectivamente a lo largo de 15 años. Se describen los resultados de RMN, TAC, el tratamiento quirúrgico realizado, junto con el uso de medicación antihelmíntica, las recidivas y complicaciones presentadas.

Resultados:
Se presenta el caso de una mujer de 37 años, con lumbociática de un año de evolución, complicada con paresia L3 izquierda y flexo de cadera. La RNM mostró hidatidosis vertebral de L2 a L4, con afectación principal de cuerpo de L3. Se realizó, curetaje y fijación L1 a L5, más albendazol. A los cuatro años presentó movilización de tornillo superior, con recidiva al mismo nivel lumbar, y se realizó corporectomía L3, con injerto tricortical. A los dos años se evidenció en el control reabsorción del injerto, que fue tratada mediante injerto liofilizado más ampliación de la fijación a T12-Sacro, administrando albendazol preoperatorio. A los 8 años del inicio, presentó una paraplejía aguda a nivel de T 10, debido a un quiste hidatidico, se realizó exéresis en bloque, sin presentar nueva recidiva. Tras 7 años de seguimiento desde la última cirugía, no se aprecia recidiva, persistiendo sólo la paresia residual de L3. Se utilizó Albendazol a dosis de 400 mg en tres ciclos de 28 días, hasta dos años después de la primera cirugía.

Discussão:
La hidatidosis vertebral es una grave enfermedad que debuta frecuentemente con sintomatología neurológica severa. El tratamiento quirúrgico es complejo, y pese a que con frecuencia la excisión completa resulta imposible, es la mejor opción terapéutica, asociadas al uso de drogas antihelmínticas (albendazol).

Conclusão:
La prevención es la mejor estrategia terapéutica en las áreas endémicas.

P11 - **Vertebrectomia em bloco: Técnica cirúrgica**

Augusto Cunha Martins, Inês Balacó, Cristina Alves, Pedro Cardoso, Gabriel Matos, Tah Pu Ling
(Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - Hospital Pediátrico)

Introdução:
Os tumores vertebrais correspondem a cerca de 5% de todos os tumores ósseos. A coluna vertebral é um dos locais mais frequentes de metastização tumoral. A curetagem ou a excisão piecemeal tem sido o tratamento de eleição neste tipo de lesão. No entanto, existem claras desvantagens nestas abordagens. Existe o risco de contaminação dos tecidos vizinhos com células tumorais, bem como a sua permanência devido à dificuldade em distinguir o tecido tumoral do tecido são. Estes factores contribuem para ressecções incompletas, bem como altas taxas de recidiva. A vertebrectomia em bloco permite a ressecção do tumor numa única peça anatómica juntamente com tecido são e, deste modo, diminui a recidiva local e melhorar a sobrevida dos doentes. Os autores apresentam um caso, no qual realizaram a técnica de vertebrectomia em bloco de acordo com a técnica de Tomita.

Material e Métodos:
Apresentamos o caso de uma criança do género feminino de 16 anos, com uma metástase vertebral (T11), dois anos após ter sido operada a uma sarcoma de Ewing da extremidade distal do fémur esquerdo, no qual foi feita a ressecção do tumor e reconstrução com prótese tumoral. Realizámos a vertebrectomia em bloco de T11 utilizando uma via posterior única, com instrumentação T9-L1 com parafusos pediculares e reconstrução da coluna anterior com um cilindro expansível.

Resultados:
Três meses após a cirurgia, a doente está a realizar quimioterapia. Encontra-se sem queixas álgicas e sem défices neurológicos.

Discussão:
Apresentamos este caso pela raridade de uma metástase vertebral num sarcoma de Ewing em idade pediátrica e pela complexidade da técnica realizada, um dos procedimentos mais exigentes em cirurgia da coluna vertebral.

Conclusão:
A vertebrectomia em bloco é, de acordo com a literatura e em casos selecionados, a melhor opção para o doente e deverá ser realizada sempre que possível, apesar das dificuldades técnicas.

P12 - **Representação Esquemática da Morfometria Pedicular – L3, L4, L5 – da População Portuguesa**
Manuel Dos Santos Carvalho, Joana Freitas, André Pinho, Francisco Serdoura, Vitorino Veludo, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
Representação Esquemática das medições em TC de parâmetros morfométricos cirurgicamente relevantes (eixo longitudinal anterior[A], largura intertransversária[B], largura pedicular transversal[C], profundidade até córtex anterior no eixo longitudinal[D], profundidade até córtex anterior no eixo pedicular[E], ângulo pedicular transversal[F], diâmetro sagital[Sd], ângulo pedicular sagital[Sa]).

Material e Métodos:
Seleccionados 100 TC (50 homens, 50 mulheres), realizados na mesma instituição e pelo mesmo aparelho. Portugueses, com idades entre 18-65 anos. Excluídos todos aqueles que em relatório apresentavam doença neoplásica, degenerativa severa, infecciosa, deformidades congénitas/adquiridas, fracturas ou listesis. Dois observadores, observador 1 (T1), e observador 2 (T1) efectuaram de forma independente as medições em milímetros (arredondadas à casa decimal) nos indivíduos selecionados, no mesmo programa informático. Num segundo tempo, as mesmas medições foram efectuados novamente pelo primeiro observador (observador 1; T2). Foram efectuadas oito medições consideradas com relevância cirúrgica nas vértebras L3, L4, L5. Foi feita comparação por sexo e por classe etária (=40 anos e >40 anos), utilizando o teste t de student A concordância inter-observador e intra-observador foram avaliadas através do cálculo dos Concordance correlation coefficients, utilizando a escala de Landis & Koch para classificar os coeficientes.

Resultados:
Dos 94 indivíduos (6 exclusões após selecção) avaliados 47 (50%) eram homens e 47 (50%) mulheres. Os indivíduos tinham entre 23 e 65 anos sendo a média de idades 48,1 anos (±11,68). Existem diferenças estatisticamente significativas por sexo em todas as medições excepto para ângulo pedicular transversal e ângulo pedicular sagital. Não foram encontradas diferenças em relação à idade dos indivíduos. Feita a caracterização epidemiológica das 8 medidas em L3 ([A] 80.0±4.44? 88.9±5.29?, [B] 85±6.62? 95.7±7.21?, [C] 8.2±1.96? 9.8±2.02?, [D] 38±4.52? 42±3.44?, [E] 49.2±3.11? 53.2±3.25?, [F] 23.2±2.76, [Sd] 12.4±1.57? 13.5±2.02?, [Sa]8.2±2.08); L4 ([A]79.5±6.10? 85.9±6.46?, [B] 82.5±5.47? 91.8±7.41?, [C] 12.5±1.03? 12.3±2.26?, [D] 36±5.31? 40.3±3.58?, [E] 48.1±2.73? 52.4±3.89?, [F]26±3.04, [Sd] 11.5±1.78? 12.8±2.12?, [Sa]8.0±2.54) ; L5 ([A] 75±6.67? 80±6.05?, [B] 88±6.87? 95.8±6.02?, [C] 14.5±2.51? 16.4±2.76?, [D] 30.3±5.28? 34.8±4.86?, [E] 48±3.62? 52.5±4.16?, [F]32.2±3.87, [Sd] 10.5±1.58? 11.4±2.13?, [Sa] 7.5±2.45).

Discussão:
É apresentada a representação esquemática dos resultados da caracterização da morfometria pedicular de L3, L4 e L5 de uma amostra populacional portuguesa. Os resultados sugerem que se deve ter em conta na seleção dos parafusos o sexo, mas não a idade do doente. A literatura atual sugere a realização de TC's para um adequado planeamento pré-operatório. Assim, as medições do ângulo pedicular sagital, ângulo pedicular transversal e largura pedicular transversão são fundamentais para um adequado planeamento.

Conclusão:
A caracterização da morfometria pedicular na população portuguesa pode assim dar uma orientação para a seleção tamanho e orientação dos parafusos trans-pediculares. Esta seleção deve também ter em conta a diferença de sexos, mas não a idade do doente.

P13 - **Angiolipoma Dorsal , um caso clínico singular**
Nuno Camelo Barbosa, Luis Torres, Edgar Meira, Joana Cardoso, Hugo Aleixo, Paulo Araujo
(ULSM)

Introdução:
Os angiolipomas da coluna são neoplasias raras e benignas compostas por tecido adiposo diferenciado e tecido vascular alterado. Correspondem no total a 0,14-1,2% de todos os tumores da Coluna vertebral, estando à data reportados na literatura 128 casos clínicos.

Material e Métodos:
Análise de dados retrospectiva

Resultados:
Apresentamos um caso clínico de um angiolipoma dorsal D3-5 num doente 51 anos, sexo masculino , que se apresentou no S.U do nosso hospital com dor lombar e irradiação anterior para o abdómen e tórax tendo sido internado para estudo . Durante o internamento iniciou quadro de paraparésia grave dos membros inferiores , retenção urinária e obstipação sustentada. Realizou RMN que demonstrou lesão fusiforme heterogénea hiperintensa em T1 e T2 e hipointensa em STIR (com área central hiperintensa nesta sequencia). Foi sujeito a descompressão dorsal por laminectomia D3-5. A cirurgia decorreu sem intercorrências . A anatomopatologia da lesão revelou angiolipoma. Registou-se melhoria dos défices neurológicos no pós operatório.

Discussão:
Os angiolipomas são neoplasias raras e benignas , compostas por tecido adiposo diferenciado e tecido vascular alterado. Correspondem a 0,14 - 1,2% de todos os tumores da coluna vertebral. À data estão descritos 128 casos na literatura. O primeiro caso clínico foi descrito por Berenbruch em 1890 , um jovem de 16 anos com múltiplos lipomas cutâneos que desenvolveu paraparesia progressiva e hiperreflexia, tendo sido realizado diagnóstico de angiolipoma em autópsia após intervenção cirúrgica mal sucedida. Geralmente os angiolipomas são capsulados , não infiltrativos , apresentam crescimento lento e normalmente não sofrem transformação maligna. Têm habitualmente localização dorsal e a sua clínica de apresentação está directamente relacionada com a compressão que exercem no canal vertebral. A maioria dos angiolipomas não infiltrativos descritos na literatura são epidurais e de localização posterior ou posterolateral. A variabilidade da sua composição em tecido vascular e tecido adiposo leva à heterogeneidade nos estudos imagiológicos. A RMN é considerada "gold standart" para o diagnóstico de angiolipoma , tipicamente destacam-se por apresentar isointensidade em T1 e hiperintensidade em T2, no entanto o padrão de eco pode se alterar atendendo à variabilidade do componente vascular do angiolipoma. O tratamento cirúrgico - descompressão por laminectomia è o preconizado , havendo habitualmente reversão progressiva dos défices neurológicos .

Conclusão:
Descrevemos um caso clínico raro de agravamento neurológico súbito por angiolipoma dorsal . O tratamento preconizado consiste na completa ressecção do angiolipoma para conseguir reversão dos défices neurológicos. Habitualmente está associado a uma evolução benigna e a uma recuperação favorável no pós operatório.

Investigação

P14 - **Apresentação atípica de Osteomielite no adulto**
Joana Arcângelo, Ricardo Guerreiro, Augusto Martins
(Centro Hospitalar Lisboa Central)

Introdução:
A osteomielite é uma doença que é heterogénea na sua fisiopatologia, apresentação clínica e tratamento. É considerada uma das infecções mais difíceis de tratar apresentando taxas de reincidência na ordem dos 20%.

Material e Métodos:
Doente de 47 anos, sexo masculino, com antecedentes de hipocortisolismo pós-remoção de adenoma da hipófise, encontrando-se sob corticoterapia. Encontrava-se internado no serviço de Neurocirurgia onde havia sido re-intervencionado por recidiva tumoral. Ao 28º dia de internamento iniciou quadro febril acompanhado de queixas álgicas e sinais inflamatórios perimaleolares, no dorso do pé e face anterior da perna bilateralmente. Analiticamente destacava-se um aumento progressivo da PCR, sem leucocitose. Iniciou antibioterapia empírica com Amoxicilina/Ácido Clavulânico e solicitaram-se hemo e uroculturas que revelaram a presença de uma infecção sistémica a Serratia mercescens com provável ponto de partida no trato urinário. A antibioterapia é ajustada de acordo com o TSA para Piperacilina/Tazobactam endovenoso. Nesta altura, por quadro de septicemia, é transferido para a UCI. Desde o inicio do quadro séptico mantém sinais inflamatórios peri-articulares ao nível de ambos os tornozelos, joelhos e cotovelo direito de forma migratória diária, sendo este quadro interpretado inicialmente como artrite reactiva. A persistência da febre e o agravamento e exuberância

dos sinais inflamatórios, nomeadamente ao nível do tornozelo esquerdo, conduzem à realização de RMN que revela lesões ósseas sugestivas de focos de isquemia/necrose em provável relação com osteomielite complicada de abcessos. A análise bacteriológica após drenagem de abcesso localizado na face externa do calcâneo esquerdo confirmou a presença de infecção por Serratia mercescens. Ajustou-se a terapêutica para Piperacilina/Tazobactam e Ciprofloxacina por via endovenosa. Uma cintigrafia óssea e RMN dos membros inferiores revelaram tratar-se de uma condição com carácter multifocal. Observavam-se extensos fenómenos de osteonecrose óssea na totalidade de ambos os fémures, terço proximal e distal das tibias envolvendo os planaltos tibiais, maléolos, calcâneos e astrágalos. Associavam-se alterações de miosite dos vários segmentos musculares adjacentes e múltiplas colecções líquidas.

Resultados:
O doente enfrentou uma recuperação lenta mas progressiva, evoluindo de queixas álgicas exuberantes e limitativas, com persistência da febre até à nona semana de antibioterapia, para um controlo eficaz da dor, apirexia mantida e aumento gradual da amplitude de movimentos. Teve alta após 14 semanas de antibioterapia dupla. Tal como durante o internamento, dada a extensão das lesões e risco de colapso ósseo, o doente manteve indicação de descarga total em ambulatório e antibioterapia com Ciprofloxacina durante 4 meses. Ao fim desde tempo o doente repetiu cintigrafia óssea com gálio que revelou franca atenuação/normalização das lesões previamente detectadas, traduzindo evolução favorável do processo infeccioso ósseo multifocal pelo que se planeia o inicio da sua recuperação funcional.

Discussão:
Trata-se portanto de um caso de osteomielite multifocal por provável disseminação hematogénia em doente adulto sob corticoterapia, com uma urosépsis a Serratia mercescens. Uma breve revisão da literatura demonstrou estarmos perante uma apresentação pouco comum deste tipo de infecção, desde a sua forma de disseminação até ao agente identificado. A osteomielite hematogénia é tipicamente uma doença da infância sendo responsável por apenas 20% dos casos de osteomielite no adulto. O local de infecção também varia com a idade. Nos adultos os ossos longos estão raramente envolvidos. Enquanto que nos recém-nascidos a apresentação multifocal é comum (50%), esta ocorre em apenas 6-9% das crianças mais velhas e ainda mais raramente no adulto. O S. aureus é o microorganismo mais frequentemente identificado. A Serratia merces

Joelho

P15 - **Descolamento asséptico de Prótese total do Joelho (PTJ) por hipersensibilidade aos metais**
Rui De Freitas Dias, Manuel Caetano, Carlos Alegre, Inês Coutinho, Margarida Gonçalo, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
O descolamento asséptico é uma das complicações mais frequentes das artroplastias totais do joelho e é responsável por cerca de 17% de todas as revisões realizadas. É caracterizado por uma reacção de osteólise na interface entre o osso hospedeiro e o implante e pode ter várias etiologias, nomeadamente a hipersensibilidade aos metais, ocorrendo uma reacção imunológica mediada por macrófagos e linfócitos que reagem com as partículas metálicas libertadas pelo desgaste dos componentes protéticos. A prevalência de hipersensibilidade aos metais na população ronda os 10 a 15%, sendo a hipersensibilidade ao níquel a mais frequente e o sexo feminino o mais afectado.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso clínico de um descolamento asséptico de PTJ por hipersensibilidade ao Níquel e Paládio tratado inicialmente como infecção. Doente do sexo feminino de 72 anos, transferida de outra instituição com o diagnóstico de infecção de PTJ. Antecedentes de artroplastia primária do joelho há 3 anos, complicada por infecção aguda com fístula cutânea sem gérmen identificado. Submetida a limpeza cirúrgica no primeiro mês pós-operatório, revisão de PTJ num único tempo ao fim de um ano, e remoção do componente femoral e insert tibial no ano seguinte, sempre com sinais inflamatórios locais e fistula activa. Analiticamente sem leucocitose nem elevação da PCR. A doente foi submetida a nova limpeza cirúrgica com remoção do restante componente tibial e colocação de espaçador de cimento. Foram realizadas múltiplas biópsias da sinovial e tecido periprotético para cultura microbiológica que foram negativas. Levantada a suspeição de reacção de hipersensibilidade aos metais ou outros constituintes da prótese, foi pedida a colaboração do Serviço de Dermatologia e a doente foi submetida a testes cutâneos de hipersensibilidade aos metais. Foram efectuados testes epicutâneos com a série básica Europeia, com gentamicina e distintos acrilatos utilizados e com múltiplos metais. A leitura dos testes ao fim de 2 e 5 dias (em D2 e D5), revelou reacções positivas ao sulfato de níquel a 5% vas (2+) e ao tetracloropaladato a 2% vas (2+).

Resultados:
Os resultados dos testes epicutâneos realizados mostraram hipersensibilidade retardada ao níquel e paládio presentes no material da prótese da paciente. Clinicamente, após a remoção de todo o material a doente não apresentava sinais inflamatórios nem fistulização activa.

Discussão:
A infecção é a complicação relacionada com o implante mais comum na artroplastia total do joelho com uma elevada morbilidade associada. Por esse motivo, sempre que surgem sinais inflamatórios ou fístulas cutâneas em doentes com PTJ o diagnóstico de infecção tem que ser considerado. Caso a identificação do gérmen responsável pela infecção não seja conseguida, tem que se procurar outra etiologia para a reacção inflamatória em questão, sendo que a hipersensibilidade aos metais do implante tem que ser considerada. Para além do estudo analítico, dos exames radiológicos e da cintigrafia, os testes de hipersensibilidade aos metais nomeadamente os testes epicutâneos, são de extrema importância para o diagnóstico desta patologia. O tratamento destas situações consiste na remoção de todo o material metálico e a sua substituição por outros materiais como as ligas de cerâmica.

Conclusão:
A Hipersensibilidade aos metais é uma causa de descolamento de PTJ que não pode ser negligenciada. Em casos de suspeita de descolamento séptico sem identificação de gérmen e sem parâmetros analíticos inflamatórios este diagnóstico deve ser considerado e o estudo complementar recorrendo a testes de hipersensibilidade aos metais deve ser realizado para planear o tratamento definitivo. Em doentes com história de hipersensibilidade a metais, comprovada por testes epicutâneos, será de preferir a utilização de material cerâmico ou material com reduzido teor no metal a que o doente demonstrou hiperse

---

P16 - **Revisão de Artroplastia Total do Joelho com Prótese de Apoio Metafisário - 2 Casos Clínicos**
Luis Sobral, Afonso Caetano, Carlos Cardoso, Jorge Lopes, João Salgueiro
(Hospital São Francisco Xavier - CHLO)

Introdução:
A artroplastia total do joelho (ATJ) é um procedimento que devolve a qualidade de vida aos doentes com gonartrose grave. Representa a artroplastia total mais frequentemente realizada nos Estados Unidos com cerca de 700000 procedimentos/ano estimando-se uma quintuplicação até 2030. O aumento do número de próteses primárias e o prolongamento da esperança média de vida torna cada vez mais frequente a cirurgia de revisão com maior grau de complexidade e maior taxa de complicações associadas. Na evolução da revisão da ATJ apresentamos duas doentes com extensa perda de massa óssea, uma após falência de prótese primária e outra após falência de prótese de revisão com aumentos e hastes que foram submetidas a cirurgia de revisão com prótese de apoio metafisário. Descrevem-se os resultados clínicos, imagiológicos e complicações com um follow-up médio de 15,5 meses.

Material e Métodos:
Reportamos os casos de duas doentes, com 70 e 79 anos (média de 74,5 anos), com média de recuo de 15,5 meses, submetidas a revisão de ATJ com prótese de apoio metafisário, por falência de prótese primária (componente femoral) e de prótese de revisão com aumentos e hastes e apoio cortical (componente tibial). A avaliação da perda de massa óssea foi realizada pré e confirmada intraoperatoriamente utilizando a escala AORI (Anderson Orthopaedic Research Institute). Ambas foram submetidas a remoção de extensa fibrose, dos componentes femoral, tibial e cimento e preparação com fresagem do canal medular. Após teste com os componentes de prova, foram colocados os implantes definitivos com apoio metafisário, não cimentados. Para avaliação clínica foi utilizada a escala KSS (Knee Society Score).

Resultados:
Ambas as doentes apresentavam intraoperatoriamente extensa perda de massa óssea classificada como F2b e T2b segundo classificação AORI. O controlo radiológico da doente com maior tempo de follow-up apresenta já osteointegração dos componentes protésicos obtendo-se uma progressão clínica de um score 0/100 para 73/100 no KSS apesar do diagnóstico de artrite reumatoide. A segunda doente, ainda em processo de reabilitação e com apenas 3 meses de seguimento pós-operatório, já evoluiu de um score pré-operatório de 0/100 para um KSS de 45/100.

Discussão:
A revisão de ATJ em doentes com extensa perda de massa óssea exige um estudo e planeamento pré-operatórios criteriosos munindo-se o cirurgião das opções adequadas a uma decisão que muitas vezes é intraoperatória. A escala do AORI é um sistema baseado na classificação de Engh e é atualmente aceite para categorização da perda óssea, embora não validada. Nestes casos, as doentes apresentavam extensa perda de osso metafisário com comprometimento da cortical uma a nível do fémur outra da tíbia com integridade ligamentar associada correspondendo a uma classificação F2b e T2b respectivamente. Existem várias opções de tratamento consoante a extensão da perda de massa óssea entre os quais se destacam a prótese de apoio metafisário, a prótese de ressecção tumoral, o preenchimento com cimento, enxerto ósseo ou metal trabecular e a artrodese. Optou-se pela prótese de apoio metafisário reportando-se bons resultados clínicos e favorável evolução imagiológica.

Conclusão:
Apresentamos dois casos de revisão de ATJ com prótese de apoio metafisário com bons resultados após follow-up médio de 15,5 meses. Consideramos importante e necessária a avaliação parametrizada da perda de massa óssea nos casos de revisão de ATJ para um correto planeamento e orientação terapêutica. A prótese de apoio metafisário com as forças distribuídas uniformemente pela metáfise e com a osteointegração parece-nos uma boa alternativa em relação à prótese de ressecção tumoral, reservando as últimas para perdas de massa óssea mais extensas.

P17 - **DIFICIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN INFECCIÓN DE RODILLA: A PROPÓSITO DE UN CASO**
Carlos Cano Gala, D.a. Rendón Díaz, F.j. García García, L. Alonso Guardo, A. Muñoz Galindo
(Hospital Virgen de la Vega)

Introdução:
La enfermedad de Lyme es una enfermedad inflamatoria caracterizada por una erupción cutánea, inflamación articular y síntomas parecidos a los de la gripe, causada por la bacteria Borrelia burgdoferi que se transmite por la picadura de la garrapata del venado y otros ungulados. El objetivo de esta presentación no es tanto explicar la afectación articular de la Borreliosis de Lyme, sino plantear el hecho de que ante una decisión diagnostico-terapéutica concreta es vital una correcta historia clínica centrada sobre todo en la exploración

física, más que en pruebas complementarias que en determinados casos pueden confundirnos y hacernos adoptar medidas erróneas.

Material e Métodos:
Presentamos el caso de un paciente varón de 69 años que fue sometido a una cirugía de sustitución articular (Artroplastia Total de Rodilla) por Gonartrosis derecha en Noviembre de 2009. El postoperatorio inmediato evoluciona sin ningún tipo de complicación, consiguiendo una rodilla estable, con una buena flexoextensión y sin dolor. A partir de Febrero de 2010, el paciente es ingresado en repetidas ocasiones por parte del Servicio de Medicina Interna a causa de la persistencia de una Fiebre de Origen Desconocido. En uno de esos ingresos y, después de haber descartado otros focos, practican al paciente una Gammagrafía con Galio y Leukoscan, obteniendo como resultado una captación uniforme en la rodilla intervenida. Ante su sospecha de infección del material protésico, nos avisan para valoración y posterior cirugía de recambio. A la Exploración Física el paciente únicamente presentaba dolor a la exploración de la rodilla. No presentaba fiebre y la PCR se había normalizado por la antibioterapia empírica que había recibido. La prótesis seguía siendo estable a la exploración. No presentaba ningún signo externo de infección, ni inflamación, ni enrojecimiento, ni excesivo derrame articular. A la exploración radiológica no hay ningún signo de movilización protésica. A pesar de la insistencia por parte del Servicio de Med. Interna y de la Gammagrafía captante, de desecha el diagnostico de movilización séptica de la prótesis y se descarta la revisión quirúrgica de la misma. En un último ingreso en Enero 2012 por la misma causa, se amplia la batería de estudios y se comprueba que la serología a Borrelia burgdorferi es positiva. El paciente es diagnosticado de Enfermedad de Lyme y tratado con Doxiciclina. El cuadro remitió en pocas semanas.

Resultados:
Como dato anecdótico el paciente ha querido ser intervenido hace un mes de la rodilla contralateral.

Discussão:
La borreliosis es una enfermedad de distribución mundial, aunque la mayor parte de los casos humanos se ha descrito en el hemisferio norte A pesar de su escasa incidencia, no se nos debe olvidar que el Estadio III de la enfermedad cursa con la llamada artritis de Lyme, inflamación intermitente o crónica de una sola articulación (monoartritis) o de varias (oligoartritis) y se presenta con mayor frecuencia en la rodilla. Puede cursar con dolor en los tendones y músculos, que no obstante son difíciles de distinguir de otras patologías.

Conclusão:
En el caso presentado, la discusión va dirigida sobre todo hacia la gran importancia que tienen una exhaustiva exploración física y anamnesis. Por ello, es fundamental unificar todos los datos obtenidos tanto de la historia clínica como de las pruebas complementarias y, a partir de ahí, establecer un diagnostico y el tratamiento correspondiente. Si en nuestro caso hubiéramos valorado exclusivamente la Gammagrafia y la presión ejercida por parte de otros especialistas sin tener en cuenta nuestro propio criterio clínico, el paciente hubiera sido sometido a una Cirugía de revisión protésica sin necesitarlo, con las consecuencias medicolegales que de ello se hubieran derivado.

P18 - **OSTEOTOMIA NAS SEQUELAS DA DOENÇA DE BLOUNT COM USO DE FIXADOR DINÂMICO**
Elson Sousa Miranda, Elson José S. Miranda
()

Introdução:
O Genovaro por seqüela da Doença de Blount (01) é conhecida por etiologia discutida, sempre levando as deformidades importantes, tanto funcionais como estética, com atenção para a rotação interna da perna, encurtamento do membro inferior e varismo da tíbia. Várias técnicas cirúrgicas já foram propostas sempre com objetivo de correção da angulação, rotação interna e o encurtamento, fazendo osteotomia (02) única ou dupla, podendo usar ou não fixação interna ou externa.

Material e Métodos:
Há 15 anos a nossa opção é a corticotomia de adição transtuberositária de abertura com base medial, mas sem comprometer a inserção de ligamento patelar e estabilização com Fixador Externo Circular (ILIZAROV) 1 anel proximal e 2 distais, para correção progressiva das deformidades de encurtamento, varismo, rotação interna e translação de eixo. Todos operados e evoluídos pela mesma técnica, meio de fixação e equipe médica, avaliação diária e semanal até a correção total do membro operado. A partir do 5º dia pós-operatório começamos a correção do encurtamento e varo após 21 dias a rotação interna e translação do eixo.

Resultados:

Oito casos foram tratados com este método, seguidos por mais de 4 anos, com boa recuperação funcional, estética e satisfação dos pacientes.

Discussão:
A osteotomia da tíbia com uso de fixador dinâmico circular dá muita segurança na solução das deformidades, advertindo que é de difícil execução, e requer bom treinamento e domínio do método pela equipe médica e reabilitação.

Conclusão:
O uso do fixador externo para correção das deformidades na Doença de Blount tem vantagens como o alinhamento progressivo, deixando o joelho livre para movimentos e deambulação precoce, entretanto requer atenção na dinamização do fixador que altera para cada caso que pode ser modificada com a evolução da cicatrização óssea.

P19 - **Calcificação heterotópica após artroplastia total do joelho – caso clínico**

Artur Antunes, Manuel Santos Carvalho, Manuel Seara, Paulo Oliveira, António Mendes Moura, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João EPE)

Introdução:
A incidência de calcificações heterotópicas (OH) após artroplastia total do joelho (ATJ) é muito variável nos diversos estudos publicados – Figgie et al. (1986) 42%, Lovelace et al. (1984) 10%, Harwin et al. (1993) 4% e Rader et al (1997) 9%. Embora não exista consenso sobre a incidência, a maioria das calcificações heterotópicas são assintomáticas e carecem de tratamento específico. Descrevemos um caso clínico de OH sintomática após ATJ primária que foi submetido a exérese artroscópica.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino de 61 anos de idade, seguido em consulta por queixas de gonalgia esquerda progressiva, com radiografia que revelava alterações degenerativas tricompartimentais grau IV/V de Ahlbäck e joelho varo de 5º, submetido a ATJ em 2011.Realizamos avaliação clinica, estudo radiográfico e revisão bibliográfica sobre o tema.

Resultados:
O doente foi submetido a ATJ primária com sacrifício do ligamento cruzado posterior, sob raquianestesia. O período pós-operatório decorreu sem registo de intercorrências, tendo alta clinica ao terceiro dia após a cirurgia. Em consultas subsequentes apresentou melhoria progressiva das queixas álgicas, marcha sem apoios ao segundo mês, joelho estável em varo-valgo, sem derrame e com mobilidade de 0-110º. Ao quarto mês pós-operatório iniciou quadro de queixas mecânicas localizadas no compartimento interno. Ao exame objetivo, apresentava dor localizada na região do ligamento colateral medial (LCM), joelho estável, sem derrame articular e mobilidade 0-100º. O estudo radiográfico revelou uma calcificação com cerca de 1x1cm na vertente justa-tibial do LCM (grau I/III de Figgie) e ATJ sem aparente imagem de interlucências. Realizamos infiltração local com corticoide e período de reabilitação funcional em fisioterapia, sem melhoria sintomática. Aos 6 meses após ATJ e por manutenção do quadro sintomatológico, foi submetido a exérese artroscópica da calcificação. No seguimento após 1 ano, o doente encontra-se assintomático, com mobilidade 0-120º, sem evidência radiográfica de recidiva da calcificação.

Discussão:
Na literatura atual estão descritos como fatores de risco para desenvolvimento de OH: sexo masculino, antecedentes de OH noutro local, osteofitose marcada, espondilite anquilosante, doença de Paget e hiperosteose idiopática. O tratamento médico com infiltração local de corticoide e reabilitação funcional em fisioterapia está preconizado para OH grau 0, I e II de Figgie,estando o tratamento cirúrgico reservado para casos sintomáticos que não revertam com tratamento médico e OH grau III/III de Figgie, que contempla anquilose completa com perda franca de mobilidade.

Conclusão:
Apresentamos um caso clínico raro de OH (grau I/III de Figgie) após ATJ primária, inicialmente submetido a tratamento médico e que após falência do mesmo foi tratado com sucesso através de exérese artroscópica, com melhoria do quadro sintomatológico e funcional.

P20 - **Instabilidade de Prótese Total do Joelho (PTJ) por migração do "insert" tibial.**

Manuel Caetano, João Oliveira, Alexandre Brandão, Carlos Alegre, Rui Dias, Fernando Fonseca

(CHUC)

Introdução:
A artroplastia total do joelho é um procedimento que se massificou nos últimos anos. A taxa de complicações relacionada com este procedimento ronda os 3%, no entanto o elevado número de artroplastias realizadas anualmente contribui para a necessidade de cada vez mais cirurgias de revisão. As complicações mais frequentes que originam a necessidade de cirurgia de revisão são por ordem decrescente; infecção 25,4%, instabilidade 21,2%, contractura 16,9%, descolamento asséptico dos componentes 16,9%, má orientação dos componentes 11,8%, deficiência do aparelho extensor 6,6%, descolamento da patela 4,2% e fracturas peri-protéticas 2,8%. A instabilidade da PTJ pode ser classificada em 2 tipos; Instabilidade rotacional (varo/valgo) ou translacional (anterior/posterior). As causas principais de instabilidade são o mau equilíbrio ligamentar e dos tecidos moles, a perda de integridade dos ligamentos colaterais, o desgaste do polietileno, a má orientação dos componentes e o mau dimensionamento dos mesmos. As manifestações clinicas de uma PTJ instável são a dor associada à sensação de insegurança do joelho. O diagnóstico é realizado pelo exame físico e complementado pela radiografia em carga do joelho. Os autores apresentam um caso clinico raro de uma doente submetida a revisão de PTJ por instabilidade causada pela migração do insert tibial.

Material e Métodos:
Doente de 77 anos de idade, com artroplastia do joelho direito com 8 anos de evolução. Foi observada em consulta externa, com queixas de dor localizada ao joelho direito e sensação de instabilidade com cerca de 2 anos de evolução e agravamento progressivo. Ao Exame objectivo, apresentava um joelho com instabilidade global acentuada. Radiologicamente, apresentava uma PTJ com boa orientação dos componentes femoral e tibial, sem sinais de descolamento. A interlinha articular estava muito diminuida, e sobressaía uma imagem com características de calcificação na vertente antero-interna do fémur distal. Intraoperatoriamente, verificou-se a migração do polietileno tibial que estava alojado no fundo de saco subquadricipital. Os componentes femoral e tibial apresentavam sinais evidentes de desgaste comprovado pela existência de um ”pseudotumor” exuberante provocado pela metalose consequente ao contacto “metal-metal” dos componentes femoral e tibial. Os ligamentos colaterais medial e lateral estavam íntegros sem laxidez. Foi realizada uma revisão com PTJ de revisão com hastes femoral e tibial após desbridamento amplo dos tecidos e extracção dos componentes que estavam perfeitamente implantados.

Resultados:
A doente teve um pós operatório sem complicações, teve alta hospitalar sem apresentar clinicamente instabilidade ligamentar e com arco de movimento 0-90º.

Discussão:
A instabilidade de uma PTJ é uma complicação frequente e responsável por um elevado número de cirurgias de revisão. O seu diagnóstico é baseado em critérios clínicos e radiológicos e a atitude terapêutica é individualizada a cada situação. O presente caso clinico, tem particular interesse pela sua raridade e pela instabilidade acentuada causada pela migração do polietileno. A causa desta migração permanece no entanto por esclarecer. A opção cirúrgica tomada para esta revisão, poderia passar apenas pela substituição do polietileno, que em princípio restabeleceria o equilíbrio ligamentar num processo simples de executar e com pouco agressividade para a doente mantendo o mesmo capital ósseo. No entanto, o desgaste provocado pela fricção de duas superfícies “metal-metal” foi de tal forma acentuado, que os componentes apresentavam sinais claros de desgaste.

Conclusão:
A migração do polietileno tibial pode ser uma causa de instabilidade de PTJ, que se manifesta por uma instabilidade rotacional e translacional grave, acompanhada pela formação de um pseudotumor originado pelas partículas libertadas pela interface “metal-metal”. A artroplastia de revisão recorr

---

P21 - **As fracturas periprotéticas de PTJ primárias e a aplicação de DFN**
Rui De Freitas Dias, Manuel Caetano, Carlos Alegre, Fernando Monteiro Judas, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
O aumento da longevidade e o número crescente de artroplastias primárias e de revisão do joelho, induz um aumento das fracturas periprotéticas. A complexidade

destas fracturas e os defeitos ósseos apresentados implicam a osteossíntese e/ou revisão dos sistemas de artroplastia e a aplicação de aloenxertos ósseos, sendo necessátio procedimentos definidos. Um dos métodos de osteossintese utilizados é o encavilhamento centro medular com cavilha de introdução distal.

Material e Métodos:
: Entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2012 foram aplicadas 920 PTJ primárias. Foram diagnosticadas 40 fracturas periprotéticas primárias de PTJ (1,94%). Foi utilizada a classificação de AAOS. Os autores fizeram a revisão das fracturas que foram objecto de fixação com cavilha DFN. A maioria das fracturas periprotéticas foi do tipo I e 2. Foram operadas 29 fracturas periprotéticas (90,6%), sendo 24 casos tratados com osteossíntese com cavilha endomedular DFN. Foram registados os tempos de cirurgia, as complicações intra e pós operatórias e a grandeza da hemorragia. Todas as cirurgias foram realizadas sem a abertura do foco de fractura.

Resultados:
Não há registo de complicações por falência de material, infecção ou registo de admnistração de uinidades de sangue. A consolidação das fracturas verificou-se, em média, às 12 semanas, observando-se a presença de um calo ósseo consistente, mecanicamente estável. Não há consolidação viciosa. A mobilidade do joelho em extensão foi 0º em todos os casos, e a mobilidade em flexão variou entre 140º e 90º. Não foi registado nenhum sinal radiológico de descolamente da artroplastia.

Discussão:
As fracturas periprotéticas do fémur com PTJ apresentam problemas de vária ordem, tanto da estabilidade da prótese como da consolidação da fractura. As fracturas que apresentem estabilidade do implante devem ser tratadas inicialmente com osteossintese (placa/cavilha distal). Um dos problemas destas fracturas é a má qualidade de osso associada a possíveis defeitos ósseos. Nesta situação, preconizamos a aplicação concomitante de aloenxerto, sob variadas formas, granulado, cortical ou descalcificado. O número de casos destas fracturas é coincidente com outras séries internacionais. Os resultados da consolidação da fractura, nos casos com aplicação de aloenxerto, são bastante animadores e não há registo de complicações inerentes à técnica. Os casos onde foi aplicado o aloenxerto apresentavam defeitos ósseos e má qualidade óssea em relação ao suporte ósseo. A aplicação de aloenxerto não alterou a mobilidade do joelho.

Conclusão:
A complexidade destas fracturas e os defeitos ósseos apresentados implicam a osteossíntese e/ou revisão dos sistemas de artroplastia, e ainda a aplicação de aloenxertos ósseos, sendo necessários procedimentos ósseos bem definidos que dependem da qualidade do osso, da estabilidade do implante e da personalidade de fractura. A opção pela preservação da prótese primária ou pela realização de artroplastia de revisão deve ser feita de forma cuidadosa. A cavilha DFN é um método eficaz para o tratamento de fracturas periprotéticas de PTJ quando está indicada a fixação da fractura, há estabilidade da prótese e o tipo de fractura não implica outros métodos de osteossintese.

P22 - **Síndrome Ellis-Van Creveld - Correção de Genu Valgum Bilateral**

Tiago Rebelo, João Moreno, Zico Gonçalves, Ana Abrantes, Machado Rodrigues, Manuel Sousa
(Centro Hospitalar Tondela-Viseu)

Introdução:
O Síndrome de Ellis Van Creveld (SEVC) ou displasia condroectodérmica é uma doença de transmissão autossómica recessiva, extremamente rara, e que resulta de mutação dos genes EVC e EVC2 do cromossoma 4p16. Caracteriza-se por malformações cardíacas, polidactilia, displasia ectodérmica e condrodisplasia de ossos longos. Apresenta-se um caso clínico de SEVC com genu valgum bilateral corrigido cirurgicamente com osteotomias do fémur e da tíbia.

Material e Métodos:
Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 35 anos, referenciada à Consulta Externa por gonalgia bilateral persistente e deformidade dos membros inferiores que condicionavam limitação marcha. Ao exame objectivo apresenta baixa estatura (137cm), estreitamento torácico, bradidactilia, hipoplasia das unhas e dentes, alopécia e genu valgum bilateral. Antecedentes de cirurgia cardíaca (por cardiopatia congénita) e correção de polidactilia. Realizada cirurgia de correção de genu valgum bilateral, em Maio de 2009 à esquerda e Dezembro de 2009 à direita: osteotomias tipo Conventry no fémur distal e de adição externa na tíbia (com enxerto autólogo).

Resultados:
Boa evolução clínica, sem gonalgia, melhoria do padrão da marcha, normalização dos eixos mecânicos funcionais dos membros inferiores, com consolidação das osteotomias e satisfação da doente.

Discussão:
O diagnóstico de SEVC é essencialmente clínico. Do ponto de vista ortopédico, importa corrigir os casos de genu valgum uma vez que condicionam artrose precoce. As osteotomias combinadas (tíbio-femoral) estão indicadas para deformidades severas na qual a osteotomia simples proximal ou distal à articulação seria insuficiente.

Conclusão:
O genu valgum é frequente e fisiológico em crianças. Contudo, em alguns casos, como no SEVC a deformidade necessita de correção. De entre as várias hipóteses, as osteotomias são provavelmente o método mais comum de correção de deformidades angulares. Neste caso conseguiu-se um nível de satisfação elevado, tanto estética como clinicamente, sem complicações e com recuperação célere.

P23 - **Osteotomia femoral varizante com navegação intraoperatória – caso clinico**
Pedro Miguel Marques, Pedro Sá, Juan Rodriguez, Edmundo Ford, Luis Lozano, Dragos Popescu
(Hospital Clinic)

Introdução:
As osteotomías em torno do joelho têm vindo a ser utilizadas há muito tempo de forma a corrigir deformidades angulares. O uso de artroscopia intra-operatoria é útil para valorizar possíveis lesões intra-articulares, como avaliar o estado da cartilagem articular. As osteotomías com o auxílio de navegação têm demonstrado bons resultados, permitindo um controlo tridimensional, diminuindo o risco de alterar o alinhamento para um plano não desejado.

Material e Métodos:
Doente, 58 nos, sexo feminino, com quadro clínico de dor no joelho direito, com mobilidade completa e sem instabilidade. Ao rx apresentava um valgo de 9º e desgaste do compartimento externo. Submetida a artroscopia do joelho, que demonstrou ausencia de desgaste articular do compartimento interno e patelar. Com os auxílio de navegação, constatou-se que o eixo mecânico era de 18º intraoperatoriamente, e, seguidamente, realizou-se a osteotomía varização do fémur, com aloenxerto e fixação com placa tomofix.

Resultados:
A navegação no final da cirurgia demonstrou um eixo mecânico de 180º. 6 meses pós-operatório a doente encontra-se sem queixas álgicas, apresentando ao rx um eixo mecânico de 180º.

Discussão:
A osteotomía com navegador permite um controlo permanente do eixo do membro inferior durante todo o acto cirúrgico, diminuindo o índice de complicações e permitindo um eixo mecânico correcto no pós-operatório. A estabilidade ligamentar é importante para assegurar uma adequada restituição do eixo de carga do membro.

Conclusão:
Com o aumento das artroplastias unicompartimentais e com o desenvolvimento da cirurgia miniinvasiva o uso de osteotomías têm vindo a diminuir, não deixando de ser uma excelente opção de tratamento da artrose unicompartimental.

Ombro e Cotovelo

P24 - **Síndrome do Desfiladeiro Torácico – Caso Clínico**
Tânia Pinto Freitas, J.vide, D.gomes, J.ovidio, A.couto, F. Leite
(Hospital de Faro)

Introdução:
O síndrome do desfiladeiro torácico consiste num grupo de distúrbios que são causados pela compressão do plexo braquial e/ou artéria e veia subclávias na sua passagem estreita da base do pescoço para o braço através da axila. A verdadeira incidência e prevalência não são conhecidas, sendo reportadas prevalências variáveis entre 3 a 80 casos por 1000. É mais comum em mulheres na 4ª década de vida. O objectivo deste trabalho é documentar um caso de diagnóstico dificil de sindrome do desfiladeiro torácico

Material e Métodos:
Os autores observaram, trataram e fizeram o follow-up de uma doente de 29 anos, assistente de consultório, que iniciou queixas de parestesias da mão esquerda no território do nervo cubital e edema da mão, sem episódio traumático prévio. Foi realizada história clínica complementada com radiografias (Rx), electromiografia (EMG), tomografia computorizada (TC), ressonância magnética nuclear (RMN) e angioressonância (AngioRMN) e arteriografia. A doente foi submetida a tratamento cirúrgico com excisão parcial da 1ª costela e escalenectomia, por via supraclavicular.

Resultados:
A história clínica revelou queixas edema e de parestesias da mão esquerda no território do nervo cubital. Ao exame objetivo foi possível confirmar o edema e reproduzir as parestesias por compressão do túnel cubital ao nível do cotovelo. Verificou-se assimetria dos pulsos (ténue à esquerda) exacerbada pela manobra de abdução dos braços. A doente apresentava tumefação não dolorosa (5 cm) da região supraclavicular esquerda. Como meios auxiliares de diagnóstico realizou EMG compatível com síndrome do túnel cubital a esquerda. O Rx e TC revelaram costelas cervicais em C7 (mais exuberante à esquerda) e pseudartrose do primeiro arco costal esquerdo. Foi realizada RMN supraclavicular mostrando espessamento dos músculos escalenos à esquerda. A AngioRMN revelou redução do calibre a nível da artéria subclávia esquerda. A Arteriografia confirmou compressão vascular bilateral, mais intensa à esquerda. Procedeu-se a cirurgia de excisão da 1ªa costela e escalenectomia. 1 ano após a cirurgia a doente encontrava-se sem sintomas a nível do MSE mas desenvolveu queixas de edema da mão direita e parestesias. A AngioRMN revela redução do calibre da artéria subclávia direita de 50%.

Discussão:
Segundo a literatura o estreitamento desta área ocorre mais frequentemente devido a existência de costelas cervicais congénitas, mas podem ser comuns as bandas fibrosas, hipertrofia dos músculos escalenos e variações da 1ªa costela ou clavícula. No caso apresentado havia suspeição de um componente misto por hipertrofia dos escalenos, costelas cervicais e pseudartrose da 1ª costela. Este síndrome é classificado em três subtipos conforme as estruturas envolvidas: neurogénico (a maioria), venoso e arterial. No caso apresentado verifica-se o componente neurológico e arterial. O objectivo do tratamento cirúrgico foi aliviar a compressão sobre as estruturas neurovasculares sabendo que se alcançam resultados rápidos e eficazes na maioria dos casos. Por quadro mais exuberante a esquerda, assumimos que este síndrome era causado predominantemente pela pseudartrose da 1ª costela e por hipertrofia dos escalenos optando-se por não proceder à excisão das costelas cervicais, pois intraoperatoriamente não se verificou a existência de quaisquer bandas fibrosas a elas associadas causando compressão. Foi usada a via supraclavicular de modo a possibilitar ressecar as costelas cervicais se assim fosse pertinente. Alcançou-se resolução completa dos sintomas com sucesso no tratamento, mantido após 1,5 anos de follow up. O início de um quadro semelhante à direita faz-nos pensar que aqui, a existência de costelas cervicais seja a causa principal desta patologia

Conclusão:
Perante o doente que apresenta sintomas sobreponíveis a varias patologias, o correto diagnóstico requer um elevado índice de suspei

---

P25 - **INESTABILIDAD POSTEROLATERAL DE CODO SECUNDARIA A DEFORMIDAD EN VARO**
Miguel Sanagustin Silano, Alberto Aso Vizan, Juan Francisco Blanco Gómez, Beatriz García Martinez, Sofia Ferrer Peiron, Ignacio Carbonel Bueno
(HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA)

Introdução:
La luxación aguda de codo es relativamente frecuente, supone el 28% de todas las lesiones del codo. Habitualmente tras traumatismo de alta energía, que genera afectación de partes blandas y que puede ocasionar pérdida funcional residual. La inestabilidad remanente, poco frecuente, en la mayoría de casos es sutil y se debe a la alteración del complejo ligamentario lateral, que condiciona una inestabilidad rotatoria posterolateral.

Material e Métodos:
Mujer de 33 años, que tras caida presenta una luxación postero lateral en codo izquierdo, sin fractura asociada. Refiere como único antecedente, fractura supracondilea de ese codo en la infancia, tratada mediante yeso cerrado braquiopalamar, con una deformidad residual en varo, con balance completo y sin inestabilidad, que le ha permitido realizar todo tipo de actividades sin limitaciones. La reducción cerrada resulta inestable a la flexión, a partir de 100º, con luxación postero lateral. Se realizó reducción cerrada, con bloqueo cubito humeral con aguja de Kirschner de 3 mm, y férula posterio braquiopalamar a 90º en supinación máxima. Al mes comienza rehabilitación, presentando extensión completa, con episodios de subluxación a partir de 90º, con marcada inestabilidad lateral al varo. La radiografía se observa un angulo humero cubital en desviación de varo de unos 20º, y displasia troclear. La RNM muestra integridad complejos ligamentorios laterales, que difiere de la clinica. La cirugía constó de dos fases, primero transposición subcutanea nervio cubital, segundo, osteotomia metafisodiafisaria de cuña externa de húmero distal, y osteosintesis con doble placa LCP, con reinserción proximal del ligamento colateral radial con un anclaje reabsorbible. Se inmovilizó con una férula de yeso braquiopalmar en 90º de flexión durante 3 semanas y, después, se inició tratamiento rehabilitador. Al año La paciente no ha sufrido ningún episodio de luxación ni subluxación, presenta un balance completo y mínima molestia en epitroclea, que cesó tras extracción de las placas.

Resultados:
(anterior: caso clínico)

Discussão:
La inestabilidad del codo suele mantener dos características constantes: el surco troclear del cúbito es anormal, o bien los ligamentos colaterales están relajados, dándose ambas situaciones nuestro caso. Además el caso asocia una deformidad residual en varo, que si bien en condiciones normales el complejo ligamentario lateral sólo es responsable del 9-15% de la estabilidad al varo, esta anomalía le otorga un mayor peso estabilizador biomecánico a los ligamentos laterales, que en un proceso de adaptativo se acomodaron en su desarrollo a esta situación de varo, descompensada por el traumatismo con luxación.

Conclusão:
Los ligamentos colaterales estabilizan el codo al varo-valgo, durante todo el recorrido articular. La lesión del fascículo posterior, principal estabilizador del complejo ligamentario lateral, supone una inestabilidad rotatoria lateral, y ésta se ve incrementada a medida que se flexiona el codo y es máxima cuando se llega a 110º de flexión.

P26 - **Artroplastia total do cotovelo, follow-up de 10 anos**

Ricardo Frada, António Miranda, Herculano Nascimento, Fernando Leal, Vera Resende, João Teixeira (CHEDV)

Introdução:
A artroplastia total do cotovelo (PTC) é uma artroplastia que está muito menos desenvolvida do que a artroplastia da anca, joelho ou ombro por diversas razões. Se por um lado, existe uma dificuldade no desenvolvimento de um design de prótese que permita uma sobrevida a longo prazo, por outro, a indicação para colocação de prótese total do cotovelo é muito estrita e por isso o interesse comercial é mais reduzido. Com este estudo pretendemos avaliar a nossa experiência com artroplastia total do cotovelo a longo prazo.

Material e Métodos:
Avaliação retrospectiva de 20 pacientes submetidos a artroplastia total do cotovelo entre 2001-2011. Foi realizada uma revisão do processo clínico, uma avaliação radiológica e uma avaliação funcional com MEPS (Mayo Elbow Performance Score). Foram realizados dois tipos de PTC (restritivas e não-restritivas). O follow-up mínimo é de 1 ano.

Resultados:
Dos pacientes avaliados 12 eram do género masculino e 8 do género feminino com uma idade média de 65

anos. Foram realizadas 13 próteses do tipo restritivo e 7 próteses do tipo não-restritivo. Dois pacientes saíram fora do estudo por falecimento durante o follow-up. A indicação para artroplastia foi em 12 casos por osteoartrose degenerativa do cotovelo, 2 casos de artrite reumatoide e 6 casos por fratura do cotovelo. A taxa de falência foi de 15% (3 casos) em 10 anos sendo que a falência ocorreu por volta dos 5 anos pós artroplastia e sempre por descolamento asséptico da prótese. Avaliando radiologicamente verifica-se uma linha de radiolucência peri-protésica em 40% (8) dos implantes. Não se verificou diferença em termos funcionais ou de falência comparando próteses restritivas com não restritivas, p=0,23 p=0,14 respetivamente. O arco de movimento flexão-extensão médio foi de -30 -110°. O MEPS médio foi de 70 pontos. Como complicações pós-operatórias há a registar uma infeção superficial, uma síndrome de dor regional complexa e duas neuropraxias do nervo cubital que resolveram completamente.

Discussão:
A artroplastia total do cotovelo é classicamente descrita como uma artroplastia complexa e com longevidade reduzida. Na série apresentada verifica-se uma taxa de falência aos 10 anos razoável e com um bom resultado funcional. Não se verificou ao contrário do estudo publicados mais recentemente uma sobreposição das artroplastias não restritivas face às restritivas pese embora tratar-se de um cohort reduzido.

Conclusão:
A artroplastia total do cotovelo é uma opção de recurso em casos de artrose grave (degenerativa, inflamatória ou traumática) ou fraturas complexas do cotovelo. Na nossa série verifica-se uma taxa de falência semelhante à apresentada na literatura e com resultados funcionais satisfatórios.

P27 - **RESULTADO FUNCIONAL A CORTO PLAZO DE LAS FRACTURAS CONMINUTAS DE HÚMERO PROXIMAL TRATADAS QUIRÚRGICAMENTE.**

Miguel Sanagustin Silano, Alberto Aso Vizan, Victor Roda Rojo, Marina Lillo Adan, Jorge Camacho Chacon, Antonio Lobo Escolar
(HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA)

Introdução:
Las fracturas de húmero proximal afectan mayoritariamente a pacientes ancianos, las tres cuartas partes en mayores de 60 años. El manejo adecuado de estas fracturas continúa siendo controvertido. El objetivo del estudio es comparar la placa anatómica frente a la hemiartroplastia primaria en el tratamiento de las fracturas de húmero proximal en cuatro fragmentos, comparando si un procedimiento es superior al otro en función del tipo de revisión, la funcionalidad del hombro (Constant-Murley score) en ambos grupos al final del seguimiento.

Material e Métodos:
Estudio descriptivo retrospectivo en el que fueron incluidos 30 pacientes consecutivos entre 2009 y 2010(edad media de 66,77 años) con fracturas de húmero proximal en cuatro fragmentos. Se compararon 19 pacientes tratados con placa anatómica frente a 11 pacientes tratados con hemiartroplastia. Ambos grupos eran similares en todos los criterios. Se realizó un seguimiento en un rango de 11 a 48 meses.

Resultados:
Dentro del total de la muestra hubo un 17% de pacientes con complicaciones. En el grupo de la placa anatómica, 3 pacientes necesitaron revisión quirúrgica, consecuencia de necrosis avascular y cut-outs de los tornillos, presentando un caso ambas complicaciones asociadas, lo que representa un 16% de complicaciones dentro de los pacientes tratados mediante osteosíntesis. En el grupo de la hemiartroplastia sólo 2 pacientes precisaron revisión quirúrgica, secundaria a inestabilidad e infección, representando un 18% dentro de este grupo. No hay diferencias entre ambos grupos en cuanto a las complicaciones. El resultado clínico funcional medido según la escala de Constant Murlay fue de una media de 67,2 puntos para los casos tratados mediante osteosíntesis con placa frente a 62,5 puntos para los tratados mediante artroplastia parcial de hombro.

Discussão:
Tanto la fijación interna como la hemiartroplastia, se asocia a elevado riesgo de complicaciones, próximas al 20%. Ambas técnicas ocasionan limitación en la función de manera global, siendo menor la observada en el grupo con placa anatómica, y con menor repercusión sobre las actividades básicas de la vida diaria. El dolor a corto plazo presenta un mejor con control en los pacientes tratados con osteosíntesis, igualándose dichos resultados a medio plazo.

Conclusão:
La fractura conminuta de húmero proximal se asocia a lata tasa de complicaciones, siendo mejores los resultados funcionales obtenidos con la osteosíntesis mediante placa anatómica.

P28 - **Osteocondroma da clavícula-uma etiologia inesperada de omalgia.**
Maria Luísa Fardilha, Renato Neves, Raul Cerqueira, Ana Façanha, Susana Pinto, Afonso Ruano
(Unidade Local de Saude do Nordeste)

Introdução:
O osteocondroma é um tumor ósseo benigno comum, que tipicamente se desenvolve na metáfise de um osso longo. Apesar de descritas outras localizações, a sua ocorrência na clavícula é extremamente rara. Frequentemente, revelam-se de forma incidental, mas podem produzir sintomas por compressão de estruturas circundantes. Neste trabalho apresenta-se um caso clínico, inicialmente interpretado como uma omalgia de etiologia inflamatória, que culminou num diagnóstico peculiar.

Material e Métodos:
Mulher de 29 anos, lojista, que recorre à Consulta Externa de Ortopedia por dor difusa, de carácter opressivo, estendendo-se da região peitoral até à superfície postero-lateral do ombro direito, irradiando superiormente pela metade direita do pescoço até à nuca, com 4 anos de evolução, início insidioso, agravamento nocturno, com decúbito lateral direito e movimentos de abdução do ombro. Referia intensificação marcada da dor e restrição da mobilidade do ombro cerca de 3 meses antes da observação médica, sem associação com trauma, tendo sido observada em consulta de Reumatologia e diagnosticada artrose esterno-clavicular direita. Foi medicada com antiinflamatórios não esteróides, sem qualquer alívio da sintomatologia. Manteve agravamento gradual do quadro clínico, referindo à data da observação inicial dificuldade em conciliar o sono pela dor nocturna e, sobretudo, por não tolerar o decúbito, lateral ou dorsal, dada a sensação de opressão sobre a região peitoral direita e dor cervical irradiada. Ao exame objectivo, os únicos achados eram uma discreta tumefacção esterno-clavicular direita, dor ligeira à palpação, sem rubor ou calor na área dolorosa; os arcos de mobilidade do ombro estavam restritos a 50º de flexão, 30º de abdução e 10º de extensão, cursando com dor tanto activa como passivamente. Imagiologicamente, verificava-se a presença de deformidade e hipertrofia da extremidade medial da clavícula, de contornos irregulares e extensão inferior e posterior, sobre a grade costal. Foi realizada exérese em bloco de lesão osteocartilagínea séssil de cerca de 2cmx5cm e da extremidade proximal da clavícula direita, feita fixação com arpão Twinfix no esterno e sutura transóssea à clavícula, com reforço da cápsula restante.

Resultados:
No período pós-operatório imediato ocorreu recuperação completa da mobilidade do ombro direito e, nas semanas seguintes, resolução total da sintomatologia álgica. O estudo anátomo-patológico confirmou o diagnóstico de osteocondroma. Após 24 meses de seguimento, não se verificou qualquer sinal de recidiva clínica ou imagiológica, tendo a doente retomado o 'status' funcional prévio.

Discussão:
Apesar de a clavícula se desenvolver através de um processo de ossificação intramembranosa, e por isso ser um local incomum na génese de ostecondromas, é sabido que as suas extremidades acromial e esternal possuem cartilagem articular. Na extremidade esternal desenvolve-se um centro de ossificação secundário responsável pela maioria do seu crescimento longitudinal pelo que, muito provavelmente, este tipo de lesões surge associado a esse mesmo centro. Entre os osteocondromas claviculares actualmente descritos, apenas 4 tinham origem no terço medial da clavícula, e destes apenas dois cursavam com dor, apresentando ambos alterações vasculares e neurológicas exuberantes resultantes da compressão das estruturas circundantes. Neste caso não se verificou lesão das estruturas nobres adjacentes, apesar da sua extensão posteroinferior, mas antes um síndrome doloroso associado a limitação da mobilidade do ombro direito, provavelmente por defesa. Encontram-se descritos alguns casos que cursam com omalgia e 'impingement' da coifa dos rotadores, mas todos relativos a lesões similares de localização lateral. O tratamento do osteocondroma sintomático passa pela ressecção cirúrgica em bloco, com extirpação de todo o tecido ósseo e cartilagíneo tumoral para minimizar o risco de recidiva.
<b< font="">

P29 - **Um caso de bursite subacromial com corpos livres tipo "rice bodies" de etiologia desconhecida.**
Mafalda De Noronha Lopes, José Caldeira, Patricia Gomes, Francisco Santos, Ricardo Rocha, Pedro Lemos
(Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca - Amadora/Sintra)

Introdução:
A formação de corpos livres tipo "rice bodies" dentro de cavidades articulares e bainhas tendinosas, tem sido tradicionalmente observada em doentes com patologia reumática, como artrite reumatóide ou lúpus eritematoso sistémico ou em doentes com patologia infecciosa, nomeadamente por tuberculose ou infecção por micobactérias atípicas. A presença de "rice bodies" sem patologia de base associada é uma situação raramente descrita. A causa para a sua formação permanece obscura e estará, provavelmente, associada a uma complicação rara de um processo de bursite crónica.

Material e Métodos:
Apresenta-se um caso clínico de doente, sexo feminino, 31 anos, natural de Manaus, Brasil e residente em Portugal há 4 anos. Subjectivamente saudável, sem antecedentes pessoais e/ou familiares relevantes. Apresentava dor referida ao ombro esquerdo com cerca de 6 meses de evolução, de intensidade moderada mas progressiva, sem limitação funcional significativa e sem alivio com terapêutica anti-inflamatória. Clinicamente, era visível um aumento de volume do ombro, sem sinais inflamatórios aparentes, sem alterações nos arcos de mobilidade e sem alterações nos testes de integridade da coifa dos rotadores. Radiograficamente era visível um aumento das partes moles da região proximal do úmero, sem calcificações ou erosões ósseas. A ecografia revelou a presença de numerosas lesões ovaladas de localização subacromial/subdeltoideia. Analiticamente foram pesquisados marcadores para doenças inflamatórias sistémicas, que se revelaram negativos. Parâmetros inflamatórios como VS e PCR encontravam-se igualmente dentro dos valores de normalidade. A restante avaliação analítica não apresentava alterações relevantes. Optou-se por tratamento cirúrgico.

Resultados:
A doente foi submetida a bursectomia por via aberta, utilizando uma abordagem "deltoid split", tendo sido feita excisão em bloco da peça. A peça cirúrgica tinha 10,1 cm de maior eixo e continha no seu interior numerosos corpos livres tipo "rice bodies" com dimensões entre 0,5 e 1,3 cm de maior eixo. A analise anátomo-patológica revelou um tecido fibro-adiposo e sinovial, com infiltrado inflamatório predominantemente linfo-histiocitário, granulomas não necrotizantes com células gigantes tipo Langhans, deposição de fibrina, focos de hemorragia e hemossiderina. Não se evidenciaram BAAR com as colorações de Z-Neelsen e PAS. A cultura microbiológica foi negativa, nomeadamente para micobácterias. O procedimento cirúrgico e o pós-operatório decorreram sem intercorrências. A doente encontra-se clinicamente sem dor, sem limitação funcional e com mobilidades dentro da normalidade. Não houve recorrência sintomática ou aparecimento de sintomatologia de novo aos 12 meses de follow up.

Discussão:
O resultado histopatológico foi compatível com sinovite granulomatosa, clinicamente não correlacionado com aparente processo reumático/auto-imune, ou com processo infeccioso subjacente.

Conclusão:
Os rice bodies contêm um núcleo amorfo de material acidofílico rodeado por colagéneo e fibrina. Apesar de habitualmente relacionados com processos infecciosos ou inflamatórios sistémicos subjacentes, reportamos o aparecimento de sinovite granulomatosa volumosa com formação de rice bodies sem aparente etiologia subjacente. O tratamento com exerese da lesão levou a remissão completa sintomática. Este caso não exclui, no entanto, a necessidade do despiste cuidadoso e exaustivo de patologia etiológica de base.

P30 - **Rara Pseudartrose Olecrâneo e seu Tratamento - Caso Clínico**
Manuel Dos Santos Carvalho, Eurico Monteiro, Filipe Duarte, Artur Antunes, André Sá Rodrigues, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
Os autores apresentam um caso clínico de uma fractura olecrâneo que evoluiu para um raro caso de pseudartrose. É também apresentado o tratamento da pseudartrose com placas posteriores pré-moldadas bloqueadas e colocação de enxerto ósseo ilíaco.

Material e Métodos:
Homem, 40 anos, trabalhador manual que sofre queda

com cotovelo em extensão. Apresenta-se no serviço de urgência com dor, edema e limitação funcional severa do cotovelo em posição antálgica – flexão cotovelo a 90º. Realizou Rx que demonstrou uma fractura articular simples desviada , não cuminutiva – Tipo IIA Mayo / AO 21B1. Sem história ou sinais de luxação prévia ou instabilidade cotovelo. Foi submetido a osteossíntese – redução aberta e fixação interna – cerclage com fios e efeito banda tensão. Iniciou um protocolo de mobilização precoce assistida no primeiro dia pós-operatório, assim como mobilização mão e dedos de modo a diminuir edema mão e prevenir aparecimento rigidez articular distal. Às 16 semanas pós operatório por manter dor e limitação funcional cotovelo realizou TC que demonstrou a ausência de sinais de consolidação. Optou-se então por revisão cirúrgica – remoção material osteossíntese prévio, re-fixação fractura com placa bloqueada pré-moldada e uso adjuvante enxerto ósseo ilíaco. Nesta data, o cotovelo foi imobilizado por 4 semanas com tala posterior até inciar mobilização assistida. Às 8 semanas pós-operatórias, e já havendo sinais de consolidação em Rx iniciou mobilizações contra-resistência e fortalecimento muscular cotovelo por um período de 6 semanas. Reiniciou actividade profissional aos 3 meses após segunda cirurgia sem qualquer limitação laboral. Aos 9 meses followup, apresenta-se assintomático com uma perda de 5º extensão e sem défice flexão.

Resultados:
.

Discussão:
As fracturas do olecrâneo estão entre a mais comuns do membro superior, atingindo aproximadamente 10% das fracturas do cotovelo. Estas fracturas são um grupo diverso desde simples e sem desvio até fracturas luxação do cotovelo de elevada complexidade. São todas fracturas intra-articulares que necessitam de uma reconstrução anatómica da superfície articular. Qualquer que seja o método, este tem de ser seguro o suficiente para permitar uma mobilização precoce do cotovelo de modo a evitar a rigidez articular. Pela grande variabilidade do padrão destas fracturas e lesões associadas, não há um método tratamento considerado ideal para todas as fracturas. Este tipo de fixação é desenhado de modo a converter as forças de distração/tensão do aparelho extensor em forças de compressão na superfície articular. A fixação com placas está indicada para fracturas cuminutivas, fracturas distais envolvendo a apófise coronóide, fracturas oblíquas distais ao ponto médio da incisura troclear, fracturas luxaçãoo de Monteggia e pseudartrose. A pseudartrose olecrâneo é rara, apresentando-se os doentes com dor, instabilidade e/ou limitaçao funcional com diminuição arco mobilidade. Papagelopoulos e Morrey relataram somente dois casos de pseudartrose em 196 fracturas olecrâneo num período de 10 anos na Mayo Clinic. O tratamento recomendado para estes casos passa pela excisão fragmentar, osteossíntese com placa compressão ou parafuso e até mesmo artroplastia cotovelo nos casos de artrose pós-traumática severa. A consolidação normalmente é conseguida com o uso de placa posterior e auto-enxerto ósseo. Quando se opta pelo uso de placa, o grupo AO recomenda o uso de uma placa compressão bloqueada metafisária 3,5mm com parafuso proximal interfragmentário e fixação adicional com parafusos bicorticais.

Conclusão:
O tratamento das fracturas do olecrâneo requerem cirurgias complexas com o risco de caso haja uma fixação insuficiente levar a uma perda de redução. Isto leva inevitavelmente à presença de défices funcionais, dor, artrose e mais raramente pseudartrose. Nestes casos, o tratamento indicado é a revisão cirúrgica podendo usar-se como método

---

P31 - **Tratamento cirúrgico da luxação anterior recidivante do ombro – ainda há espaço para a técnica de Bristow?**

Pedro Miguel Marques, Bruno Alpoim, Elisa Rodrigues, Pedro Sá, Carolina Oliveira, Francisco Lima Rodrigues (Unidade Local de Saúde Alto Minho)

Introdução:
A cirurgia de Bristow, constitui num método bem documentado para tratamento de luxações anteriores recidivantes do ombro. Juntamente, com a reconstrução capsulolabral e ligamentar de Bankart, ou com a variante de Latarjet, consiste na cirurgia mais utilizada para tratamento de instabilidades do ombro. Ultimamente, tem vindo a cair em desuso, pela complicações associadas (absorção do enxerto ósseo e instabilidade rotatória do mesmo) e pelo desenvolvimento da técnica de Latarjet.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo de todos os doentes tratados para luxação anterior recidivante, de origem traumática, do ombro pela técnica de Bristow, no período entre 2005 e 2010. 17 doentes cumpriam os requisitos propostos,

tendo-se perdido um doente para o follow-up, 4 sexo feminino e 12 do sexo masculino, tendo a média de idades sido de 30 anos. O lado dominante (direito) foi o mais atingido (69%). A todos os pacientes foi efectuado uma avaliação imagiológica (AP + perfil nadador) e funcional (score de Constant, score de Rowe e mobilidade) antes da cirurgia e na última consulta de follow-up. A duração mínima de follow-up foi de 1 ano e máxima de 5 anos (média de 28 meses). O objectivo deste trabalho consiste em avaliar se o tratamento cirúrgico da instabilidade do ombro pela técnica Bristow, e quantificar complicações associadas ou manutenção de instabilidade.

Resultados:
Todos os doentes reavaliados apresentavam excelente mobilidade articular, com score Constant entre 74 e 100 e score de Rowe entre 75 e 100. Radiológicamente, 19% dos doentes (3) apresentavam colocação axial do parafuso acima do equador e 13% (2), uma colocação mais medial a nível sagital. Apenas 3 doentes (19%) apresentavam lesão de Hill-Sachs. Verificou-se 25% de complicações. Em 2 pacientes verificou-se a existência de parafuso intraarticular num e presença de osteólise noutro, tendo sido necessário cirurgia de reintervenção para correcção dos mesmos. Na avaliação clínica 2 doentes apresentaram desconforto ao exame físico, tendo-se verificado existência de subluxação anterior num doente e uma instabilidade inferior no outro.

Discussão:
A utilização da técnica de Bristow tem vindo a reduzir, por um lado devido às complicações associadas à técnica, como pelo desenvolvimento da técnica de Latarjet, que confere uma melhor estabilidade, quer pelo tamanho do enxerto ósseo quer pela dupla fixação com parafusos. O número de complicações associadas apresentadas neste estudo é sobreponível a estudos semelhantes já publicados. A colocação ideal (máximo de 2mm medial e na metade inferior da glenóide) dever ser respeitada de forma a evitar complicações durante o follow-up.

Conclusão:
A cirurgia de Bristow, constitui um bom método de estabilização gleno-umeral, possuindo um mecanismo duplo para esse efeito (quer pelo efeito de reforço do tendão conjunto, quer pelo aumento da superfície glenoideia).

Ortopedia Infantil

P32 - **Correcção de Escoliose grave de doente com neurofibromatose complicada por neurofibroma extenso envolvendo os corpos e foramens vertebrais**
Pedro Bernardino Simões, Cristina Alves, Tah Pu Ling, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Gabriel Matos
(Centro Hospitalar Universitário de Coimbra)

Introdução:
A neurofibromatose é uma doença hereditária, autossómica-dominante, caracterizada por manchas "café com leite" e neurofibromas localizados praticamente em qualquer região anatómica e frequentemente associada a escoliose. Trata-se de uma das doenças hereditárias mais comuns, com uma prevalência de 20,8:1 000 000, sendo que há alterações da coluna em 15-20% dos casos.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso de escoliose lombar numa criança com neurofibromatose, de 11 anos, tratada com uma abordagem combinada anterior e posterior, separadas por um período 3 semanas. Nesse intervalo a doente esteve em tracção halofemoral, com força de tracção incremental. A cirurgia foi dificultada pela presença de um neurofibroma de grandes dimensões a envolver a porção anterior dos corpos vertebrais da curva e que se insinuava por dois buracos de conjugação.

Resultados:
CJDC; F; 11anos Doente com neurofibromatose, com uma curva curta lombar com angulo de Cobb de 93º, com displasia importante dos corpos vertebrais e uma rotação da vertebra apical de 90º, sem défices neurológicos. Foi realizada uma abordagem combinada com a realização de uma primaira abordagem anterior e três semanas depois uma abordagem posterior. Durante esse período, e de modo a diminuir o risco de lesão neurológica na redução cirúrgica da curva, Assim; 1º tempo: 1. Abordagem anterior retroperitoneal, discectomias de 3 níveis(L2-3, L3-4, L4-5 e osteotomia em cunha do prato superior de L3 e inferior de L2. 2- Abordagem posterior com osteotomias de Smith-Petersen/Ponte de 4 níveis, L1-2, L2-3, L3-4, L4-5. 3- Colocação de halo e estribos para tracção halo-femoral A abordagem da coluna por via anterior foi difícil e muito demorada porque a coluna (corpos vertebrais) estavam envoltos pelo neurofibroma, tornando a abordagem muito sangrativa e difícil, sendo difícil de

identificar os vasos segmentares. 2º tempo: 1. Redução da deformidade e artrodese posterior de T5 a Sacro

Discussão:
No tratamento cirúrgico das escolioses associadas a neurofibromatose é habitualmente necessária a combinação de abordagem anterior e posterior. Os aspectos que dificultaram o tratamento deste caso foram não apenas a grande deformidade mas também a presença de um neurofibroma a envolver os corpos vertebrais. A deformidade incluía um angulo de cobb de 93º e uma rotação da vértebra apical de 90º e por esse os autores optaram por colocar a doente em tracção ente os dois tempos operatórios de modo a diminuir o risco de lesão neurológica na redução da curva efectuada no 2º tempo cirúrgico.

Conclusão:
Os resultados obtidos foram bastante satisfatórios para a doente. Foi obtida uma boa correcção da curva, com angulo de cobb residual de 8º e sem rotação.

P33 - **Fractura dos côndilos occipitais em idade pediátrica: caso clínico**
João José Cabral, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
(Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra)

Introdução:
As fracturas dos côndilos occipitais foram descritas por Bell em 1817, existindo apenas alguns casos descritos no adulto e raros casos na idade pediátrica. A maioria dos doentes apresenta lesões crânio-encefálicas associadas. Tuli et al recomendam a realização de tomografia computorizada (TC) nas situações em que se verifica: presença de défices neurológicos associados a traumatismo craneo-ecefálico ou fractura da base do cranio, ou cervicalgia persistente apesar de radiografias aparentemente normais. Estão descritos por Anderson e Montesano três tipos de fractura dos côndilos occipitais: tipo I- fractura cominutiva impactada; tipo II- fractura da base do crânio com extensão aos côndilos; tipo III – fractura-avulsâo da porção inferomedial do côndilo onde se insere o ligamento alar.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso clínico de um doente de 9 anos, sexo masculino, encontrado caído, no recreio da escola, com traumatismo craniano e da face. Realizada avaliação clínica e imagiológica. O doente apresentava escala de Glasgow 15, hematoma periorbitário á direita, sem cervicalgia e mobilidade cervical indolor. Sem aparentes alterações na radiografia cervical e na TC-CE visualizava-se fracturas a nível das paredes antero/inferior do seio maxilar direito, fractura do pavimento da orbita direita e fractura dos côndilos occipitais tipo I de Anderson e Montesano. Manteve vigilância por parte da Cirurgia MaxiloFacial, sem indicação cirúrgica. Realizada imobilização cervical com colar cervical rígido que manteve durante 2 meses.

Resultados:
O período de imobilização cervical decorreu sem intercorrências, apresentando mobilidade cervical indolor e ampla com alguma dificuldade na rotação do pescoço para a direita após retirar o colar. Cinco meses após fractura apresentava-se clinicamente bem, sem quaisquer queixas. Radiografias cervicais evidenciaram bom alinhamento e ausência de sinais de instabilidade.

Discussão:
As fracturas dos côndilos occipitais muito raramente se identificam nas radiografias de crânio sendo necessário recorrer à TC para estabelecer o diagnóstico. Devido à crescente utilização da TC e Ressonância Magnética, nas últimas duas décadas, a descrição de casos de fractura dos côndilos occipitais tem aumentado. A verdadeira prevalência desta entidade é desconhecida mas a maioria dos autores reconhece que provavelmente é mais comum do que se imagina, embora rara na idade pediátrica. O espectro de apresentações clínicas é vasto, desde dissociação atlanto-occipital fatal, a perda de consciência, cervicalgia, limitação de mobilidade até doentes sem alterações neurológicas e escala de Glasgow normal. É consensual o tratamento deste tipo de fracturas baseado na classificação de Anderson: colar cervical rígido ou ortótese cervico-torácica usados nas fracturas estáveis (tipo 1 e 2) e halo-vest para as instáveis (tipo 2 ou 3). Nos poucos casos pediátricos descritos na literatura todos foram tratados seguindo estas guidelines e nenhuma intervenção cirúrgica foi indicada.

Conclusão:
As fracturas dos côndilos occipitais em idade pediátrica são raras e poucos casos estão descritos na literatura. Num contexto de traumatismo crânio-cervical, tanto no adulto como na criança, independentemente da escala de Glasgow, não se deve hesitar em incluir os níveis C0-C2 na avaliação por TC. É importante a familiarização com os núcleos de ossificação dos côndilos e odontoide

para que não sejam confundidos com fracturas. Um célere diagnóstico de fractura dos côndilos occipitais requer uma imediata imobilização cervical que poderá prevenir lesões neurológicas tardias e compressão fatal do tronco cerebral.

P34 - **Caso Raro de Fibrossarcoma Infantil num Dedo do Pé em Criança com 12 Meses**

Pedro Bernardino Simões, Cristina Alves, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Inês Balacó, Gabriel Matos
(Centro Hospitalar Universitário de Coimbra)

Introdução:
O fibrossarcoma afecta principalmente adultos acima dos 30 anos e é raro nas crianças. Existem no entanto casos congénitos e estes casos congénitos ou infantis ocorrem principalmente nos primeiros 12 meses de vida, particularmente em crianças do sexo masculino e localizados principalmente nas regiões mais distais das extremidades.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso raro de um fibrossarcoma infantil numa criança de 16 meses. Tratava-se de uma criança observada inicialmente pela cirurgia pediátrica por lesão na zona plantar do pé direito. Os colegas colocaram o diagnóstico de granuloma piogénico e foi operado por aquela especialidade em Junho de 2012. O estudo anatomo patológico revelou tratar-se de um fibrossarcoma, com exérese incompleta, e os autores foram nessa altura contactados para prestar colaboração.

Resultados:
MPV; M; 12 Meses Criança observada na consulta de cirurgia pediátrica por lesão plantar em Junho de 2012. Foi diagnosticado como granuloma piogénico e realizada excisão cirúrgica. A análise da anatomia patológica revelou um padrão característico de fibrossarcoma, com exérese incompleta. Foi nessa altura pedida pelos colegas a colaboração dos autores. Fez quimioterapia neo-adjuvante e foi realizada amputação do 2º raio do pé direito. Tem neste momento 7 meses de seguimento, sem sinais de recidiva.

Discussão:
O diagnóstico clínico de fibrossarcoma infantil é difícil de fazer. Trata-se de uma entidade rara e que pode clinicamente mimetizar várias outras patologias de prognóstico bem mais benigno. Este caso vem reforçar a importância da biopsia na caracterização das lesões de características atípicas.

Conclusão:
A extrema raridade destas lesões tornam muito difícil o diagnóstio de fibrossarcoma infantil. O aspecto macroscópico desta lesão maligna permite considerar várias hipóteses de diagnósticos benignos ou reactivos, e o exame de anatomia patológica é fundamental para um diagnóstico correcto.

P35 - **Tratamento por método de Ilizarov e sistema Hexapod em osteomielite da tíbia complicada por fractura e pseudoartrose no contexto da drepanocitose: um caso clínico**

João Nunes Castro, Nuno Ramiro, Joaquim Brito
(Hospital Santa Maria)

Introdução:
A osteomielite de ossos longos em crianças com drepanocitose é uma complicação relativamente frequente e de difícil resolução. . As tecnicas de Ilizarov permitem tratar as osteomielites da tíbia nas crianças, embora sejam aparelhos de aplicação difícil, especialmente neste tipo de doença de base. As fracturas são mais frequentes quando associadas a uma infecção generalizada da tíbia.

Material e Métodos:
Apresentamos um caso de uma criança de 7 anos, raça negra, seguida em infecciologia pediátrica, com um diagnóstico de osteomielite crónica diafisária da tíbia esquerda, com agente isolado de estafilococus aureus e a realizar antibioticoterapia de largo espectro em internamento. Inicialmente, a criança é submetida a uma abordagem medular através de calha óssea, desbridamento, limpeza, colocação de colar com pérolas de gentamicina. O membro foi colocado sob imobilização gessada e descarga a 100%. O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências e a criança tem alta aos 10 dias de antibiotico ev. Aos 5 meses de pós-operatório, reactivação de queixas álgicas com sinais inflamatórios locais e sistémicos, sendo submetida a novo procedimento de lavagem e desbridamento, com remoção do colar de gentamicina, mas com consequente fractura do 1/3 médio da tíbia. É imobilizada, primeiro com tala gessada e depois gesso tipo patela-tendon-bearing (PTB), realizando carga a partir 2-3 semanas pós-op. Aos 4 meses deste novo pós-

operatório, clinica e analiticamente sem evidencia de sinais infecciosos ou inflamatórios de novo, mas com manutenção de traço fracturário sugestivo de pseudoartrose do 1/3 médio da tíbia. Realiza RMN que evidencia marcadas alterações do terço médio da diáfise da tíbia com fractura não consolidada e alteração da medular óssea numa extensão longitudinal de cerca de 9 cm. É então submetida a novo procedimento com a ressecção segmentar (10 cm) da tíbia, corticotomia proximal e colocação de aparelho Ilizarov. Até aos 5 meses de pós-operatório, tendo submetida a transporte progressivo com ilizarov, é colocado sistema hexapod para correcção de translação anterior de segmento de transporte.

Resultados:
Aos 8 meses de pós-operatório, manutenção de alinhamento, com evidencia de regeneração da tíbia proximal, é submetida a colocação de enxerto tricortical do ilíaco homolateral em compressão. Ao fim de 4 anos e de múltiplos procedimentos, sem aparente reactivação da infecção, uma boa função do joelho e do tornozelo ipsilaterais, com evidencia de consolidação do foco de atracagem.

Discussão:
Este caso clínico pretende demonstrar a dificuldade que existe em tratar a osteomielite e as suas complicações em crianças com anemia falciforme. O tratamento com o método de Ilizarov demonstra bons resultados no tratamento destas situações, embora seja necessário um seguimento apertado para controlo da evolução clínica.

Conclusão:
Ao fim de múltiplos procedimentos, o resultado clínico actual é bom, numa doente com uma doença de base de difícil tratamento médico associada a frequentes infecções de difícil resolução

---

P36 - **PÉ BOTO & DISFUNÇÃO DO NERVO CIÁTICO POPLITEU EXTERNO - UMA ASSOCIAÇÃO INVULGAR**

Joana Helena Teixeira, Filipe Oliveira, Pedro Costa Rocha, Joaquim Soares Brito, Graça Lopes, Pedro Fernandes
(Hospital de Santa Maria)

Introdução:
O goldstandard para o tratamento do pé boto é o "método Ponseti" corrigindo a deformidade em 98% dos doentes após 7 gessos. Contudo alguns pés botos não respondem ao protocolo de gessos standard sendo conhecidos como pés atípicos. A presença de neuropatia idiopática e a lesão iatrogénica do nervo ciático popliteu externo são entidades raramente descritas na literatura médica. Com este trabalhos os autores procuram alertar para o diagnóstico da lesão do nervo ciático popliteu externo por poder condicionar alterações na resposta e duração do tratamento assim como por questões medicolegais.

Material e Métodos:
Foram identificados dois doentes com disfunção do ciático popliteu externo em 58 submetidos a tratamento do pé boto pela técnica de Ponseti. Em ambos os casos o diagnóstico foi feito na primeira consulta. Um doente apresentava uma disfunção do ciático popliteu externo bilateral, com ausência complete de dorsiflexão activa. A segunda doente apresentava uma disfunção unilateral do nervo ciático popliteu externo com diminuição da força de dorsiflexão do pé. Em ambos os casos os doentes foram inicialmente seguidos noutras instituições tendo sido tratamento segundo a técnica de Ponseti começado no nosso hospital aos 9 meses e 24 meses respectivamente.A pontuação de Pirani media no inicio do tratamento foi de s 4,5 (4,0-5,5), transferencia do tendão tibial anterior foi feita em todos os casos e foi prescrita uma ortotese segundo o protocolo.

Resultados:
Um pé apresentou 2 recidivas, tendo a primeira sido tratada conservadoramente com o protocolo de gessos, enquanto na segunda recidiva de optou por um alongamento de tendão de Aquiles e transferência do tendão tibial anterior. Todos os doentes necessitaram de ortoseses para iniciar a marcha. Na última avaliação o score de Pirani era de1,5, dorsiflesão média de 12º, nenhum dos doentes recuperou da lesão de nervo. A electromiografia não demonstrou lesão de nervo em nenhum dos pés .A data da última avaliação a doente com pé boto unilateral apresentava uma dismetria dos membros inferiores de 10 mm.

Discussão:
Estes dois casos clínicos demonstram a complexidade terapêutica desta associação, necessitando de um maior número de gessos para correcção da deformidade. A bilateralidade em um dos casos e a associação a uma dismetria significativa dos membros inferiores no segundo caso parece ser mais a favor de uma etiologia intrauterina ou sindromática para a

disfunção do nervo ciático popliteu externo em detrimento de uma causa iatrogénica.

Conclusão:
A associação de disfunção idiopática do nervo ciático popliteu externo a pé boto é rara. O tratamento é mais difícil e a taxa de recidiva maior. O diagnostico nosológico e etiológico precoce é fundamental na estimativa do prognóstico assim como para evitar questões medico legais.

P37 - **Um raro caso de uma fractura isolada do capítulo umeral na criança: discussão sobre as hipóteses de tratamento**

Ricardo Tomás Alves, Ana Bia, Pedro Castelhanito, Margarida Carvalho, José Mateus
(Centro Hospitalar do Oeste)

Introdução:
As fracturas do cotovelo têm uma elevada incidência na população pediátrica. Contudo, as fracturas isoladas do capítulo umeral são raras e representam apenas 1% de todas as fracturas do cotovelo e 6% das fracturas distais do úmero. Em crianças com menos de 12 anos, estas fracturas são ainda mais raras, uma vez que o capítulo umeral é constituído principalmente por cartilagem, o que o torna mais resistente ao stress. A fractura do côndilo umeral é mais frequentemente vista em crianças e é muitas vezes confundida com a fractura do capítulo; esta última é osteocondral e completamente intra-articular, tornando a diferenciação entre estes 2 tipos de fracturas fundamental para a escolha do tratamento correcto. A classificação de Bryan e Morrey divide-se entre: tipo 1 (Hahn-Steinthal); tipo 2 (Kocher-Lorenz); e tipo 3. Devido à raridade deste tipo de fracturas em crianças, há poucos estudos sobre tema e portanto a escolha do tratamento para cada uma destas situações torna-se controversa.

Material e Métodos:
Descrevemos um caso de uma criança de 12 anos, sexo feminino, que recorreu ao Serviço de Urgência por dor e limitação funcional ao nível do cotovelo direito, após queda em extensão enquanto corria. Ao exame objectivo apresentava edema moderado do cotovelo, com dor à palpação do bordo externo deste. A mobilidade estava gravemente limitada, principalmente a flexão. O diagnóstico foi feito com base em radiografias simples do cotovelo, com várias incidências, que mostraram uma fractura tipo 1 (Hahn-Steinthal), descoaptada e com o fragmento localizado anteriormente em relação à articulação. A nossa paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, tendo sido feita redução cruenta e osteossíntese. O fragmento foi manipulado e fixado provisoriamente, tendo sido posteriormente fixado com 2 parafusos sem cabeça (tipo Herbert). No final da cirurgia o cotovelo foi imobilizado com uma tala gessada braquio-palmar durante cerca de 2 semanas. No pós-operatório foi submetida a um programa de reabilitação com a duração de 3 meses.

Resultados:
A doente foi seguida durante 1 ano em consulta externa, tendo sido submetida a reavaliação clinica e exames radiográficos de forma regular. Ao 1º mês de pós-operatório apresentava um arco de mobilidade com limitação de 25º na flexão e 45º na extensão. Radiologicamente existiam sinais de consolidação da fractura. Na consulta dos 3 meses de pós-operatório apresentava consolidação da fractura e apenas 15º de défice de flexão, que recuperou posteriormente. Radiologicamente a fractura foi considerada consolidada. Um ano após a cirurgia teve alta da consulta, sem limitação da mobilidade ou outras queixas.

Discussão:
Existem poucas referências na literatura em relação ao tratamento deste tipo de fracturas em crianças. A redução incruenta é sugerida como método de tratamento, mas muitas vezes é difícil de conseguir. A fixação com fios de Kirschner é o método de tratamento mais citado, mas tem como inconveniente a manutenção da imobilização gessada por um período mais longo. Podem também ser utilizados parafusos (canulados, tipo Herbert) para uma fixação mais rígida. Neste caso utilizámos parafusos tipo Herbert, atingindo uma boa estabilidade da osteossíntese o que permitiu um reabilitação mais precoce.

Conclusão:
Uma fractura do capítulo umeral, descoaptada e do tipo 1, tal como a descrita, deve ser submetida a redução cruenta e osteossíntese, por forma a manter a congruência articular e minimizar o risco de sequelas. O objectivo é obter uma fixação estável que permita um rápido início da reabilitação.

Punho e Mão

P38 - **Incidência de Rizartrose em doentes com fracturas de Bennett e de Rolando tratados cirurgicamente.**

Miguel Carvalho, João Neves, Mafalda Batista, Nuno Fachada, Amílcar Araújo, Rita Jerónimo
(Hospital Ortopédico Santíago Outão)

Introdução:
A fractura da base do primeiro metacárpico é uma fractura relativamente frequente dos ossos da mão; existem poucos trabalhos publicados mencionando a incidência da rizartrose consequente à fractura da base do primeiro metacárpico. O objectivo deste trabalho consistiu em avaliar os resultados clínicos, diagnosticar quantos doentes evoluíram para rizartrose e correlacionar os resultados obtidos com o tipo de fractura e com o tratamento cirúrgico efectuado.

Material e Métodos:
Foram operados 38 doentes entre 1999 e 2011 com um follow-up médio de 9 anos e 6 meses. Esta série é composta por 11 mulheres e 27 homens a que correspondeu 12 fracturas de Rolando e 26 fracturas de Bennett. A média das idades foi de 31 anos [num intervalo de 15 – 76 anos]. Procedeu-se a uma revisão dos processos clínicos e efectuou-se uma avaliação radiográfica actual para despiste da rizartrose e classificação desta segundo Eaton. Foram também avaliados o arco de movimento do polegar, a força da mão com dinamómetro JAMAR e a força do polegar (tripode e chave) com dinamómetro digital.

Resultados:
Obteve-se uma percentagem baixa de doentes com rizartrose; a técnica cirúrgica com fios de Kirschnner (a mais utilizada) obteve a menor taxa de complicações e os melhores resultados funcionais.

Discussão:
A progressão para rizartrose verificou-se em maior percentagem nos doentes com fractura de Rolando. Foi encontrado como factor de agravamento do resultado cirúrgico o aumento da demora média entre a fractura e o tratamento cirúrgico.

Conclusão:
O número de doentes encontrados com evolução para rizartrose foi reduzido. Parece existir uma tendência estatística de melhores resultados clínicos quanto mais precocemente se procede ao adequado tratamento da fractura e consequentemente menor incidência de doentes com rizartrose.

P39 - **Fractura-luxação coronal complexa do Unciforme-5º Metacarpiano - a propósito de um caso clínico**

Filipe Carrico, Nuno Ferreira, Rui Duarte, Bruno Pereira, Nuno Sevivas, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
Fracturas do unciforme são lesões relativamente raras, e representam até 2% de todas fracturas dos ossos do carpo. De acordo com a classificação de Milch, estas fracturas pode ser dividida em dois grupos, fracturas do gancho e do corpo. A fractura do corpo unciforme é o mais raro dos dois, e é geralmente causada por um trauma direto ou por forças transmitidas axialmente através do eixo cubital-metacarpo. Fracturas do corpo do unciforme estão comumente associados com luxações dorsais do quarto e quinto metacarpos. Fracturas do unciforme passam frequentemente despercebidas e podem apresentar-se por dor crónica, deformidade e limitação do movimento do punho. Quando um paciente apresenta-se com um mecanismo adequado de lesão, com dor e sem evidência de fractura do quarto ou quinto metacarpo no raio-x, devemos suspeitar de uma fratura do unciforme.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso interessante de uma fractura coronal do corpo do unciforme com um tipo invulgar de tratamento essencial para a manutenção da redução e consolidação na posição anatómica.

Resultados:
Um paciente, sexo masculino, 49 anos de idade, recorreu ao Serviço de Urgência após um acidente de moto. O paciente sofreu um trauma direto para o lado cubital da mão esquerda com hiperextensão do punho. Queixava-se de dor e edema da mão esquerda. A radiografia simples foi realizada, o que foi relatado como normal, e o paciente teve alta com analgesia. Um mês depois, o paciente mantinha dor e apresentava deformidade do punho esquerdo. O exame físico mostrou edema e limitação da ROM do punho. No raio-x (dois planos ortogonais) e no TC, visualizou-se uma fractura coronal do corpo do Unciforme com a base do quinto metacarpiano impactada e luxada axialmente entre os fragmentos dorsal e volar do unciforme,

assemelhando-se a uma"sandwich ". A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico. A fratura foi abordada através de uma incisão dorsal centrado sobre o unciforme e a base do quinto metacarpiano. A fractura foi facilmente identificada com a base do quinto metacarpo interposta entre os dois fragmentos do unciforme. O quinto metacarpiano não foi facilmente reduzido e após a redução, a articulação ficou muito instável, impossibilitando a osteossíntese do unciforme. A distração da articulação foi conseguda através de um fixador externo e os fragmentos do unciforme foram fixados internamente com dois parafusos de 3,0 milímetros HCS ®. 6 semanas após a cirurgia, os fixadores externos foram removidos e o paciente foi encaminhado para a reabilitação física. 6 meses de pós-operatório, o paciente estava sem dor, sem limitação de movimento do punho (ROM: extensão 70o / 75o de flexão) e sem dificuldades nos movimentos de aperto da mão.

Discussão:
Neste caso clínico, reportamos uma fractura-luxação tipo III do unciforme, com o quinto metacarpo interposto entre os dois fragmentos do unciforme (que nomeamos de fractura-luxação "sanduíche"), onde a redução da fractura coronal do unciforme foi possível mas difícil de manter, devido à deslocação axial do quinto metacarpo. Fomos capazes de proporcionar uma redução congruente da articulação CMC usando um fixador externo temporário para manter o comprimento e parafusos interfragmentários para corrigir o unciforme.

Conclusão:
É nossa opinião que este tipo de fractura deve ser gerida de uma forma semelhante, permitindo fixação estável do unciforme e congruência das superfícies articulares durante o processo de cicatrização. Depois da remoção do fixador este método permite a restauração do movimento das articulações CMC necessárias para o aperto.

P40 - **Bloqueio da Articulação Metacarpo-falângica do dedo indicador: a propósito de um caso clínico**
Ana Bia, Ricardo Alves, Margarida Carvalho, José F. Mateus
(Hospital de Torres Vedras (Centro Hospitalar do Oeste))

Introdução:
Definido por Posner em 1986, o Bloqueio da Articulação Metacarpo-falângica (BAMF) dos dedos longos caracteriza-se pela limitação súbita da extensão activa e passiva, sem perda da flexão, estando mantida a mobilidade das articulações interfalângicas. Como diagnóstico diferencial, a tenossinovite estenosante (“Dedo em Gatilho”), mais frequente, caracteriza-se por um envolvimento primário das articulações interfalângicas, com limitação da extensão interfalângica proximal. Os casos de BAMF são muito raros estando descritos cerca de 1 centena de casos clínicos na literatura. Em 80% estão envolvidos D2 e D3, sendo a prevalência igual em ambos os sexos. Muitos autores tentaram explicar o mecanismo subjacente as estes bloqueios: 1) anomalias congénitas; 2) exostose da cabeça do metacarpo; 3) interposição do 1º interósseo dorsal; 4) laceração da placa volar; 5) corpo livre intra-articular; 6) bloqueio por osso sesamóide. Contudo, os mecanismos mais frequentemente referidos são o de interposição do ligamento colateral acessório radial na cabeça do metacarpo quando a articulação se encontra em flexão, e a ocorrência de um traumatismo minor prévio revelado pela existência de um osteófito da cabeça que causa uma perda da extensão da articulação metacarpo-falângica. A cirurgia é considerada o Goldstandard na maioria dos casos como a única solução para tratamento da causa do bloqueio. Estão descritas fracturas iatrogénicas com manobras de redução incruenta, não havendo consenso entre os grupos de trabalho em relação aos gestos a aplicar. O objectivo do presente trabalho é o de apresentar um caso clinico de BAMF de D2, tratado cirurgicamente no nosso Serviço.

Material e Métodos:
Caso clínico: mulher, 47 anos, que recorreu ao serviço de urgência por dor súbita no 2º dedo na mão esquerda ao levantar o colchão da cama. Referia limitação imediata da extensão do dedo após essa actividade. Objectivamente apresentava edema ligeiro do 2º dedo, arco de mobilidade metacarpo-falângica dos 0-40º, flexão máxima, mantendo a mobilidade das articulações interfalângicas proximal e distal. Foram efectuadas radiografias em incidências antero-posterior, perfil e Brewerton que não revelaram lesões osteo-articulares traumáticas agudas, mas apenas presença de ossos sesamóides volares em D1 e D2. Após injecção de anestésico intra-articular, procedeu-se a manobra de redução incruenta mediante tracção, rotação e extensão passiva, que foi ineficaz. Decidiu-se intervir cirurgicamente.

Resultados:
Optou-se por uma abordagem volar metacarpo-falângica. Constatou-se intra-operatóriamente a interposição do ligamento colateral acessório no côndilo radial do metacarpo. A extensão passiva foi imediatamente restaurada após redução. Não se verificaram complicações pós-operatórias imediatas. A doente iniciou mobilização activa progressiva. Aos 12 meses pós-operatório mantém-se assintomática, com extensão e flexão activa/passiva mantidas, não se tendo verificado até a data recorrência das queixas.

Discussão:
Apresentamos um caso clínico de BAMF com características semelhantes às descritas na literatura por Posner: bloqueio da articulação aos 40º de flexão, limitação da extensão passiva e activa, mantida a flexão completa e mobilidade normal das interfalangicas. Neste caso, o ligamento colateral acessório radial interpôs-se na articulação aquando o movimento de hiperextensão-flexão realizado pela doente. Trata-se da forma mais comum de etiologia deste tipo de lesões.

Conclusão:
O BAMF é uma entidade rara. Além da forma clássica com bloqueio em flexão (caso clínico apresentado), estão também descritos casos de bloqueio em extensão e bloqueio misto que obrigam à redefinição dos conceitos apresentados. As séries na literatura apresentam um número reduzido de casos, pelo que é imperativa a sistematização e englobamento desta entidade. O tratamento permanece controverso, mas a maioria dos doentes necessit

---

P41 - **Queratoacantoma com progressão para destruição óssea: A propósito de um caso raro**
Sara Machado, Vitor Vidinha, Isabel Almeida Pinto, Paulo Ribeiro De Oliveira, Rui Pinto
(centro hospitalar de s. joão)

Introdução:
O Queratoacantoma é uma proliferação de células escamosas comum. É considerado por alguns autores como uma forma de carcinoma espinocelular (CEC), uma vez que apresenta caraterísticas histopatológicos semelhantes. No entanto, é bem reconhecido que a semelhança morfológica entre estas duas entidades contrasta com o seu diferente comportamento biológico. Enquanto que, biologicamente, o CEC é um tumor maligno com potencial para progredir e destruir o tecido, o Queratoacantoma normalmente involui espontaneamente em poucos meses. Por esta razão, o Queratoacantoma é amplamente aceite como uma neoplasia benigna auto-limitante. Pode surgir em qualquer local da superfície corporal, contudo o Queratoacantoma Digital Distal (QDD) é um tumor raro e de difícil diagnóstico clínico. A sua apresentação pode ser diferente dos Queratoacantoma encontrados em outras áreas da pele. A lesão pode crescer exponencialmente de forma rápida e causar a destruição do osso subjacente, apresentando-se ao Rx de forma consistente como uma erosão óssea em forma de cálice que pode curar espontaneamente. No entanto, as recidivas persistentes após excisão subtotal podem exigir amputação do dedo. Existem alguns casos de QDD descritos na literatura e encontramos apenas dois casos associando Queratoacantoma a destruição óssea.

Material e Métodos:
Doente que recorreu ao serviço de urgência por lesão ao nível do quinto dedo da mão esquerda. Foi efetuado um seguimento do doente desde a sua admissão, com consulta do processo clínico, com todos os resultados imagiológicos e histopatológicos.

Resultados:
Trata-se de um doente do sexo masculino, com 41 anos de idade, sem antecedentes clínicos relevantes, que recorreu ao serviço de urgência devido a uma lesão ao nível da falange distal do 5 º dedo da mão esquerda. A lesão havia surgido aproximadamente há 15 dias, inicialmente sem sinais inflamatórios que surgiram apenas alguns dias antes da sua ida ao serviço de urgência. O doente negava traumatismo ou febre. O exame objetivo era compatível com panarício. Foi medicado com antibioterapia, que cumpriu. Duas semanas depois, o doente volta a procurar assistência médica por manutenção da lesão. O estudo analítico não apresentava alterações. Foi efetuado um estudo radiográfico que demonstrava uma lesão lítica da falange distal em forma de cálice. O doente foi submetido a uma excisão da lesão aparentemente completa, sem intercorrências, com envio do material para análise histopatológica. O exame histológico revelou um Queratoacantoma. Atualmente, seis meses após a cirurgia, o paciente encontra-se assintomático e objetivamente, sem sinais de recorrência.

Discussão:
O Queratoacantoma Digital Distal é um tumor benigno dos dedos que pode simular caraterísticas de

malignidade e apresentar problemas significativos de diagnóstico para o clínico. Trata-se de um tumor com uma aparência clínica diferente do Queratoacantoma típico encontrado em outras localizações, podendo inclusive simular um simples panarício, mas que ao contrário do anterior pode crescer rapidamente e destruir o ossso subjacente, passando o diagnóstico geralmente despercebido. O estudo radiográfico demonstra uma lesão lítica típica em forma de cálice ao nível da falange distal. A excisão rápida da lesão pode evitar a sua progressão/recorrência.

Conclusão:
A localização, o rápido crescimento, e as características histológicas típicas definem este Queratoacantoma Digital Distal como uma entidade distinta. É fundamental reconhecer o tumor e fazer um diagnóstico diferencial com outras entidades de forma a evitar uma amputação desnecessária.

P42 - **TRATAMENTO DA RIZARTROSE: OPERAÇÃO DE BURTON VS PROTESE TOTAL TRAPEZIO METACARPICA (ELEKTRA)**

Miguel Carvalho, João Neves, Nuno Fachada, Mafalda Batista, José Miguel Sousa, Amilcar Araújo
(Hospital Ortopédico Santíago Outão)

Introdução:
O objetivo deste trabalho foi o de comparar os resultados das duas técnicas mais utilizadas no nosso hospital para o tratamento da Rizartrose.

Material e Métodos:
Foram operados desde 2008 23 doentes com um follow up médio de 28 meses. Esta série é composta de 21 mulheres e 2 homens a que corresponderam 11 doentes operados pela técinca de Burton e 12 doentes com prótese Trapezio-Metacarpica. A média de idades foi 62,6 anos [num intervalo de 51 – 79 anos].Procedeu-se a uma revisão dos processos clínicos, classificação da rizartrose segundo Eaton e efectuou-se uma avaliação radiográfica actual. Foram também avaliados o arco de movimento do polegar, a força da mão e pinça-chave com dinamómetro. A avaliação subjetiva foi realizada através do questionário DASH, a EAV para avaliar a dor e a satisfação do paciente

Resultados:
Não houve diferenças estatisticamente significativas no resultado final no que concerne a dor, funcão e satisfação do paciente entre as duas técnicas nos casos de sucesso de ambas. Embora o score DASH demonstre uma melhor resultado funcional no grupo da artroplastia total com prótese. Houve necessidade de rever 5 doentes operadas com prótese trapézio metacarpica (ELEKTRA) devido a complicações Major. Foi efectuada revisão pela técnica de Burton Modificada.

Discussão:
A Artroplastia Total com prótese não parece ter acrescentado melhores resultados a curto-médio prazo mesmo nos doentes sem complicações major. A operação de Burton apresenta-se ainda como uma cirurgia válida para o tratamento desta patologia e como alternativa de resgate no caso de complicações com a prótese total trapézio metacarpica.

Conclusão:
A Operação de Burton é ainda uma cirurgia com bons resultados e mantém-se como a cirurgia eleita no nosso hospital para o tratamento da Rizartrose. Devido aos resultados obtidos abandonamos por completo a colocação de protese trapézio metacarpica.

Tornozelo e Pé

P43 - **Neuropraxia tardia do nervo peroneal superficial como complicação de artroscopia do tornozelo**
Rodolfo Caria Mendes, Inês Pedro, Luiz Santiago
(Centro Hospitalar do Oeste)

Introdução:
A artroscopia do tornozelo é um procedimento muito útil no tratamento de diversas patologias do tornozelo. No entanto, a execução dos portais de acesso à articulação colocam várias estruturas neurovasculares em risco. Um dos riscos na execução do portal externo é a lesão aguda de um dos ramos terminais sensitivos do nervo peroneal superficial, geralmente o ramo externo.

Material e Métodos:
Homem de 35 anos, submetido a artroscopia do tornozelo direito por conflito tibioastragalino anterior. O doente foi operado em ambulatório, tendo alta no próprio dia ao fim da tarde. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências. Às 4 semanas inicia quadro de dor tipo "choque eléctrico" na face externa do tornozelo, com irradiação ao 3º, 4º e 5º raios. As queixas eram agravadas com a palpação da cicatriz do portal externo, e na região imediatamente proximal e distal. Após examinação mais cuidada, verificou-se que o ramo terminal externo do nervo peroneal superficial era palpável, e que estava adjacente ao portal e aderente ao mesmo. As queixas eram precipitadas pela palpação desse mesmo nervo, vários centímetros a montante e a jusante do portal. Por manutenção das queixas, as quais dificultavam a marcha, foi proposta exploração e neurolise do nervo peroneal superficial, que o doente aceitou. Após marcação cutânea do trajecto do nervo, a incisão foi feita 1 cm externa a este, para evitar nova aderência cicatricial. O nervo foi identificado, verificando-se uma ponte de fibrose cicatricial do portal, à qual estava aderente o nervo, tendo-se procedido à libertação do mesmo.

Resultados:
Na primeira consulta, à 2ª semana, o doente referia aumento das queixas, o que era expectável tendo em conta a manipulação do nervo. No entanto, após 4 meses de seguimento, verificou-se regressão completa das queixas neurológicas.

Discussão:
O nervo peroneal superficial é um ramo do nervo ciático popliteu externo, o qual por sua vez se origina no nervo grande ciático. Após a sua origem no nervo ciático popliteu externo, o nervo peroneal superficial dirige-se distalmente entre os músculos curto e longo peroneal, inervando estes e o peroneal anterior, até se bifurcar em 2 ramos sensitivos terminais logo acima da interlinha tibioastragalina: um ramo externo (inerva a face dorsal do 3º e 4º raios) e outro interno (para a face dorsal do 1º, 2º e 3º raios). As queixas do doente eram compatíveis com lesão do ramo externo, tendo em conta a sobreposição considerável dos territórios dos nervos sensitivos. Não foram encontrados outros casos publicados sobre neuropraxia deste nervo como complicação de apresentação tardia de artroscopia do tornozelo. Existem várias estratégias para minimizar o risco desta complicação. Após a incisão na pele, a dissecção deve ser romba. O nervo é frequentemente palpável, podendo marcar-se o seu trajecto na pele antes da incisão. No entanto, é preciso ter em conta que o nervo se desloca sob a pele, consoante o tornozelo esteja em dorsiflexão (desloca-se externamente) ou em flexão plantar com inversão (desloca-se internamente).

Conclusão:
O risco de lesão aguda dos ramos terminais do nervo peroneal superficial durante a execução dos portais de artroscopia é elevado. No entanto, também é necessário estar alerta para uma neuropraxia de apresentação tardia secundária a fibrose local, quando surgem queixas compatíveis mas apenas semanas depois.

P44 - **Pie catastrófico por disparo de arma de fuego**
Adrián Gallego Goyanes, SEscanlar Amhaz, ICouto González, Jr Caeiro-rey
(Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela)

Introdução:
Las lesiones por arma de fuego son poco frecuentes en Europa. Deben ser consideradas un desafío clínico y quirúrgico como consecuencia de la gravedad de la lesiones óseas, de partes blandas y de cobertura cutánea. También son de importancia por la gran cantidad de recursos que se utilizan para el cuidado de estos pacientes y por sus mayores estancias hospitalarias.

Material e Métodos:
Varón de 43 años de edad se produjo tras un disparo

accidental con la escopeta cuando la tenía apoyada sobre la región lateral del retro-medio pie. Exploración física en donde se mostraba una dificultad para la flexión plantar, presentando el resto movilidad pie conservada. La sensibilidad distal conservada, no parestesias ni hipostesias. Se realizó radiografía en donde se observó una fractura de conminuta de calcáneo y cuboide y una fractura de escafoides tarsiano. Se clasificó como una fractura abierta grado III-B/C de GA conminuta de calcáneo y cuboides + fractura de escafoides. Posteriormente se realizaron cirugías de lavado y desbridamiento con antibioterapia intravenosa hasta la correcta evolución del pie, para así darle un tratamiento definitivo.

Resultados:
Se realizó reconstrucción del segmento afecto: artrodesis subastragalina con reconstrucción de la columna externa. Se colocó injerto tricortical de la cara posterior de la cresta iliaca más injerto de esponjosa. Injerto en el defecto óseo del calcáneo. Se realizó artrodesis carilla articular posterior subastragalina y fijación de los restos de subastragalina anterior. Se realizó una fijación de toda la columna externa desde calcáneo a 4º y 5º metatarsianos con placa puente multifragmentaria de 14 agujeros y una fijación del 5º metatarsiano al cuboides y subastragalina anterior. Posteriormente continuó e servicio de Cirugía Plástica realizando la cobertura cutánea del defecto mediante colgajo fascio-cutáneo sural de flujo reverso.

Discussão:
Tras el análisis de los datos obtenidos de la revisión de este caso podríamos decir que, ante una lesión por arma de fuego con afectación ósea importante inicialmente se debe descartar afectación neurovascular del miembro. Se debe realizar de forma urgente, una reparación vascular, estabilización ósea, desbridamiento y lavado de la zona. Posteriormente realizar osteosíntesis vs artrodesis más reparación lesiones partes blandas.

Conclusão:
En fracturas conminutas de cuboides en asociación a otras fracturas una buena opción es la colocación de una placa puente de calcáneo a los metatarsianos con injerto y artrodesis articulaciones afectas. En defectos cutáneos de tamaño moderado-grande y distales, las opciones de cobertura mediante colgajos pediculados son limitadas, debiendo valorar diferentes opciones según la integridad de los paquetes vasculo-nerviosos y el tipo de injerto óseo.

P45 - **Piomiosite do compartimento anterior da perna por Mycobacterium Kansasii em doente com infeção VIH.**

Sergio Goncalves, Bárbara Flor De Lima, André Barros, Thiago Aguiar, Rui Pereira, Inês Quintas (Hospital Curry Cabral)

Introdução:
Os autores apresentam um caso clínico de infecção por Mycobacterium Kansasii em doente com infeção por VIH. Em doentes com infeção por VIH/SIDA, as micobacteriose atípicas são relativamente raras, surgindo em doentes com imunodepressão avançada, geralmente não submetidos previamente a terapêutica anti-retrovírica. Após a introdução da terapêutica anti-retrovírica combinada (TARVc), têm sido descritos casos em contexto de síndrome de reconstituição imunológica, na sua maioria por Mycobacterium do complexo avium (MAC), apresentando-se geralmente como infeção disseminada. Doença por outras micobacteriose atípicas, disseminada ou localizada, têm vindo a ser reportadas, neste contexto clínico. O Mycobacterium Kansasii é a segunda micobactéria atípica mais comum responsável por doença em doentes com infeção por VIH. Um número crescente de doença por esta micobactéria tem vindo a ser reportado, neste contexto clínico, apresentando-se, geralmente como infeção pulmonar ou como infeção disseminada, sendo raras outras localizações. A infeção é adquirida a partir do ambiente, não havendo documentação de transmissão humana interpessoal. Ocorre em doentes com imunodepressão avançada, geralmente com linfócitos CD4 <50 células / mm3. O tratamento baseia-se em fármacos anti-bacilares de primeira linha, com exceção da pirazinamida, devendo prolongar-se por um mínimo de 18 meses.

Material e Métodos:
Apresenta-se um caso clínico de infeção por Mycobacterium Kansasii em doente com infeção por VIH, em fase avançada de imunodepressão, com diagnóstico prévio de Isosporíase intestinal e linfócitos CD4 <50/mm3. O quadro clínico inicia-se cerca de 3 semanas após a introdução da TARVc, em contexto de Síndrome de Reconstituição Imunológica, apresentando-se como abcesso do tecido celular subcutâneo e miosite do membro inferior direito. Foi submetido a drenagem cirúrgica e colheita de material para culturas que identificaram o referido agente.

Realizou-se avaliação retrospectiva, clínica e imagiológica.

Resultados:
Ecografia partes moles perna direita: Efetuado estudo ecográfico da face anterior da perna, objetiva-se coleção multi-loculada, com 12 cm x 2 cm x 3 cm nos seus maiores eixos, compatível com lesão abecedada. TC perna direita: Com topografia antero-lateral, correspondendo à loca anatómica do músculo tibial anterior, extensor do 1º dedo e extensor comum dos dedos, observa-se extensa destruição muscular, com área necrótica central com 147 x 36 x 25 mm, de margem irregular. Provas de genotipagem positivas dos produtos de colheita identificando Mycobacterium Kansasii.

Discussão:
Apesar da Piomiosite bacteriana ser rara fora dos trópicos, o número de casos tem subido nos países industrializados em estreita relação com o VIH. Este aumento da prevalência pode estar relacionado com a maior frequência de abuso de drogas endovenosas e rabdomiólise nestes doentes.

Conclusão:
Pela raridade desta forma de apresentação de infeção por Mycobacterium Kansasii, os autores realçam a importância da colheita de produtos biológicos para confirmação laboratorial microbiológica, incluindo os exames culturais para micobactérias, em doentes com infeção por VIH e imunodepressão avançada.

P46 - **Abcesso Brodie Tíbia Distal Complicado de Abcesso Retromaleolar – Caso Clínico**
Manuel Dos Santos Carvalho, Eurico Monteiro, Artur Antunes, Filipe Duarte, André Sá Rodrigues, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
Apresentar caso clínico de um abcesso Brodie da metáfise tibial distal complicado de formação abcesso retromaleolar interna e posterior fistulização cutânea.

Material e Métodos:
.

Resultados:
.

Discussão:
Homem, 21 anos com quadro de dor tornozelo com início 3 semanas.. Assintomatico até esta data, altura em que surge tumefacção na face interna da perna esquerda/maléolo, com dor moderada associada, sem rubor ou lesão cutanea. Medicado sintomaticamente pelo médico assistente. Por agravamento da tumefacção, com rubor, e das queixas álgicas recorreu novamente ao hospital. Nega febre, vomitos diarreias ou artralgias. Ao exame objectivo apresentava tumefacção retromaleolar, dor palpação, edema perilesional, rubor e calor. Apresentava mobilidades tornozelo conservadas embora dolorosas na hiper-dordsiflexão e hiperflexãoplantar. Realizou Rx tornozelo – lesão osteolítica metáfise distal tíbia. TC - lesão osteolitica da zona metadiafisaria da tibia, com interrupção da cortical(...)celulite dos tecidos moles envolventes e colecção adjacente de cerca de 5 cm". Sem leucocitose, apresentava PCR 11. Foi internado para estudo e procedimento cirúrgico. Do estudo obtido - serologias Borrelia, brucela e coxiela – negativas; hemoculturas e urocultuta negativas; baciloscopias negativas; marcadores viricos (VIH, VHC e VHB) - negativos, imune para Hepatite B; ecocardiograma sem imagens sugestivas de massas/vegetações intracavitárias. Função biventricular sistólica globalmente conservada. Apresenatva uma VS de 24mm e PCR 37 pré-operatoriamente.Foi submetido a desbridamento e drenagem abcesso por via posterior interna, imobilização pós operatória com tala gessada posterior. Foi enviado material para microbiologia – St. Aureus meticilino sensivel e anatoma patológica - "fragmentos ósseos soltos com alterações reactivas e tecido fibroescleroso focalmente com nfiltrado inflamatório linfóide - a integrar no contexto clínico". Cumpriu 3 semanas de antibioterapia endivenosa dirigida em regima de internamentoe 2 de antibioterapia per os em regime ambulatório conforme orientaçao Serviço Doenças Infecciosas. Do seguimento em consulta resulta normalização parâmetros inflamatórios (PCR, VS), mobilidades completas e indolores do tornozelo. Sem quaisquer intercorrências. Alta aos 2 meses pós-operatórios.

Conclusão:
O abcesso Brodie é uma infecção óssea crónica que classicamente é uma lesão única, metafisária, envolvendo a tíbia distal mais comummente. Estas infecções classicamente ocorrem em adolescentes ainda com fises abertas; em adultos localização metadiafisária mais frequente. O "nidus infecção" cria uma lesão lítica, ovóide com bordos espessos e

escleróticos. O organismo mais comum é o Staphylococcus aureus. Tumefacção e queixas álgicas são os sintomas mais comuns podendo coexistir rubor, calor e claudicação. Mais de metade pode ter sintomas sistémicos. A duração dos sintomas até ao diagnóstico pode ir de 1 mês a 3 anos. Cirurgia (osteotomia/curetagem) é necessária para o tratamento do abcesso. Há uma normalização clínica e laboratorial muito rápida após cirurgia.

P47 - **Síndrome de SAPHO, apresentação de caso clínico.**

Sergio Goncalves, Pedro Mendes Bastos, Rui Pereira, António Camacho, Thiago Aguiar, Carlos Pedrosa
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
Os autores apresentam um caso clínico de doente com síndrome SAPHO. A síndrome SAPHO é uma condição rara, descrita inicialmente em 1987 por Chamot e colaboradores, que verificaram correlação entre cinco manifestações clínicas, radiológicas e patológicas frequentemente combinadas, das quais deriva o acrônimo que a denomina: sinovite, acne, pustulose, hiperostose e osteíte. As manifestações cutâneas incluem pustulose e formas graves de acne. As lesões postulares manifestam-se ou por psoríase ou por pustulose palmoplantar. No entanto, a ausência de alterações cutâneas não exclui o diagnóstico, pois essas lesões podem ocorrer antes, simultaneamente ou depois do início das manifestações osteoarticulares

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso clínico de doente de 28 anos internado no Serviço de Dermatologia. Por queixas de dor e edema do tornozelo esquerdo com 2 semanas de evolução foi pedida a avaliação de Ortopedia. Doente com antecedentes: prótese valvular mecânica (mitral) colocada em 1998, sequela Febre Reumática; hidrosadenite supurativa Hurley III, com envolvimento inicial extenso; hepatite B com cura imunológica. Sob corticoterapia sistémica e imunossupressão com metrotrexato e sulfassalazina. Apresentava limitação importante da dorsiflexão do tornozelo e dor na palpação da face anterior da perna esquerda com sinais inflamatórios locais. Realizou-se avaliação retrospectiva, clínica e imagiológica.

Resultados:
Ecografia tibiotársica esquerda: Compatível com tendinopatia do tibial posterior e do longo peroneal, admitindo-se no primeiro componente de sinovite. Edema difuso inespecífico. Irregularidade óssea por reação periosteal, evidente no estudo radiológico convencional. TC perna esquerda: Observa-se reação periostal de tipo concêntrico, lamelar, da extremidade distal da tíbia particularmente da vertente interna e do perónio, reação esta com características aparentemente não agressivas.

Discussão:
Manifestações articulares de sinovite e artrite com osteoporose justa-articular, redução do espaço articular, erosões marginais, hiperostose e entesopatia podem ocorrer isoladamente ou em associação a outros achados mais específicos. As articulações mais atingidas são as dos joelhos, dos tornozelos e da parede torácica. Os ossos longos, principalmente metáfises de tíbia e fêmur, são acometidos em 30% dos pacientes, com padrão de imagem muito semelhante ao da osteomielite crônica em fase esclerosante, com exceção de sequestros que não ocorrem na síndrome SAPHO. A patologia tumoral não pode também ser esquecida como diagnóstico diferencial destas lesões.

Conclusão:
O enquadramento clínico, laboratorial e radiológico destes casos com apoio multidisciplinar é essencial de maneira a evitar atitudes diagnósticas/terapêuticas desnecessárias uma vez que é uma patologia bem estabelecida e com critérios estritos de diagnóstico. O tratamento é essencialmente de suporte com utilização de AINE´s, cursos de antibioterapia e bifosfonatos. A intervenção Ortopédica é importante nomeadamente para avaliar a necessidade de encavilhamento profilático.

Traumatologia

P48 - **Impacto prognóstico da antiagregação plaquetária no tratamento de fracturas transtrocantéricas em idosos tratados com osteossíntese endomedular**

João Sarafana, R. Correia Domingos, Gonçalo Viana, Hermengarda Azevedo, Fernando Xavier, Carlos Evangelista
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
As fracturas transtrocantéricas do fémur proximal constituem a lesão traumática mais frequentemente operada e apresentando a maior taxa de mortalidade em monotrauma. Ocorre sobretudo em doentes idosos. Este grupo de doentes apresenta frequentemente múltiplas patologias e polimedicação, inclusivamente anti-agregantes ou anticoagulantes. O objectivo deste estudo é avaliar os resultados clínicos do tratamento de fracturas proximais do fémur nestes doentes. Realizámos um estudo retrospectivo para avaliar o impacto da antiagregação plaquetária na morbi-mortalidade de doentes idosos com fracturas transtrocantéricas operados por via minimamente invasiva com osteossíntese endomedular.

Material e Métodos:
Foram avaliados 94 doentes com fracturas transtrocantéricas operados no período entre Janeiro 2009 e Dezembro 2012, com idade média de 84,8 anos (68-103) dos quais 79,8% (75) eram do sexo feminino e 60,6% (57) apresentavam fractura com padrão estável (classificação AO 31A1) e 39,4% (37) apresentavam fractura instável (classificação AO 31A2 ou AO 31A3). 29 (30,9%) doentes encontravam-se antiagregados. Destes, 11 faziam clopidogrel ou clopidogrel com ácido acetilsalicílico e 18 faziam apenas aspirina. Todos os doentes foram tratados com método de osteossíntese endomedular (implante PFNa). Os doentes foram incluídos em 2 grupos: Grupo A - 65 (69,1%) doentes sem alterações plaquetárias Grupo B - 29 (30,9%) doentes antiagregados Foi avaliada a demora cirúrgica e o tempo de internamento. Foram avaliados os tempos cirúrgicos, variações de hemoglobina e necessidades transfusionais. Foi feita a avaliação funcional dos doentes relativamente a capacidade de marcha, mobilidade da anca e dor antes da fractura e aos 3 meses e a taxa de mortalidade a 1 ano. Foi possível fazer seguimento clínico em 81 doentes. Nestes, o follow-up médio foi de 14 meses (3-41 meses).

Resultados:
O tempo operatório médio foi de 30,6 min no grupo A e 32,1 min no grupo B. Verificou-se uma descida média de hemoglobina de 1,8 g/dL no grupo A e 2,2 g/dL no grupo B. A demora média até cirurgia foi de 2,1 dias no grupo A e 3,5 dias no grupo B A taxa de mortalidade total a um ano foi de 25,0% - 16 doentes (N=64). 10 no grupo A (22,7%; N=44) e 6 no grupo B (30,0%; N=20). Nos doentes vivos avaliados aos 3 meses (N=78) verificou-se diminuição na capacidade de marcha em 28 (35,9%), 19 no grupo A (35,2%; N=54) e 9 no grupo B (37,5%; N=24).

Discussão:
Na amostra avaliada ocorreu uma complicação relacionada com a cirurgia – "cut-out" de cabeça – num doente do grupo A. 3 doentes tiveram causas de morte associadas à fractura – 1 por pneumonia nosocomial no internamento (grupo B), 1 por trombo-embolismo pulmonar ás 10 semanas de pós-operatório (grupo A), 1 por sépsis com origem em úlcera de pressão em doente sem potencial de marcha 4 meses após cirurgia (grupo A) Os doentes antiagregados aguardaram, em média, mais 1,4 dias por tratamento cirúrgico, apresentaram descida de hemoglobina 0,4 g/dL superiores e apresentam taxas de mortalidade e de diminuição de autonomia ligeiramente superiores.

Conclusão:
Não se verificaram complicações precoces no tratamento de doentes antiagregados, nomeadamente hemorrágicas. Verificaram-se perdas hemáticas ligeiramente superiores, apesar de abordagem minimamente invasiva para osteossíntese endomedular. O aumento da taxa de mortalidade tardia poderá estar associado a uma maior taxa de co-morbilidades nestes doentes e a maior demora cirúrgica - com impacto directo estabelecido na mortalidade. O risco de complicações hemorrágicas durante e após a cirurgia precoce em doentes sob antiagregação permanece indefinido. Acreditamos que estes doentes deverão ser sempre operados nas primeiras 48h após o traumatismo.

P49 - **Traumatismos vertebro-medulares por mergulho – estudo prospectivo em Portugal**

Ricardo Prata
(Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

Introdução:
O traumatismo vertebro-medular (TVM) por mergulho é uma entidade sem dados conhecidos em Portugal, mas

importante devido às enormes taxas de morbilidade/mortalidade que dele resultam e ao desconhecimento da população sobre este. Desta forma, este estudo é prioritário em Portugal, país onde, anualmente, milhões de pessoas deslocam-se para praias, rios, piscinas ou barragens nos períodos de lazer/desporto. O objectivo deste trabalho foi o de identificar e documentar a casuística nacional na época balnear de 2012 de traumatismos vertebro-medulares por mergulho.

Material e Métodos:
Estudo prospectivo na população acidentada no território nacional durante a época balnear de 2012 através de inquéritos enviados aos serviços de Ortopedia/Neurocirurgia com questões acerca de episódios que desencadearam tais acidentes e relativos desfechos. Os dados foram organizados de forma a obter os resultados apresentados.

Resultados:
Dos 17 TVM por mergulho ocorridos, obtivemos os dados de 14. Destes, a maioria ocorreu com jovens estudantes do sexo masculino em grupos, as ocorrências concentraram-se entre Julho e Setembro, maioritariamente em piscinas e no mar e nenhum estava a praticar desporto ou continha tóxicos no organismo. Todos tiveram lesões vertebrais, 7 delas múltiplas, sendo o nível C5 o mais afectado. Houve lesão medular em 6 casos, 3 dos quais total. A classificação ASIA impairment scale foi maioritariamente E (6 casos) e a AIS/ISS desconhecida (10 casos). Estas lesões necessitaram de cirurgia em 6 indivíduos, sendo o outcome imediato melhor ou igual em 13 casos e desconhecido em 1.

Discussão:
Vide secção Resultados

Conclusão:
O TVM por mergulho ocorre em Portugal com uma expressão marcada tanto na incidência como nas consequências graves de dependência e custos socioeconómicos para traumatizados e população em geral, pelo que uma prevenção baseada na informação exaustiva da população acerca dos perigos associados a mergulhos de risco é necessária a curto prazo.

P50 - **Secção completa de tendão extensor radial longo do carpo e tendão braquiorradial, isolados com identificação ecografica peri-operatória dos topos – caso clinico**

Luís Sá Castelo, Diana Gomes, Bruno Barbosa, Pedro Teixeira Gomes, António Lemos Lopes, António Mdias
(Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Introdução:
A secção simultânea dos tendões extensor radial longo do carpo e braquiorradial é um achado raro, pouco descrito na literatura, e que exige alto grau de suspeita clínica. A identificação dos topos tendinosos retraídos pode ser um desafio, que está agora facilitado pela presença quase universal nos blocos operatórios de ecógrafos utilizados para a realização de bloqueios nervosos periféricos. Este poster apresenta-nos o caso clínico de um homem de 33 anos, vítima de um acidente de trabalho de que resultou ferida incisa, com cerca de 3cm, no 1/3 proximal do bordo radial do antebraço. Apesar da ausência de deficits objectiváveis, a suspeita clínica e a exploração da ferida no serviço de urgência levou à identificação dos topos proximais dos tendões extensor radial longo do carpo e braquiorradial. No bloco operatório, com o auxílio dos anestesistas presentes, foi realizada a pesquisa ecográfica dos topos tendinosos retraídos e feito o seu isolamento, transfixando-os com agulhas intramusculares. Foi então realizada uma dissecção minimamente invasiva dirigida às estruturas já identificadas, resultando numa identificação fácil e rápida, após a qual foram realizadas suturas de Kessler associadas a pontos epitendinosos simples.

Material e Métodos:
Exame objectivo dirigido à pesquisa de deficits distais do membro superior. Ecografia do membro superior dirigida à pesquisa de tendões seccionados e sua identificação com agulha.

Resultados:
Após 5 semanas, cumpridas 3 de imobilização, o doente não apresentava queixas nem deficits na flexão do cotovelo, pronação e supinação do antebraço, extensão do punho e abdução da mão. Foi possível, de uma forma menos invasiva, reconstituir a anatomia e devolver a função ao membro.

Discussão:
A objectivação de deficits na avaliação de um doente no serviço de urgência pode estar comprometida, sobretudo quando estes estão compensados pela acção de outros grupos musculares, só sendo perceptíveis com um exame minucioso, muitas vezes impossível.

Assim, a suspeita clinica dada pelo conhecimento anatómico e a exploração da ferida podem fazer a diferença entre identificar uma lesão tendinosa ou fazer um simples encerramento por planos. Neste caso, a utilização de ecografia peri-operatória permitiu também uma cirurgia menos invasiva, orientando a exploração cirúrgica para topos tendinosos já identificados.

Conclusão:
Este caso é um exemplo de como a suspeita clinica, o conhecimento anatómico e a exploração de feridas pode ser fundamental num diagnóstico e tratamento. A utilização de ecografia peri-operatória é também um instrumento útil e permite explorações cirúrgicas menos invasivas.

P51 - **Fraturas da rótula submetidas a tratamento cirurgico: revisão casuística**

Joao Teixeira, Manuel Mendonca, Fernando Leal, Ricardo Frada, Vera Resende, Carlos Queirós
(CHEDV)

Introdução:
As fraturas da rótula representam cerca de 1% de todas as fraturas do adulto. Apesar de se tratar de um osso de pequenas dimensões a que muitos atribuem funções residuais, as fraturas da rótula estão associadas a dor e incapacidade funcional marcada essencialmente no que respeita ao aparelho extensor do membro inferior. O tratamento cirurgico está recomendado em todas as fraturas em que se verifique rotura do aparelho extensor, desvio entre fragmentos >3 mm ou step articular> 2 mm.

Material e Métodos:
Os autores propõe-se realizar uma revisão da casuística das fraturas rotulianas com necessidade de tratamento cirurgico num hospital categoria B, entre 2006 e 2012, com caracterização demográfica, clinica e imagiológica destas lesões. Foi feita uma consulta do processo clínico electrónico com identificação do mecanismo de queda, classificação imagiológica de acordo com a classificação AO, tipo de tratamento e complicações associadas bem como medição da altura da rótula com base no índice de Insall-Salvati.

Resultados:
Foram incluídos 125 doentes no estudo. A proporção sexo masculino e feminino foi equilibrada com 55% sexo masculino e 45% do sexo feminino. A idade média foi de 47 anos. O mecanismo de queda foi indirecto na maioria dos doentes jovens e directo nos doentes mais idosos. De acordo com a classificação da AO foram identificadas 5,4% B1 e B2, 56,8% C1, 18,9% C2 e 8,1% C3. A osteossintese com recurso a cerclage com efeito hauban foi a cirurgia de eleição em 62,2% dos casos com reforço com cerclage circular em 5% destes. A utilização de parafusos canulados, essencialmente em fraturas tipo B, foram o procedimento de eleição em 8% dos casos. A patelectomia parcial foi feita em 10% dos doentes enquanto a patelectomia total refletiu 13,5% das cirurgias. O índice de Insall-Salvati foi de 1,03 com 21% dos casos de rótula alta.

Discussão:
Os resultados obtidos vão de encontro aos encontrados na literatura internacional no que respeita à classificação de fraturas e ao tratamento realizado. A osteossintese através de cerclage com efeito hauban assume-se como procedimento mais vezes utilizado estando este dado associado ao facto das fraturas tipo C1 serem as mais frequentes da amostra. Estes dados mostram também uma tendência de diminuição das patelectomias que são cada vez mais vistas como soluções de último recurso. Um dado que difere da literatura internacional é a presença de rotula alta em 20% dos casos o que poderá estar relacionada com utilização de garrote em muitos dos procedimentos cirúrgicos.

Conclusão:
Os autores concluem que os resultados obtidos se aproximam dos observados a nivel internacional. É ainda importante reforçar a ideia crescente de preservação e reconstrução da rótula, ao contrário da pateletomia defendida previamente.

P52 - **Abordagem MIPO de fractura do pilão tibial assistida por Artroscopia - a propósito de um caso clínico**

Luis Melo Tavares, João Pedro Raposo, Thiago Aguiar, Renato Soares, António Rebelo, Fernando Carneiro
(Divino Espirito Santo)

Introdução:
O tratamento cirúrgico das fracturas do pilão tibial corresponde a um desafio enorme para o Ortopedista. O timing da sua realização depende muito das condições de tecidos moles envolventes, que por sua vez, estão relacionadas com a energia do trauma. Se for de alta energia, o compromisso de tecidos moles será significativo, associando-se a um padrão de fractura por

compressão axial (cominução metafisária com múltiplos fragmentos articulares). Se for de baixa energia, haverá um menor grau de compromisso de tecidos moles, associando-se a um padrão de fractura torsional (menor cominução), que permite uma estabilização cirúrgica mais precoce. Quanto maior o compromisso de tecidos moles associados, maior será a taxa de complicações associadas a um tratamento cirúrgico definitivo precoce. Os objectivos do tratamento cirúrgico destas fracturas incluem reconstrução da superfície articular e eixos mecânicos do tornozelo com uma fixação estável que permita mobilização activa precoce. A redução cruenta e fixação interna representa o tratamento cirúrgico "gold-standart" das fracturas instáveis do tornozelo. No entanto este tipo de cirurgia resulta muitas vezes numa dissecção extensa de tecidos moles. Assim, para minimizar o trauma cirúrgico das partes moles, técnicas minimamente invasivas têm sido desenvolvidas.

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clinico de um homem de 51 anos, que recorre ao SU (3-8-2011) por traumatismo da perna direita após acidente de viação. À entrada apresentava edema significativo do 1/3 distal da perna e tornozelo direito (Tscherne tipo I) associado a queixas álgicas, sem compromisso neurovascular associado. A investigação diagnóstica (Rx) revelou fractura do pilão tibial à direita (AO 43-B2), pelo que foi internado no serviço de Ortopedia para optimização de condições de tecidos moles. Submetido a 09-08-2011, electivamente, a redução incruenta e osteossintese com placa LCP tíbia distal 12B6PF, por técnica MIPO, com aplicação de distractor AO e artroscopia do tornozelo. Não apresentou complicações no intra ou pós-operatório imediato, tendo alta a 12/8/2011, com indicação para mobilização activa do tornozelo direito, mas em descarga do membro operado (canadianas).

Resultados:
No seguimento pós-operatório em consulta externa, verificou-se uma melhoria gradual das mobilidades do tornozelo, assim como da autonomia na marcha. À data da última consulta apresentava fractura consolidada (redução anatómica), com ligeira limitação na dorsiflexão do pé e a tolerar marcha com carga total.

Discussão:
As fracturas do pilão tibial com atingimento articular simples podem ser tratadas através de técnicas de osteossíntese minimamente invasivas (MIPO), porque permitem uma redução anatómica indirecta da fractura e eixos mecânicos através de pequenas incisões, permitindo limitar a agressão cirúrgica dos tecidos moles e preservar o hematoma fracturário. A artroscopia do tornozelo tem vindo a ser um método cada vez mais utilizado na avaliação intra-operatória da lesão, pois permite um maior controlo na redução das fracturas articulares pela técnica MIPO, aumentando a eficácia do tratamento. No entanto, a artroscopia apresenta a desvantagem de ser uma técnica cirurgião dependente e de aumentar os custos cirúrgicos e o tempo da operação.

Conclusão:
Por não existir evidência na literatura de que a utilização da artroscopia seja uma mais-valia para o tratamento das fracturas do pilão tibial, não se poderá fazer uma recomendação formal definitiva da sua utilização. No entanto, existe um consenso de que a utilização da artroscopia no tratamento das fracturas do pilão tibial permite uma abordagem menos invasiva (preservando os tecidos moles e vascularização óssea), com uma melhor visualização da superfície articular (patologia e redução articular).

P53 - **Tríade terrível do cotovelo bilateral - caso raro**
Ugo Fontoura, André Bahute, Pedro Jordão, Ruben Fonseca, Armando Gomes, Ana Rita Gaspar
(Centro Hospitalar e Uinversitario de Coimbra)

Introdução:
O cotovelo é uma das articulações mais estáveis do esqueleto; porém, quando uma ou mais partes de sua arquitectura são lesadas na presença de uma luxação, o risco de instabilidade recorrente ou artrose se torna grande. A tríade terrível do cotovelo é uma luxação complexa do cotovelo, em que para além da luxação com rotura do ligamento colateral ulnar lateral, há também fractura da cabeça do rádio e fractura do processo coronóide.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 57 anos, vítima de queda em bicicleta em Novembro de 2012 do que resultou fractura-luxação do cotovelo (tríade terrível do cotovelo) bilateralmente. Realizou radiografia convencional no serviço de urgência. Foi ao bloco operatório no mesmo dia para manipulação e redução fechada sob anestesia e imobilização com gesso braqui-palmar bilateral. Seguidamente foi internada para estudo por TAC articular dos cotovelos e para tratamento cirúrgico diferido. Foi submetido a artroplastia da cabeça radial, reparação do complexo

ligamentar externo e imobilização com tala posterior bilateralmente.

Resultados:
Doente com 6 meses de follow-up. Foram retiradas as imobilizações as 3 semanas pós-operatórias. A doente encaminhada para a Medicina Física e Reabilitação para fisioterapia intensiva tendo recuperando progressivamente amplitude de movimento. Na última consulta apresentava as seguintes mobilidades (cotovelo esquerdo: flexão/extensão 110/40/0, prono-supinação 60/0/80; cotovelo direito: flexão/extensão 100/55/0, prono-supinação 50/0/70).

Discussão:
A tríade terrível do cotovelo é uma lesão grave que possui grande dificuldade em seu tratamento, evoluindo, muitas vezes, com perda de amplitude de movimento do cotovelo. A cabeça do rádio é um importante estabilizador secundário do cotovelo contra cargas em valgo e translação posterior. Todos os esforços devem ser realizados na tentativa de se manter a cabeça do rádio, seja com osteossíntese ou com artroplastia.

Conclusão:
A tríade terrível do cotovelo é uma lesão grave, mas felizmente rara, que implica grande instabilidade do cotovelo e correcção cirúrgica. Esta deve preferencialmente ser executada em <2 semanas, em cirurgia programada e por cirurgião experiente (dado o nível técnico e a necessidade de material para artroplastia do rádio, que na nossa experiência se revelou fundamental).

P54 - **Luxação da Anca no Doente Muito Idoso - 2 Casos Clínicos Atípicos**

Vasco Oliveira, João Antunes, António Mendes, Susana Ângelo, Pedro Carvalhais, Fernando Pereira
(Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE)

Introdução:
A luxação da anca é mais frequente em indivíduos jovens e está tipicamente associada a traumatismos de alta energia, havendo fracturas associadas em até 50% dos casos. O traumatismo da coxa no doente muito idoso (80 ou mais anos), está classicamente associado a fracturas da extremidade proximal do fémur, sendo a ocorrência isolada de luxação da anca, nesta faixa etária, um evento muito raro.

Material e Métodos:
Apresentam-se os casos clínicos de 2 indivíduos do sexo masculino, de 82 e 93 anos, com o diagnóstico de luxação da anca. Revisão do processo clinico e reavaliação em Consulta.

Resultados:
Doente 1- 82 anos, previamente independente. Recorreu ao Serviço de Urgência após queda da própria altura, com dor referida à coxa dta e incapacidade para a marcha. Apresentava anca em flexão, com dor intensa à sua mobilização. O estudo radiológico mostrou uma luxação posterior da anca, sem fracturas associadas. Foi feita redução incruenta, tendo iniciado marcha com carga parcial ao 4º dia, com rápida transição para carga total por incapacidade do doente. Sem evidência de necrose avascular na reavaliação após 1 mês. Doente 2 – 93 anos, previamente independente, vítima de atropelamento a baixa velocidade. Recorre ao Serviço de Urgência com dor na coxa esquerda, com incapacidade para a marcha, e ferida incisa extensa da região gemelar ipsilateral. Objectivou-se luxação posterosuperior da anca esquerda, sem fracturas associadas. Foi feita redução incruenta e colocada tracção esquelética aos côndilos femorais. Iniciou marcha com carga 2 semanas depois. Sem evidência de necrose avascular no controlo radiológico após 6 semanas.

Discussão:
Apresentam-se estes 2 casos pela sua raridade. A congruência inerente a esta articulação e a fragilidade característica do fémur proximal neste escalão etário tornam a fractura muito mais frequente do que a luxação isolada. Não existindo recomendações claras que orientem o tratamento neste grupo específico, é necessário ponderar entre a mobilização precoce destes doentes (com a sua dificuldade para fazer marcha com descarga ou carga parcial) e os riscos associados à imobilização prolongada no leito. Tratam-se de 2 casos recentemente observados, com seguimento ainda a decorrer, com risco de necrose avascular ainda existente.

Conclusão:
A luxação da anca no doente muito idoso é uma entidade rara, obrigando a cuidados particulares pelas características deste grupo etário.

P55 - **Uso de cimentação para aumentar a estabilidade de osteossíntese de fracturas trocantéricas: a propósito de um caso de falência da osteossíntese inicial**

Sandra Santos, Marcos Carvalho, Alfredo Figueiredo, Pedro Jordão, António Mendonça, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
A falência de osteossíntese com sistemas de placa-parafuso deslizante em fracturas trocantéricas do fémur caracteriza-se habitualmente por colapso em varo do fragmento proximal, com "cut-out" do parafuso cefálico. A literatura disponível refere uma percentagem muito variável de falência, 4-20%, sobretudo relacionada com o grau de instabilidade da fractura. São várias as causas para falência, de entre as quais as mais comuns são o posicionamento excêntrico do parafuso cefálico, incapacidade em obter uma redução estável e osteopenia severa. A osteopenia é habitual na população idosa, em que este tipo de fractura é mais frequente. Nesse sentido, foram desenvolvidos recentemente sistemas que aumentam o potencial de fixação da fractura através da injecção de cimento através do parafuso cefálico. Neste caso, foi usado esse sistema numa PFNa (Synthes) através da técnica Augmentation, num doente com falência da fixação inicial com DHS (Synthes).
Material e Métodos:
Um doente do sexo masculino, de 71 anos, vítima de queda, deu entrada no Serviço de Urgência por dor na anca esquerda, apresentando estigmas clínicos de fractura proximal do fémur, confirmada no estudo radiológico, que mostrou fractura aparentemente estável (classificação AO 31-A2). Foi submetido a intervenção cirúrgica no mesmo dia, com redução fechada e osteossíntese com DHS 150º, sem intercorrências no pós-operatório. Ao 21º dia do pós-operatório, recorre novamente ao Serviço de Urgência por dor súbita a nível da anca esquerda, sem traumatismo associado, apresentando o membro em flexão com dor às rotações. O estudo radiológico mostrou falência da osteossíntese prévia. O doente foi submetido a nova intervenção, tendo-se procedido à extracção do DHS e a re-osteossíntese com PFNa; por se tratar de um procedimento de "salvage", e pelo facto de o doente apresentar significativa osteopenia, optou-se pela aplicação de cimento através da lâmina cefálica, segundo a técnica de PFNa Augmentation.

Resultados:
O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo tido alta ao 5º dia pós-operatório. Em consulta de seguimento, aproximadamente às 9 semanas após a intervenção, o doente apresentou-se ambulatório, deambulando com apoio externo (canadianas), sem queixas álgicas significativas. Radiologicamente, apresenta sinais de consolidação da fractura, sem sinais de falência da re-osteossíntese.

Discussão:
Aquando da ocorrência de falência de osteossíntese em fracturas trocantéricas, as opções terapêuticas incluem aceitação da deformidade, revisão da redução e re-osteossíntese (com ou sem uso de cimento) e artroplastia. A artroplastia é a opção mais consensual para doentes idosos e osteopénicos, estando os procedimentos de re-osteossíntese reservados para doentes jovens, dado que a segunda lâmina/parafuso irá ter menor presa no osso esponjoso restante. No entanto, a técnica Augmentation, pela aplicação de cimento através da lâmina perfurada da PFNa, aumenta a estabilidade do implante, dado que já foi demonstrado em estudos usando osso sintético e estudos em cadáver. Assim, esta deverá ser uma opção a considerar em casos de falência, antes do recurso aos procedimentos artroplásticos.

Conclusão:
O uso de cimento pela técnica Augmentation em casos de re-osteossíntese com PFNa após falência da osteossíntese inicial deve ser considerada uma opção possível, em casos seleccionados. Estudos demonstram que este método aumenta a estabilidade do implante. No entanto, são necessários mais estudos, por forma a avaliar os resultados clínicos a longo prazo com o uso desta técnica.

P56 - **O desafio de tratamento nas fraturas interprotésicas do fémur**

Sergio Gonçalves, Inês Quintas, Thiago Aguiar, Rui Pereira, Nuno Carvalho, Francisco Guerra Pinto
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
Os autores apresentam um caso clínico de tratamento cirúrgico de fratura interprotésica do fémur. O aumento esperança de vida combinada com o cada vez maior número de artroplastias da anca e joelho tem contribuído para o aumento das fraturas periprotésicas. As fraturas interprotésicas têm-se efetivamente tornado um problemas mais prevalente na prática Ortopédica. As fratura interprotésicas colocam um problema difícil, estas lesões requerem uma fixação estável em osso muitas vezes osteoporótico. Os objetivos são restaurar o alinhamento axial do membro com uma fixação estável que permita a mobilização

precoce, consolidação e estabilidade a longo prazo de ambas as artroplastias adjacentes.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso clínico de doente de 62 anos com antecedentes de diabetes mellitus, artrite reumatoide, doença fibroaórtica e obesidade. Como antecedentes cirúrgicos de salientar ATJ bilateral (2004/2006) e ATA direita (2008). Admitida a internamento apresentando uma fratura interprotésica do fémur direito em Fevereiro de 2011 após queda da própria altura (AO 33A3), foi submetida a redução aberta e osteossíntese com placa (LISS de 10 parafusos). Cumpriu 10 semanas de descarga e iniciou carga parcial progressiva posteriormente. Em Julho 2011 (5 meses) recorreu ao SU por dor espontânea após carga sem história de queda ou traumatismo na coxa direita, a avaliação clínica e radiológica mostrou falência do material de osteossíntese na região da fratura. Foi reoperada com curetagem do foco de pseudartrose, revisão da osteossíntese com nova placa (LISS 10 parafusos) e aplicação de enxerto ósseo autólogo. Em Dezembro 2011 (10 meses após fratura, 5 meses após revisão osteossíntese) foi readmitida por falência do material de osteossíntese na região da fratura inicial, reintervencionada procedeu-se a osteossíntese com 2 placas ortogonais (AO de grandes fragmentos) nas corticais anterior e lateral com aplicação de enxerto ósseo estrutural homólogo (hemidiáfise de fémur com 20 cm a fazer suporte medial e preenchimento do defeito com enxerto corticoesponjoso homólogo de cabeça femoral).

Resultados:
Os autores mostram a progressão radiológica da doente ao longo do tempo de tratamento. Atualmente a doente encontra-se com seguimento >12 meses em relação ao último procedimento cirúrgico, deambula sem auxiliar de marcha com trendelemburg. Sem evidência clinica ou laboratorial de infeção. Radiologicamente boa evolução com consolidação da fratura.

Discussão:
A escolha do tipo de implantes a utilizar neste tipo de fraturas é crucial, a dificuldade técnica é inversamente proporcional à quantidade de capital ósseo disponível. A utilização de técnicas retrógradas de encavilhamento é teoreticamente possível mas requer a utilização concomitante de placas em ponte na região de stress entre a cavilha e a haste femoral. Deste modo a redução aberta e utilização de placas em ponte com ancoragem periprotésica proximal e distal é o método preferido de tratamento cirúrgico. A utilização de auto ou aloenxerto é importante para a estimulação da consolidação e pode fornecer suporte estrutural quando necessário.

Conclusão:
O envelhecimento populacional associado ao aumento do número de artroplastias pode levar ao aumento da frequência destas fraturas complexas. As fraturas interprotésicas tendem a ocorrer mais frequentemente na região supracondiliana do fémur e técnicas modernas de osteossíntese que façam bypass da região interprotésica mantendo o alinhamento do membro e a estabilidade dos implantes são o método ideal de tratamento.

P57 - **Fractura irreductível do osso Ganchoso por luxação de metacárpicos**

Pedro Jordão, Julian Morales Valencia, Gomez Bermejo, Juan Ribas, Ugo Fontoura, André Bahute
(Cenro Hospitalar de Coimbra)

Introdução:
As fracturas do osso Ganchoso estão localizadas habitualmente no corpo ou no processo unciforme. Raramente a fractura atinge alguma das superfícies articulares. A sua baixa incidência de fracturas neste osso e difícil visualização em radigrafias simples, torna o seu diagnóstico difícil. Apresentamos um caso de um doente de 44 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por traumatismo directo da mão, na sequência de um soco. Após a avaliação clínica e radiológica constactou-se fractura do ganchoso e interposição no foco de fractura do 4º e 5º metacárpicos por luxação.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculinoa de 44 anos, recorre ao Serviço de Urgência por dor e tumefação na mão direita devido a traumatismo directo na mão, mecânismo de soco. Ao exame físico verificou-se dor e edema na região metacarpo-falângica do 3º, 4º e 5º raios; sem alterações sensitivas ou motoras. Não eram visíveis deformidades ou equimoses locais. Apresentava também dor à palpação da base do 4º e 5º metacárpicos. Na radiografia PA e Perfil da mão não eram visíveis imagens de fractura. Imobilizou-se com tala gessada anti-álgica digito-antebraquial para imobilização do 4º e 5º raios. Ao controlo radiológico na reavaliação após uma semana, houve a suspeita de fractura do osso ganchoso. Para confirmação diagnóstica foi pedida TAC articular do punho e mão,

tendo-se constactado fractura do osso Ganchoso e luxação do 4º e 5º metacárpicos interpostos no foco de fractura. Foi realizado tratamento cirúrgico com redução fechada e fixação dos metacárpicos com fio de Kirchner e osteossíntese do osso Ganchoso com parafuso de compressão sem cabeça (Acutrak® de 20 mm). Manteve a imobilização com tala gessada antebraqui-palmar.

Resultados:
Após 5 semanas é retirado o fio de Kirchner e imobilização gessada, iniciando reabilitação funcional. Aos 3 meses o doente encontrava-se assintomático e sem déficite funcional.

Discussão:
As fracturas do osso Ganchoso são lesões pouco frequentes e difíceis de diagnosticar. A existência de dor localizada na região hipotenar relacionada com um evento traumático pode estar relacionada com fractura ou pseudartrose sintomática do osso Ganchoso. A tomografia compoturizada é um importante meio auxiliar diagnóstico para caracterizar a lesão e descartar outras associadas.

Conclusão:
A dor na região hipotenar em contexto de traumatismo da mão pode ser indicativa de lesao do osso Ganchoso. Ante a suspeita clínica a realização de TAC é um importante auxiliar de diagnóstico que pode orientar para um tratamento correcto.

P58 - **Fratura do colo do fémur na criança – a propósito de um caso clínico**

Sofia Esteves Vieira, Sandra Martins, Diogo Robles, Sara Alves Da Silva, Fernando Silva, João Palheiras
(Centro Hospitalar do Tamega e Sousa)

Introdução:
As fraturas do colo do fémur na criança são raras. Os traumatismos diretos de elevada energia são responsáveis por 75 a 80% destas fraturas e, portanto, há muitas vezes outras lesões associadas. O tratamento cirúrgico está indicado em fraturas com desvio. A osteonecrose é a principal complicação ocorrendo em até 40% dos casos e está diretamente relacionada à localização e desvio da fratura. O diagnóstico e tratamento atempado fazem a diferença no resultado final.
Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, 12 anos, vítima de atropelamento com traumatismo do membro inferior esquerdo. Apresentava dor em todo o membro, limitação funcional e ligeiro encurtamento. O Rx mostrou fratura do colo do fémur Delbert tipo 3 e fratura da diáfise da tíbia, in situ. Decidido tratamento conservador de fratura da tíbia com gesso cruropodálico e osteossíntese de fratura do colo do fémur com 3 parafusos canulados 5.0 mm.

Resultados:
A imobilização foi retirada à 6ª semana e foi iniciada carga parcial. Cumpriu programa de reabilitação durante 8 semanas. 4 meses após a cirurgia já caminhava sem apoio, não apresentava queixas álgicas e o exame objetivo do membro inferior era normal. Aos 12 meses mantem-se assintomático e sem limitação para as suas AVD. O estudo radiológico foi sempre negativo para sinais de osteonecrose.

Discussão:
O objetivo major do tratamento é preservar a cabeça do fémur através da redução e fixação urgentes, no sentido de evitar dano à articulação.

Conclusão:
Apesar de pouco frequente, a fratura do colo do fémur na criança pode surgir no contexto de trauma de elevada energia. No caso apresentado o diagnóstico e tratamento imediatos foram determinantes para o resultado final que foi excelente.

P59 - **Doente submetido a hemiartroplastia da anca direita há 52 anos**

Luis Machado, Sérgio Figueiredo, José Maria Rodrigues, Jacinto Loureiro
(Hospital de Santo André, Centro Hospitalar Leiria-Pombal)

Introdução:
As fracturas proximais do fémur são relativamente raras na idade pediátrica, constituindo menos de 1% do total de fracturas. Habitualmente estão associadas a mecanismos de alta energia.

Material e Métodos:
Descrição de um caso clínico

Resultados:
Indivíduo do sexo masculino, 63 anos, referenciado para consulta externa de Ortopedia no nosso hospital por coxalgia à esquerda. No momento de colheita da história clínica e avaliação física verificou-se uma limitação total da mobilidade da articulação coxo-

femoral contralateral bem como dismetria do membro inferior direito. O doente revelou ter sido submetido a uma intervenção cirúrgica com material protésico há cerca de 52 anos, em contexto pós-traumático. Na avaliação radiológica verificou-se a existência de uma prótese parcial da anca direita, em conformidade com o estado clínico do doente.

Discussão:
No presente não há praticamente nenhuma indicação para realização de hemiartroplastia em crianças em contexto traumático. Existem somente alguns casos descritos em que a opção por este tratamento incidiu sobre outras patologias, nomeadamente patologia tumoral, necrose avascular da cabeça do fémur, artrite reumatóide juvenil grave ou luxação congénita da anca muito grave. O doente acabou por sofrer as complicações descritas associadas a este procedimento, nomeadamente progressiva migração lateral e superior da cabeça femoral protésica, bem como alargamento e afundamento do acetábulo. Estas complicações foram agravando até condicionarem a limitação total da mobilidade da articulação e encurtamento significativo do membro.

Conclusão:
A hemiartroplastia da anca tem indicações terapêuticas muito específicas, muito raramente aplicáveis à idade pediátrica. A sua aplicação nesta idade é nefasta à qualidade de vida do doente a longo prazo.

Tumores do Aparelho Locomotor

P60 - **Reconstrução com aloenxerto e artrodese com cavilha trans-talar após ressecção de Osteossarcoma de alto grau da tíbia distal**

Ruben Lopes Da Fonseca, João Oliveira, Alexandre Brandão, Joana Bento, João Freitas, José Casanova
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
O osteossarcoma corresponde a 20% dos tumores ósseos malignos primários. Com uma incidência de 1 a 3 por milhão de habitantes/ano. Mais frequente na 2ª década de vida e com uma incidência ligeiramente superior no sexo masculino. Localizam-se preferencialmente no fémur distal, tíbia proximal e úmero proximal. O sintoma predominante é a dor progressiva. O tratamento habitualmente preconizado consiste no uso de quimioterapia neo ajuvante e adjuvante e cirurgia.

Material e Métodos:
Caso clínico doente do sexo masculino de 32 anos. Quadro clínico de dor e tumefação a nível do tornozelo dto. Submetido a estudo complementar por Rx perna, Cintigrama Ósseo, TAC torácica, TAC e RM perna, e bióspia guiada por TAC. Foi diagnosticado um Osteossarcoma do 1/3 distal da tíbia. O doente foi submetido a protocolo de quimioterapia neo-adjuvante e tratamento cirúrgico. Abordagem anterior, identificação e isolamento das artérias tibial anterior e posterior. Osteotomia da tíbia e do peróneo 15 cm proximal á interlinha articular. Ressecção alargada da lesão tumoral. Reconstrução com aloenxerto da tíbia distal. Artrodese com cavilha trans-talar e estabilização rotacional do aloenxerto com aplicação de placa LCP a nível da interface proximal.

Resultados:
O exame anatomo patológico da peça operatória confirmou o diagnóstico de osteossarcoma intramedular de alto grau, com margens cirúrgicas livres. No pós-operatório o doente apresentou algumas flictenas a nível da face anterior da perna com resolução das mesmas, sem deiscência da sutura. Não se verificaram alterações neuro-vasculares. Teve alta ao 28 dia do pós-operatório com tala gessada posterior com indicação de marcha com canadianas em descarga total. Foi submetido a novo ciclo de quimioterapia. Iniciou carga parcial às 12 semanas com bota Walker e carga total às 16 semanas. Ao ano apresentava sinais radiológicos de consolidação quer a nível da junção proximal quer a nível da artrodese. Sem queixas álgicas e sem necessidade de auxiliares de marcha.

Discussão:
Historicamente os doentes com osteossarcomas de alto grau eram tratados imediatamente com uma amputação alargada ou radical, e apesar dessa conduta agressiva cerca de 80% dos doentes morriam de metástases distantes. A utilização da quimioterapia neo adjuvante e adjuvante permitiu um tratamento cirúrgico menos agressivo destes doentes permitindo a preservação do membro. A ênfase do tratamento cirúrgico destes doentes incide não só na ressecção da lesão com margens adequadas como também na estratégia a utilizar na reconstrução. Na ressecção de tumores da tíbia distal e artrodese do tornozelo com aloenxerto o principal problema reside nas condições dos tecidos moles devido à localização subcutânea da tíbia. Além dos problemas de vascularização as reconstruções com aloenxerto intercalares estão associadas a um risco aumentado de fratura, atraso de consolidação e infeção. Apesar destas complicações este procedimento permite a reposição do stock ósseo e a preservação do membro.

Conclusão:
A ressecção distal da tíbia e a artrodese do tornozelo com aloenxerto ósseo não vascularizado constitui um procedimento efetivo na cirurgia oncológica ortopédica, encontrando-se descritas na literatura pequenas séries de doentes com bons resultados funcionais e oncológicos. No entanto a morbilidade e o período de recuperação prolongado tem de ser considerados contra a alternativa de uma amputação abaixo de joelho com uma prótese bem adaptada.

P61 - **Pilomatrixoma do braço – a propósito de um caso clínico**

Andreia Ferreira, Bruno Barbosa, Tiago Pinheiro Torres, José Marinhas, Mafalda Santos
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia -Espinho)

Introdução:
O pilomatrixoma ou epitelioma calcificante de Malherbe, foi descrito pela primeira vez em 1880 por Malherbe e Chenantais. Trata-se de um tumor subcutâneo benigno com origem nas glândulas sebáceas tipicamente encontrado na região da cabeça e pescoço. A sua incidência nos membros superiores é relativamente rara e na literatura existem poucos

relatos de atingimento do braço. Manifesta-se como uma tumefação solitária, dura e indolor, podendo acompanhar-se de alterações da coloração da pele adjacente. Embora este tumor se possa desenvolver em qualquer idade, 40% dos casos ocorrem em doentes com menos de 10 anos e 60% dos casos nos primeiros 20 anos de vida. O presente caso destaca a importância de se considerar o pilomatrixoma no diagnóstico diferencial de um nódulo do braço.

Material e Métodos:
Trata-se de uma criança do sexo masculino, com 11 anos de idade, enviado à consulta externa por uma tumefação dura, indolor, de cerca de 1 cm de diâmetro, localizada no 1/3 distal e lateral do braço direito; sem sinais inflamatórios ou alterações da coloração local. Não há referência a história traumática prévia. Realizou ecografia que revelava uma formação nodular sólida no seio da gordura subcutânea com 12 mm, sugerindo granuloma calcificado. Foi submetido a exérese cirúrgica completa, constatando-se intra-operatoriamente tratar-se de um nódulo calcificado.

Resultados:
A peça foi enviada para anatomia patológica que revelou tratar-se de pilomatrixoma. Actualmente com 6 meses de seguimento não apresenta sinais de recidiva local.

Discussão:
O pilomatrixoma é frequentemente subdiagnosticado principalmente em situações em que a sua localização é atípica, tal como no caso aqui apresentado. O diagnóstico diferencial inclui outras neoplasias benignas nomeadamente cisto de inclusão epidérmica, cisto dermóide, granuloma de corpo estranho, lipoma e osteoma cútis e miosite ossificante.

Conclusão:
A resolução espontânea é rara e desta forma o tratamento passa pela excisão cirúrgica completa. A recorrência após a cirurgia é pouco frequente, com uma incidência entre 0 e 3%. Apesar de rara, a transformação maligna deve ser suspeitada em casos de recidivas locais repetidas.

P62 - **Ressecção segmentar de Hemangioma Intraósseo da tíbia e reconstrução com aloenxerto intercalar.**
Ruben Lopes Da Fonseca, Manuel Caetano, João Cabral, Pedro Simões, António Laranjo, José Casanova
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
O Hemangioma Intraósseo é um tumor raro corresponde a cerca de 1% de todos os tumores ósseos. A sua localização mais comum é nos ossos da face e crânio, seguidos da coluna vertebral, grelha costal e esqueleto apendicular. De evolução indolente e usualmente assintomático. Em alguns casos pode manifestar-se por dor ou pela ocorrência de fratura patológica. A maioria das lesões dos ossos longos é tratada adequadamente por curetagem, sempre que necessário pode efetuar-se embolização pré operatória de modo a minimizar as perdas sanguíneas, em lesões recidivantes e localmente agressivas pode ser necessária a sua ressecção segmentar.

Material e Métodos:
Caso clínico. Doente de 39 anos do sexo feminino, seguida em consulta por Hemangioma Intraósseo do 1/3 distal da tíbia, grau 3 classificação de Enneking. Tendo já sido submetida a 2 cirurgias anteriores: 1ª curetagem e enxerto ósseo autólogo, 2ª embolização pré-operatória, ressecção e preenchimento do defeito ósseo com PMMA. Após 4 anos iniciou quadro clínico de dor e edema da perna. Realizou estudo complementar por TAC que detectou recidiva da lesão. Tratamento cirúrgico. Planeamento pré-operatório com determinação das margens cirúrgicas, preparação do enxerto ósseo e escolha do método de fixação. Abordagem anterior determinação dos locais de osteotomia, o proximal localizado a 14 cm da articulação tibiotársica e o distal a 3 cm. Ressecção segmentar da lesão. Reconstrução com enxerto alógeno de 11 cm, fixação com cavilha da tíbia não rimada (Ø 9 mm, 300 mm), bloqueio distal estático com 2 parafusos ASLS (Angular Stable Locking System) bloqueio proximal estático com 2 parafusos convencionais. Grampo distal para controlo da estabilidade rotacional do aloenxerto. Aplicação do enxerto ósseo esponjoso autólogo na interface proximal entre a diáfise da tíbia e o enxerto segmentar alógeno.

Resultados:
Alta ao 3º dia do pós-operatório, com imobilização com bota gessada. Às 2 semanas retirou imobilização gessada e iniciou marcha com carga parcial, tendo às 10 semanas iniciado carga total. Aos 6 meses verificou-se um atraso na consolidação do aloenxerto a nível do foco proximal tendo procedido a dinamização da cavilha. Aos 16 meses, na ausência de consolidação no foco proximal procedeu-se a nova intervenção cirúrgica

tendo sido realizada descorticação de Judet, aplicação de enxerto ósseo autólogo esponjoso e fixação com placa LC-DCP 3,5. Atualmente a doente encontra-se sem queixas e com sinais radiológicos de aparente integração do aloenxerto a nível do foco proximal.

Discussão:
A evolução clínica da doente vai de encontro ao descrito na literatura, no que diz respeito as reconstruções de defeitos ósseos recorrendo ao uso de aloenxertos intercalares. Segundo a literatura até 13% das interfaces hospedeiro dador não consolidam inicialmente, sendo que essa percentagem é mais elevada nas interfaces diafisárias (cerca de 19%) comparativamente as metafisárias (cerca de 3%), o que se verificou neste caso clínico. Quanto ao método de fixação do aloenxerto utilizado, existem 2 opções possíveis: uso de placa ou cavilha intramedular. O uso de cavilha encontra-se associado a um menor risco de fratura do aloenxerto que constitui uma das principais complicações deste tipo de reconstruções. O uso de placa por sua vez permite uma maior estabilidade mecânica ao nível das interfaces hospedeiro dador.

Conclusão:
As reconstruções com aloenxertos ósseos intercalares são tecnicamente exigentes encontram-se associadas a um risco importante de complicações nas quais se incluem fraturas do aloenxerto, risco aumentado de infeção e uma percentagem elevada de pseudoartrose, nomeadamente nas interfaces corticais. No entanto o uso de aloenxertos intercalares constitui uma alternativa viável para a reconstrução de defeitos ósseos da diáfise de ossos longos, no âmbito do tratamento quer de tumores benignos agressivos quer tumores malignos.

P63 - **PLASMOCITOMA MEDULAR- CASO CLINICO**
Jorge Homero Costa, Ricardo Guerreiro, Pedro Falcão, João Jorge, André Grenho, Joana Arcangelo
(Hospital de sao lázaro -CHLC)

Introdução:
O plasmocitoma solitário é caracterizado pela proliferação neoplásica de plasmócitos , podendo atingir estruturas ósseas ou viscerais. Tem predomínio pelo sexo masculino numa proporção de 3:1 e a sua principal localização é na coluna vertebral. Tem uma prevalência de cerca de 2 a 3 casos por 100.000. 54% dos casos de plasmocitoma solitário evoluem para mieloma múltiplo num período de meses a anos. 11% sofrem recorrência local ou noutra localização.

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso clinico de um doente de 31 anos, sexo masculino,raça negra, sem antecedentes relevantes. Submetido em 2009 a artrodese postero-lateral com parafusos transpediculares e barras L2-L3-L5-S1 por lesão litica de L4 que condicionava estenose canalar e colapso vertebral Fig. 1 e 2. A biópsia revelou plasmocitoma solitário. Iniciou QT e RT com melhoria clínica e analítica. Em remissão até 2012, altura em que é referenciado para consulta de Ortopedia por dor na anca esquerda e claudicação. Rx e TC revelaram imagem lítica radiotransparente , sem reacção circundante situada na regiao subtrocantérica e cefálica do fémur esquerdo Fig 3,4 e 5. Foi submetido a biopsia óssea cujo diagnóstico histopatológico foi neoplasia plasmocitica, (fragmentos ósseos com marcada infiltração de plasmócitos CD138+) com atipia citológica e restricção cadeias leves K. A electroforese demonstrou um aumento das IG´S séricas, o mielograma foi acelular e a urina 24h com aumento cadeias leves Kappa (54,2 mg/l) e Lambda (6,3 mg/L) Duas semanas após a cirurgia recorre ao SU por dor e imitação funcional na anca esquerda, sem história de trauma. O Rx revelou fractura subtrocantérica do fémur esquerdo Fig. 6.

Resultados:
Efectuada osteossintese com DHS Fig 7. Teve alta com indicação para carga parcial sobre o membro e prosseguimento de tratamento de QT. Após 3 meses já realiza marcha autónoma e nega queixas álgicas. Rx demonstra boa evolução consolidativa da fractura Fig 8.

Discussão:
Trata-se de um caso de fractura patológica na região subtrocantérica esquerda causada por plasmocitoma solitário, num doente com antecedente de fractura vertebral causada pela mesma entidade.

Conclusão:
O tratamento do plasmocitoma solitário e do mieloma multiplo é a QT, servindo a RT para alivio das queixas álgicas em caso de fracturas patológicas - sensiveis à RT. A intervenção do ortopedista é necessaria no tratamento de fracturas patológicas e eventualmente descompressões neurológicas em lesões raquidianas. Sem tratamento, a taxa de sobrevivência média é de 6 meses. Nos plasmocitomas solitários tratados, em

indivíduos jovens a taxa de sobrevivência é de 50% aos 10 anos.

P64 - **Plasmocitoma ósseo solitário, um perigo mascarado**

Ana Facanha, Afonso Ruano, Renato Neves, Maria Luísa Fardilha, Raul Cerqueira, Susana Pinto
(ULS Nordeste)

Introdução:
A lombalgia é uma patologia que atinge em algum ponto da vida, mais de 84% dos adultos, sendo que a maioria é autolimitada e permanece sem diagnóstico. O plasmocitoma é uma massa discreta, solitária de células monoclonais neoplásicas, localizadas quer no osso, quer nos tecidos moles. O primeiro sintoma do plasmocitoma ósseo pode ser dor causada por fratura patológica ou por envolvimento vertebral. A compressão do canal medular, quando presente, pode mesmo constituir uma urgência cirúrgica. Esta neoplasia envolve preferencialmente o esqueleto axial, com predomínio do envolvimento das vértebras torácicas. Atinge o dobro dos homens em relação às mulheres, com idade média de 55 anos, 10 anos a menos que os com mieloma múltiplo.

Material e Métodos:
Doente de 70 anos do sexo masculino, com história de múltiplas vindas ao serviço de urgência, por episódios de lombalgia de intensidade crescente e mais frequentes durante cerca de um ano. No mês que antecedeu o internamento, refere diminuição da sensibilidade e força muscular dos membros inferiores. Menciona também anorexia e hipersudorese acompanhantes. No dia de internamento, doente paraplégico sem reflexos osteotendinosos despertáveis nos membros inferiores. Sem antecedentes infecciosos ou neoplásicos. Dos exames iniciais, destaca-se rX da coluna lombar onde aparenta existir fratura de D11 com colapso completo do corpo. Feita TC onde se encontra massa no corpo de D11. A RMN realizada revela "aspectos compatíveis com osteomielite granulomatosa/espondilite tuberculosa de D11, com abcesso postero-lateral que condicionam compressão medular". Foi programada biópsia da massa que revela proliferação de plasmocitos com restrição a cadeias lambda. Foi instituída corticoterapia, analgesia e profilaxia antitrombótica.

Resultados:
Após cerca de duas semanas de corticoterapia, o doente recupera capacidade de marcha, embora com diminuição da força muscular e hipoestesia dos membros inferiores. Submetido a fixação percutânea de D10 a D12 da qual recupera sem défices adicionais. Pedida colaboração de Hematologia, onde foi feito o diagnóstico definitivo de plasmocitoma vertebral (após exclusão de mieloma múltiplo). Inicia terapêutica com quimio e radioterapia dirigidas, com boa resposta clinica e imagiológica. Doente com dor controlada, força grau 5 e sem défices de sensibilidade dos membros inferiores.

Discussão:
O atraso no diagnóstico deve-se muitas vezes à subvalorização de queixas aparentemente inocentes, como é o caso de lombalgias mecânicas. No entanto, mesmo no movimentado serviço de urgência, devemos estar atentos para a presença de alguns sinais de alerta, indicadores da necessidade de mais investigação, como sejam: a idade avançada, sinais e sintomas neurológicos persistentes ou sistémicos ou dor prolongada (mais de seis semanas), resistente a tratamento conservador. A resseção cirúrgica não é aconselhada no tratamento de plasmocitoma ósseo solitário mas algum tipo de fixação vertebral pode ser necessário, no restabelecimento da arquitetura óssea. A fixação percutânea vertebral constitui uma opção viável e pouco invasiva de fixação de fraturas patológicas, com incremento efetivo da qualidade de vida do doente.

Conclusão:
O plasmocitoma ósseo solitário tem uma taxa de conversão em mieloma múltiplo de 65-84% aos dez anos, com uma sobrevida média de cerca de dez anos. Dependendo da sua localização, a vigilância ortopédica é recomendada pelo risco de lesão medular ou de fraturas patológicas.

P65 - **FRACTURA ATÍPICA DO FÉMUR, UM EFEITO ADVERSO GRAVE DA TERAPEUTICA COM BISFOSFONATOS**

Francisco Flores, Luis Correia, Rui Lampreia
(Hospital Fernando Fonseca)

Introdução:
Os bisfosfonatos constituem a classe mais importante de agentes anti-reabsortivos utilizados para tratar doenças caracterizadas por reabsorção óssea mediada por osteoclastos como osteoporose. Recentemente, a

utilização prolongada destes fármacos tem sido associado a fracturas atípicas da região subtrocantérica e diafisária do fémur. Este fenómeno pode dever-se à inibição da remodelação óssea com consequente acumulação de microfracturas culminando em fracturas por insuficiência.

Material e Métodos:
CASO CLÍNICO Doente do género feminino, 78 anos, raça caucasiana com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, histerectomia por pólipo do endométrio havia 5 anos. Destaca-se a terapêutica com alendronato durante 11 anos Referia coxalgia direita de inicio 2 meses previamente ao internamento tendo sido avaliada em consulta de ortopedia onde foram prescritos exames de imagem. Na sequência dos mesmos foi referenciada a medicina física e reabilitação. No dia da admissão refere trauma minor ao descer escadas com dor súbita e impotência funcional imediata seguido de queda da própria altura. Ao exame objectivo apresentava dor, impotência funcional e tumefacção da coxa. A radiografia simples revelava fractura diafisária do fémur completa, de traço simples transversal, com evidência de espessamento da cortical externa do fémur.

Resultados:
A doente foi internada para realização de tratamento cirúrgico tendo sido submetida a redução incruenta e osteossíntese endomedular anterograda. Foi colhida amostra de osso do foco de fractura para estudo anatomo-patológico de biopsia que revelou alterações compatíveis com osteoporose. O pós-operatório decorreu sem complicações, iniciando fisioterapia imediata. Ao sétimo dia de pós-operatório teve alta suspendendo-se de imediato o bisfosfonato e mantendo apenas a suplementação com cálcio e vitamina D. À data da última avaliação a doente encontrava-se assintomática, sem repercussão funcional e em pausa terapêutica.

Discussão:
Os bisfosfonatos constituem uma classe importante de fármacos com efeitos comprovados na prevenção de fracturas osteoporóticas. Vários casos de fracturas atípicas da região subtrocantérica ou diafisária do fémur têm sido reportados no entanto não existe até ao momento evidência científica sólida que suporte estas associação. Recentemente a American Society for Bone and Mineral Research definiu os critérios para caso de fractura atípica dos quais 5 critérios major têm que se verificar. Tal sucedeu-se neste caso tratando-se de fracturas: da região diafisária, sem trauma ou com trauma minor (como queda da propria altura), não-cominutiva, transversa ou obliqua curta, com "spike" interno quando envolve as duas corticais. Apesar dos diversos relatos de casos de fracturas atípicas esta associação carece de suporte científico. É realizada uma breve revisão da evidência científica parece ainda favorecer a utilização destes fármacos dada a raridade destas fracturas entre os milhões de doentes que têm realizado a terapêutica, e a frequência elevada das fracturas osteoporóticas que podem ser prevenidas.

Conclusão:
As fracturas atípicas do fémur que têm sido associadas à terapêutica com bisfosfonatos podem constituir um efeito adverso grave. Neste momento a evidência científica ainda parece favorecer a sua utilização já que esta associação carece de evidência científica sólida e o efeito dos bisfosfonatos na prevenção de fracturas osteoporóticas está comprovado. No entanto o clínico deve ter em mente este potencial efeito adverso aquando da sua prescrição inicial bem como na decisão de instituir um período de pausa na terapêutica prolongada.

P66 - **Enxerto ósseo alogénico combinado com aspirado medular ósseo autólogo no tratamento de um tumor mixofibroso lipoesclerosante de grandes dimensões: a propósito de um caso clínico**
Joao Teixeira, António Miranda, Fernando Leal, Ricardo Frada, Vera Resende, Carlos Queirós (CHEDV)

Introdução:
A utilização de enxerto ósseo autólogo mantem-se a técnica gold-standard para a estimulação do crescimento e regeneração óssea, no entanto, a sua disponibilidade é limitada e a sua colheita pode associar-se a complicações importantes. Desta forma, o tratamento de lesões ósseas quisticas de grandes dimensões representa sempre um desafio clinico Existem várias opções disponiveis para complementar ou substituir os enxertos autólogos que vão desde enxerto ósseo alogénico aos diferentes tipos de substitutos ósseos sintéticos. O fundamental é a criação de um complexo que inclua: uma matriz osteocondutora que funcione como base para crescimento ósseo; proteinas osteoindutoras que induzem mitogenese de células indiferenciadas e por fim células osteogénicas capazes de formar osso. O

enxerto alogénico, obtido através de osso de cadáver, apresenta propriedades osteoindutivas e osteocondutivas mas não tem propriedades osteogénicas, uma vez que é desprovido de células viáveis. Desta forma, a combinação de enxerto alogénico com enxerto autólogo ou aspirado de medula óssea representa um processo sinérgico que permite optimização do processo de formação óssea.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso clínico de uma doente de 46 anos, do sexo feminino, que é orientada para consulta de ortopedia no contexto de lesão quistica atipica, com densificação central, localizada na metafise proximal da tibia direita apresentando cerca de 12 cm de maior diâmetro (sem invasão espaço articular ou reação perióssea associada). A doente terá realizado estudo radiológico na sequência de aparecimento recente de gonalgia após esforço físico intenso. O exame físico não revelou qualquer alteração relevante. O estudo imagiológico foi complementado com ressonância magnética que sugeriu tartar-se de uma lesão que poderia corresponder a uma neoformação lipomatosa ou a um tumor mixofibroso lipoesclerosante (TML), tendo sido despistados sinais de malignidade. Foi proposto tratamento cirúrgico de acordo com protocolo de serviço: aspiração e curetagem da lesão com preenchimento da loca recorrendo a enxerto alogénico (cabeça femoral de cadáver) associada a aspirado medular autólogo colhido no ilíaco ipsilateral. O protocolo de preparação do enxerto incluiu a fragmentação do enxerto alogénico num moinho de osso sendo posteriormente misturado com cerca de 20cc de aspirado medular autólogo colhido no ilíaco.

Resultados:
Após procedimento cirúrgico a doente manteve imobilização com tala gessada posterior durante 4 semanas, com inicio progressivo de carga após as 6 semanas. Manteve seguimento regular em consulta externa de ortopedia para avaliação clínica e radiológica. O estudo anatomo-patológico confirmou tratar-se de uma lesão óssea com componente fibromixóide tendo dado como diagnóstico mais provável o TML. Observou-se evolução clínica e imagiológica favorável com resolução completa das queixas álgicas e consolidação óssea praticamente completa ao final de 1 ano de follow-op. Não foram registadas quaisquer complicações per ou pós-operatórias.

Discussão:
O TML é uma entidade benigna rara com localização preferencial na anca e femur proximal. O tratamento destas lesões é em tudo idêntico às restantes lesões ósseas quisticas benignas sendo importante a completa ressecção com preenchimento ósseo da loca remanescente. Apesar de se tratar de uma lesão benigna está descrita uma degeneração sarcomatosa em cerca de 10-16% dos casos, pelo que é extremamente importante manter um seguimento apertado destes doentes. O tratamento efectuado mostrou bons resultados com resolução sintomática e consolidação óssea bem sucedida

Conclusão:
Os autores consideram que a adição de aspirado medular ósseo com efeito de stem cell permite complementar o défice osteogénico inerente à utilização de enxerto ósseo alogénico acelular. Na nossa experiência, este sinergismo contribui para os bons resultados obtidos no tratamento.

E-Posters

Anca

EP1 - **Síndrome de Conflito Isquiofemoral – a propósito de um caso clínico.**
Hugo Moreira Aleixo, Sérgio Neiva Araújo, Edgar Meira, Luís Dias Carvalho, Joana Cardoso, Nuno Camelo Barbosa
(Pedro Hispano)

Introdução:
A síndrome de conflito isquiofemoral, a par do conflito femuroacetabular, é uma das causas de clínica dolorosa da anca, sendo menos comum que esta última. Descrita inicialmente em pacientes após artroplastia, encontra-se também em pacientes sem antecedentes cirúrgicos, por vezes associada a marcada anteversão do colo femoral, acompanhada de diminuição do espaço isquiofemoral e possível compromisso do nervo ciático.

Material e Métodos:
Apresentamos o caso de uma jovem do sexo feminino de biótipo longilíneo, com 22 anos, com marcada anteversão femoral bilateral, e sintomatologia concordante com a síndrome de conflito isquiofemoral à direita, suportada por exames complementares de diagnóstico (ressonância magnética- RM).

Resultados:
A doente apresentava queixas dolorosas na região posterior da coxa direita, por vezes com irradiação distal, com agravamento após períodos prolongados na posição sentada. As mobilidades ativa e passiva eram amplas e simétricas e as radiografias normais. A RM mostra alterações típicas desta síndrome, que permitem orientar o diagnóstico definitivo, como o edema do músculo quadrado femoral, o estreitamento do espaço isquiofemoral e a degenerescência adiposa do componente muscular em conflito.

Discussão:
Excluindo outros diagnósticos diferenciais possíveis, o exame físico associado com imagem de RM característica revelou como diagnóstico síndrome isquiofemoral da anca direita. A abordagem terapêutica deste tipo de lesões não é consensual: pode ser cirúrgica ou recorrendo a técnicas menos invasivas – infiltração local com anestésico e corticóide.

Conclusão:
O diagnóstico da síndrome de conflito isquiofemoral é complexo. É importante abordar o doente e as suas queixas de dor na anca ou virilha através de uma boa história clínica, um exame físico concordante e exames complementares de diagnósticos adequados, como a RM, com degenerescência gorda/substituição adiposa do músculo quadrado femoral, estreitamento do espaço do quadro femoral e outras modificações que permitam um correto diagnóstico. Diagnosticada atempadamente, antes de alterações nas estruturas musculo-esqueléticas da anca, o conflito isquiofemoral pode ser tratado conservadoramente.

EP2 - **Encondroma do colo do fémur - exérese artroscópia. A propósito de um caso cliníco**
Fernando Leal, Cruz De Melo, Silvio Dias, Vera Resende, Ricardo Frada, João Teixeira
(CHEDV)

Introdução:
Os encondromas são lesões tumorais com aspecto benigno e apresentam calcificação intra-lesional irregular. Quando justa-corticais, são geralmente inferiores a 3 cm, regulares e observa-se esclerose da cortical subjacente. As radiografias são geralmente suficientes para o diagnóstico, no entanto a TAC e a RMN são importantes para melhor avaliação da lesão, nomeadamente, para exclusão de erosão endosteal (exclusão de condrosarcoma). O tratamento consiste na avaliação periódica dos pacientes com a realização de exames para avaliar a evolução da lesão. O tratamento cirúrgico está indicado quando existe evolução da lesão ou quando esta se torna sintomática. O tratamento consiste na curetagem da lesão. A artroscopia da anca ao permitir o acesso ao espaço articular central e periférico permite a visualização deste tipo de lesões e o seu tratamento, diminuindo assim a morbilidade resultante da cirurgia.

Material e Métodos:
Apresentação e discussão de um caso clinico

Resultados:
Doente do sexo feminino, 47 anos, doméstica. Dor na anca esquerda de ritmo mecânico exacerbada com actividade moderada. Exames complementares de diagnóstico revelam encondroma do colo do fémur. Mantém queixas apesar de não existir evolução na imagem. Pré operatóriamente apresenta WOMAC score

de 63.3, HHS de 79 e pontua 8 na EVA da dor Submetida a curetagem do encondroma por artroscopia da anca segundo a técnica out-in. Foi visualizado o colo do fémur após capsulotomia e realizada excisão de encondroma. Realizada fixação do colo do fémur, profiláctica, sob visualização radiológica e artroscópica. Aos 4 meses pós operatórios refere melhoria significativa da dor.

Discussão:
A artroscopia da anca ao permitir o acesso ao compartimento articular periférico da anca, após capsulotomia, permite a visualização directa ou indirecta (assistida por fluoroscopia) de lesões do colo do fémur. A curetagem/shaving de um encondroma do colo do fémur é possível por técnica artroscópica, tornando o tratamento desta patologia menos invasivo, comparativamente com uma artrotomia da anca.

Conclusão:
A artroscopia da anca é uma opção terapêutica na abordagem de lesões do colo do fémur, permitindo a sua exérese sem recurso a uma artrotomia, minimizando assim a agressão cirúrgica e melhorando a recuperação destes pacientes

---

EP3 - **Sinovite vilonodular pigmentada agressiva da anca: caso clinico raro**
Sofia Esteves Vieira, Joana Leitão, Sandra Martins, João Correia, Daniel Lopes, Nuno Quaresma
(Centro Hospitalar do Tamega e Sousa)

Introdução:
A sinovite vilonodular pigmentada é um tumor benigno, difuso, raro caracterizado por hiperplasia de vilosidades da membrana sinovial em articulações e bainhas tendinosas. É de difícil diagnóstico pelo facto da sua apresentação clínica se sobrepor a outros quadros clínicos tais como artropatias inflamatórias, artropatias pós traumáticas ou ainda a processos tumorais. Clinicamente caracteriza-se por derrames de repetição, dor, desconforto, bloqueio articular e massa palpável. O tratamento passa pela sinovectomia por via artroscópica ou artrotomia.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 37 anos, com desconforto constante na anca esquerda com evolução de 2 anos sem eventos traumáticos precipitantes. Verificou nos últimos meses agravamento da sintomatologia com aumento das queixas álgicas, diminuição da mobilidade da anca e sensação de hiperpressão na marcha. Confirmou-se o diagnóstico por ecografia e RMN. Esta última mostrou uma formação proliferativa de estrutura heterógenea nos planos superiores dos recessos articulares compatível com manifestação de sinovite vilonodular pigmentada agressiva. A doente foi submetida a sinovectomia artroscópica.

Resultados:
Com um follow up de 6 meses a doente apresenta um bom resultado clínico e imagiológico, não se verificando recidiva nem das queixas nem da lesão.

Discussão:
A sinovite vilonodular pigmentada é uma entidade rara de difícil diagnóstico. Do diagnóstico diferencial fazem parte a osteoartrite, a artrite reumatoide, a gota, os corpos livres intra-articulares, a osteiomielite ou ainda o sarcoma sinovial.

Conclusão:
O tratamento artroscópico constitui uma excelente arma terapêutica nos casos de sinovite vilonodular pigmentada sendo no entanto necessária realizar uma sinovectomia extensa de forma a prevenir as recidivas.

EP4 - **Tratamento cirúrgico de luxação recorrente bilateral de prótese total da anca**
João Pedro Oliveira, Luis Maximino, Francisco Lucas, Fernando Judas
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
As luxações recorrentes de próteses da anca são de difícil tratamento, nomeadamente quando os componentes protéticos se encontram mecanicamente estáveis. Este trabalho tem o propósito de descrever uma técnica cirúrgica usada para o tratamento de luxação recorrente bilateral de uma prótese total não cimentada da anca, originada por uma posição incorrecta de ambas as cúpulas acetabulares.

Material e Métodos:
Doente com 72 anos de idade, com síndroma metabólico. As cúpulas acetabulres apresentavam uma inclinação excessiva, 56º à direita e 60º à esquerda, mas encontravam-se osteointegradas. A artroplastia direita

tinha doze anos de evolução, registando-se cerca de quinze episódios de luxação e a artroplastia esquerda tinha dez anos de evolução, com seis episódios de luxação. Procedeu-se a uma operação conservadora. Assim, mantiveram-se as cúpulas metálicas, os núcleos de polietileno foram substituídos por outros de polietileno altamente reticulado que, por sua vez, foram cimentados no interior das cúpulas metálicas e após furagem óssea, através dos orifícios das cúpulas, para uma melhor penetração do cimento ósseo. Um aumento acetabular cimentado (butée) reforçado com 3 parafusos metálicos foi associado à reconstrução cirúrgica.

Resultados:
Com um tempo de recuo de 19 meses para a artroplastia direita e de 13 meses para a esquerda, não houve registo de complicações.

Discussão:
A substituição total do acetábulo e implantação de uma nova prótese acetabular representa o procedimento mais seguido para o tratamento de casos semelhantes. Todavia, num doente idoso e com risco cirúrgico, a cimentação de uma nova cúpula de polietileno associada a um aumento acetabular cimentado mostrou ser uma técnica simples, pouco agressiva, reprodutível e eficaz confirmando, desta forma, os bons resultados conseguidos no Serviço no tratamento de outras situações clínicas em que foram aplicados estes princípios cirúrgicos.

Conclusão:
A cimentação de uma nova cúpula de polietileno associada a um aumento acetabular cimentado revela-se uma técnica simples, pouco agressiva, reprodutível e eficaz no tratamento cirúrgico de luxação recorrente de prótese total não cimentada e osteointegrada da anca.

EP5 - **Osteoma Osteóide – o tratamento com recurso a Termoablação por Radiofrequência**

Sandra Martins, Sofia Esteves, Sara Silva, Joana Leitão, Virgínia Do Amaral, Jorge Mendes
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
O Osteoma Osteóide, primariamente descrito por Jaffe em 1935, é um tumor ósseo benigno, Ocorre principalmente em adolescentes e adultos jovens, e em indivíduos do sexo masculino (2:1). Geralmente é uma lesão de pequenas dimensões (1 cm diâmetro), com bordos definidos e zona de neoformação óssea reativa à periferia. O femur e a tibia são os locais de aparecimento mais frequentes. Microscopicamente consiste de um nicho de tecido osteóide com estroma vascular e rodeado por osso denso. O diagnóstico é feito com recurso à radiografia simples em cerca de 75% dos casos. A Cintigrafia Óssea e a TAC são importantes para identificar a localização exacta do nidus e esta última tem importância no que respeita ao tratamento. A evolução clínica típica é caracterizada pela dor predominantemente noturna, provavelmente devida ao aumento da síntese de prostaglandinas provocado pelo tumor. O uso de aspirina e outros anti-inflamatórios não esteroides (AINES), que atuam bloqueando a síntese de prostaglandinas, proporciona, na maioria dos casos, alívio transitório, mas significativo da dor. O tratamento passa por uma cirurgia. Há três abordagens cirúrgicas principais para a remoção dos nidus: 1) Ressecção em bloco ampla com o osso circundante. 2) Unroofing dos nidus pela curetagem do osso reactivo suprajacente. 3) Excisão percutânea guiada por TAC com drill ao nível do core, ou a destruição do nicho por radiofrequência, laser ou etanol.

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clínico de uma jovem de 28 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo, referenciada à Consulta Externa de Ortopedia por coxalgia direita com cerca de 2 anos de evolução. A dor era predominantemente nocturna e aliviava com salicilatos. A dor foi causa de incapacidade para o trabalho. Ao exame objectivo de referir apenas dor e limitação na rotação externa e abdução. Efectuou rx simples que revelou imagem suspeita de Osteoma Osteóide na vertente distal do terço médio do colo do fémur direito. Realizou ainda Cintigrafia óssea e TAC anca direita que corroboraram o diagnóstico. Foi submetida a Termoablação da lesão por Radiofrequência, guiada por TAC.

Resultados:
De momento encontra-se assintomática e regressou às suas actividades diárias.

Discussão:
A ablação por radiofrequência guiada por TAC é uma alternativa que vem sendo utiliza- da com resultados bastante promissores, especialmente em regiões de difícil acesso pela cirurgia convencional. Tem como

vantagens o facto de ser minimamente invasiva, com recuperação mais rápida e retorno mais precoce ao dia-a-dia.

Conclusão:
A história natural do Osteoma Osteóide não tratado, é apenas parcialmente conhecida. A maioria dos pacientes são submetidos a intervenção cirúrgica dentro de um a três anos a partir do início dos sintomas devido à dor e ao consumo prolongado de AINE's. A remoção do nidus é mandatória.

EP6 - **Luxação da anca em atletas – revisão da literatura a propósito de um caso clínico de um atleta de badminton**

Tiago Pinheiro Torres, André Sarmento, Miguel Frias, André Costa, Andreia Ferreira, Campos Lemos
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho)

Introdução:
As lesões desportivas são cada vez mais frequentes. As luxações da anca são raras e em jovens e ocorrem sobretudo devido a acidentes de viação. Apesar de existirem casos descritos de luxações no contexto da prática desportiva nomeadamente no futebol, ginástica e basquetebol, não existe na literatura descrição de casos associados à prática de badminton. As lesões podem ser descritas como anteriores ou posteriores e classificadas de acordo com o grau de gravidade da lesão. O diagnóstico precoce, a redução imediata e um protocolo de reabilitação pós-lesão bem conseguido constituem a abordagem ideal para optimizar o desfecho e minimizar as complicações. Apresenta-se um caso clínico representativo.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, 38 anos admitido no SU por traumatismo do MIE durante a prática de badminton tendo sido diagnosticada uma luxação simples anterior da anca sem défices neurovasculares.

Resultados:
A rápida redução da luxação seguida de duas semanas de tracção e posteriormente de reabilitação por três meses, permitiu ao doente retomar a prática desportiva em 4 meses.

Discussão:
Está provado que a a imediata redução da luxação minimiza as complicações possíveis. Os grandes benefícios da rápida redução da luxação são: limitar o risco de necrose avascular da cabeça femoral e minimizar a potencial neuropatia do ciático.

Conclusão:
O início de um protocolo de reabilitação intensivo adequado ao tipo de doente e grau de luxação logo que possível permite que os atletas voltem à prática desportiva.

EP7 - **Osteotomia de Southwick no tratamento da deformidade severa após epifisiólise do fémur proximal – caso clínico**

Fréderic Da Cunha Ramalho, Tiago Barbosa, Roberto Couto, Maribel Gomes, António Moreira, Fernando Lima
(Centro Hospitalar do Alto Ave)

Introdução:
A epifisiólise do fémur proximal é a patologia da anca mais frequente no adolescente. Resulta na deslocação posterior e inferior da epífise em relação a metáfise femoral. O seu tratamento inicial consiste na fixação "insitu" nos casos estáveis e fixação após redução mínima nos casos instáveis. Tal abordagem terapêutica não restaura a anatomia normal da articulação coxo-femoral criando um conflito femuro-acetabular (CFA). O CFA pode ser sintomático e levar ao aparecimento precoce de alterações degenerativas. Após atingimento da maturidade óssea, várias técnicas cirúrgicas permitem corrigir as deformidades presentes no doente com sintomatologia. Dessa forma, em doentes com deformidade moderada e severa, a osteotomia intertrocantérica descrita por Southwick permite restaurar a congruência articular e consequentemente retardar o aparecimento de artrose coxo-femoral.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso clínico de um homem, 19 anos de idade, antecedentes de epifisiólise instável da cabeça femoral direita submetido a epifisiodese "insitu" com parafuso canulado 7.5 mm em 2010. Após consolidação e atingimento da maturidade óssea, o doente apresenta um CFA provocado por uma deformidade severa (>60º) sequela da epifisiólise do fémur proximal. Clinicamente apresentava dor, claudicação e diminuição da mobilidade coxo-femoral. Foi submetido a osteotomia intertrocantérica de Southwick e fixação interna com DMS ® em 2013. O

pós-operatório decorreu sem incidentes.

Resultados:
Atualmente, o doente apresenta-se bem, sem queixas álgicas, com melhoria significativa da mobilidade coxo-femoral e a deambular sem apoio externo. A osteotomia apresenta-se consolidada. O membro inferior direito apresenta um alongamento de 1 cm. Radiologicamente não é visualizável sinais de necrose da cabeça femoral ou de outras alterações.

Discussão:
O CFA provocado pelas deformidades sequelares da epifisiólise proximal do fémur é fonte de sintomatologia e alterações degenerativas precoces em adultos jovens. Inúmeros tratamentos estão descritos na literatura para a resolução deste problema. Recentemente, a artroscopia da anca tem vindo a introduzir-se com opção válida no tratamento do CFA. No entanto, a correção de deformidades moderadas e severas continua a passar pela utilização de técnicas cirúrgicas abertas clássicas com a osteotomia de Southwick descrita em 1967. A osteotomia intertrocantérica diminui a progressão de alterações degenerativas apresentando perante outras técnicas cirúrgicas riscos de necrose avascular da cabeça femoral e de condrólise reduzidos. No mundo ocidental moderno onde a epidemia de obesidade infantil não para de crescer, a prevalência de epifisiólise do fémur poderá aumentar e consigo o número de doentes com deformidades e CFA necessitando de tratamento. Assim, a aliança de tratamentos modernos artroscópicos e de técnicas cirúrgicas clássicas deverão fazer parte do arsenal terapêutico do cirurgião ortopedista.

Conclusão:
A osteotomia intertrocantérica de Southwick foi utilizada com sucesso no realinhamento da fémur proximal num doente com epifisiólise severa da fémur proximal.

EP8 - **Infeção tardia nos últimos 4 anosDeve um Centro de Dimensões Reduzidas fazer Artroplastia Total da Anca e Joelho?**
Hugo Esteves Cardoso, Portela Da Costa
(Centro Hospitalar do Oeste Unidade de Torres Vedras)

Introdução:
A infeção pós operatória na Artroplastia total da Anca ou Joelho é uma complicação devastadora: É dolorosa, debilitante, onerosa e requer por vezes a remoção dos componentes protésicos, está associada a uma mortalidade de 2,5%. Aproximadamente (0,5%-2%) das próteses primárias da anca e Joelho podem infetar, nas revisões (7%). Sabe-se que a incidência aumenta nos centros com menos cirurgias. “Tsukayama” classificou as infeções periprotésicas em quatro categorias: 1 Infeção pós operatória precoce, ocorre no primeiro mês após a cirurgia; 2 infeção tardia crónica após um mês de cirurgia; 3 infeção hematogenia aguda mais de um mês após a cirurgia; 4 culturas intraoperatórias positivas obtidas durante revisões por condições supostamente assépticas.

Material e Métodos:
Revimos todos os casos de infeção tardia (“Tsukayama” 2 e 3) em P.T.A. e P.T.J. operados no nosso serviço entre (2009-2012), através da consulta do processo clínico e de consulta de "follow-up". Entre 2009-2012; 772 (P.T.A. + P.T.J.); 18 Infeções Tardias 2.33%.

Resultados:
471 PTA; 14 Infeções Tardias, (11 homens, 3 mulheres) 2 tipo 2 “Tsukayama” (0.42%); 2 homens; idade média (70,73) anos 12 tipo 3 “Tsukayama” (2.55%); 9 homens, 3 mulheres; idade média 73,8 (52-85) Tempo médio até diagnóstico de infeção 5.9 anos (0.3-12) Follow-up: 10 desbridamentos cirúrgicos, 4 revisões em dois tempos; (2 Espaçador de cimento, 2 nova P.T.A.). 301 P.T.J.: 4 infeções tardias, 4 tipo 2 “Tsukayama” 1.33% 4 Homens, idade media 68.3 (47-88) Tempo médio até diagnóstico de Infeção 3.8 meses. Follow-up: 2 desbridamento Cirúrgico, 2 revisão em dois tempos (1 espaçador de comento,1 artrodese)

Discussão:
A nossa taxa global de infeção é de 2.33% comparável com as taxas de outras séries como “Hansen and Rand” 2.5% com 18749 próteses ou 2.6% de “Salvati et al” com 886 próteses. Na anca temos uma taxa de infeção de 2,34% com um tempo médio até ao aparecimento da infeção de 5,9 anos, no joelho é de 1,33% mas com um tempo até à infeção de apenas 0.38 meses. Na anca temos 14 infeções tardias; 2 infeções tipo 2 em doentes com diabetes (14.3%); 12 tipo 3: 43% por infeção oral prévia,14% colonoscopia, 14% pneumonia, 7% infeção do trato urinário, 7% celulite dos membros inferiores. No joelho tivemos 4 infeções tardias tipo 2 “Tsukayama”, 2 em doentes com diabetes com valores normais de HbA1C antes da cirurgia, um tinha I.M.C. >30, um cirurgia local prévia.

Conclusão:
É fundamental manter as medidas para minimizar o risco de infeção tardia: O rastreio da saúde oral, diabetes, infeções urinárias e procedimentos invasivos. O problema começa quando o doente se sente assintomático e se esquece de todas as medidas anti infeção que procuramos explicar e ensinar antes do procedimento cirúrgico. Provavelmente deveríamos elaborar um protocolo nacional para minimizer o risco de infeção haptogénea tardia em doentes submetidos a P.T.A. e P.T.J.

EP9 - **Artrodese da Anca – uma solução quase esquecida: Caso Clínico**

Joaquim Soares Do Brito, Augusto Martins, Miguel Botton, João Castro, Alexandre Fessenko, Paulo Almeida
(Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria)

Introdução:
O tratamento cirúrgico da patologia da anca jovem permanence um desafio para o cirurgião ortopédico. A vasta experiência com a artroplastia total da anca ao longo dos anos elevou a expectativa dos doentes relativamente a este procedimento, quer no tratamento da patologia inflamatória e degenerativa, quer no tratamento das sequelas traumáticas. No entanto, e apesar do enorme desenvolvimento da artroplastia, ainda não existe solução previsivelmente durável que possa ser facil e largamente implementada na população mais jovem. Por outro lado, em contexto traumático, a artroplastia é frequentemente utilizada para tratar sequelas e não a lesão primária. A quase esquecida artrodese da anca, largamente suplantada pela artroplastia no tratamento da patologia inflamatória e degenerativa, pode ser uma solução válida no tratamento das sequelas traumáticas. Permite obtenção do alivio da dor, com niveis de actividadade satisfatórios e conserva capital ósseo para realização de uma artroplastia numa fase mais avançada da vida do doente.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 46 anos de idade, raça negra, natural da Guiné, com antecedents pessoais de seropositividade para VIH, evacuada para Portugal em Março de 2012 em contexto de acidente de viação do qual resultou fractura do acetábulo, com cerca de um ano de evolução. À data da primeira avalição a doente apresentava-se em cadeira de rodas com impossibilidade de realizar carga ou deambulação, assim como queixas álgicas intensas não controladas com terapêutica analgesica por via oral. Avaliação imagiológica revelou fractura centro-acetabular à direita, com sinais de esclerose dos topos fracturários mas não totalmente consolidada. A doente foi intervencionada cirurgicamente em 2/09/2012 tendo sido realizada artrodese da anca direita com placa Cobra®, sob raqui-anestesia e sem registo de intercorrências.

Resultados:
Pós-operatório sem registo de intercorrências clinicamente relevantes tendo tido alta uma semana pós-cirurgia. Teve primeira consulta de reavaliação às duas semanas de pós-operatório realizando deambulação com apoio de duas canadianas e apresentando franca melhoria das queixas álgicas. Nesta ocasião a ferida operatória encontrava-se sem sinais inflamatórios e a avaliação imagiológica apresentava boa evolução, sem complicações. Aos seis meses de pós-operatório a doente apresentava sinais de consolidação da artrodese, já sem queixas álgicas e deslocando-se com apoio de auxiliar de marcha.

Discussão:
A opção pela realização de uma artrodese da anca é uma decisão sempre dificil. A artroplastia da anca cursa com um enorme grau de satisfação do doente e cirurgião, permitindo actividades de vida próximas do normal, com baixas taxas de complicações. Por outro lado, a artrodese da anca permite o alivio das queixas álgicas do doente e um nivel de actividade aceitável, mas sempre inferiores relativamente à artroplastia, dada a ausência de mobilidade articular. No mesmo sentido, a artrodese da anca também apresenta efeitos indesejáveis junto das articulações adjacentes e um risco de pseudartrose que não é negligenciável. A artrodese da anca parece-nos uma solução para casos limite onde as opções terapêuticas são limitadas. O mérito do caso clinico apresentado passa por demonstrar o grau de sucesso obtido e validade deste procedimento numa situação excepcional de decisão dificil. Esta opção terapêutica permitiu um bom resultado final conservando o potencial para realização de uma eventual artroplastia no futuro.

Conclusão:
A artrodese da anca é uma opção terapêutica válida em situações de excepção e em idade jovem, permitindo o

alivio eficaz das queixas álgicas e uma boa qualidade de vida. A preservação do capital ósseo garante possibilidade futura de realização de uma artroplastia, facto que constitui uma mais valia desta técnica.

EP10 - **Defeitos acetabulares na revisão da artroplastia total da anca – A propósito de um caso clínico**
Pedro Sá, Bruno Alpoim, Elisa Rodrigues, Pedro Marques, Carolina Oliveira, António Rodrigues (ULSAM)

Introdução:
À medida que o número de artroplastias primárias da anca (PTA) aumenta, é também expectável que aumentem os casos de revisão destas mesmas. Um dos grandes desafios na revisão da artroplastia da anca é a deficiência de stock ósseo acetabular, que, para além de exigir um planeamento pré operatório rigoroso, também requer, na maioria dos casos, o uso de enxerto ósseo, de preferência autólogo.

Material e Métodos:
Doente de 75 anos, sexo masculino, com antecedentes de PTA esquerda cimentada, é referenciado à consulta de Ortopedia por coxalgia bilateral. Ao exame objectivo apresentava dificuldade na marcha com dores intensas em ambas as ancas, bem como, défice importante de rotação interna da anca direita. Realizou radiografia (Rx) das articulações coxo-femorais.

Resultados:
O Rx apresentava coxartrose à direita (Grau III/IV) e descolamento da cup acetabular cimentada à esquerda com perda óssea acetabular – Paprosky IIB. Foi realizado, num único tempo cirúrgico, PTA primária à direita não cimentada, e revisão de cup acetabular à esquerda, usando enxerto ósseo autólogo da cabeça femoral contralateral, utilizado a via de abordagem postero-lateral. Actualmente doente em seguimento na consulta externa de Ortopedia, apresentando um Harris Hip Score de 91 à direita e de 80 à esquerda.

Discussão:
Actualmente a PTA é uma das cirurgias mais comuns na nossa actividade ortopédica, com tendência a aumentar, derivado, em parte, ao aumento de esperança média de vida. Como tal, a acompanhar este aumento de PTA primárias, a revisão de PTA tornar-se-á cada vez mais comum, sendo muitas delas por falência da cup acetabular. A revisão do componente acetabular é um desafio cirúrgico devido à qualidade de osso/stock ósseo remanescente. O grau de defeito ósseo, classificado por Paprosky/AAOS, determina o tipo de reconstrução usada. Uma das opções, sobretudo em pacientes idosos, com defeitos ósseos graves (Paprosky tipo IIB-III e AAOS tipo III/IV) é o uso de anéis antiprotusio, que protegem todo o acetábulo, após reconstrução com enxerto ósseo, e permitem cimentar o "liner" independentemente da posição em se encontre o anel. O uso de enxerto autólogo é o "gold standard" para repor o stock ósseo, em detrimento de enxerto heterólogo/sintético. As fontes de enxerto autólogo são limitadas, sendo a crista ilíaca o principal local de recolha, com importante morbilidade associada. Em casos seleccionados, que apresentem coxartrose e necessidade de revisão de PTA do lado contralateral, pode-se realizar, num único tempo, as duas cirurgias, usando-se como fonte de enxerto a cabeça femoral proveniente da osteotomia realizada na implementação da PTA.

Conclusão:
A revisão de PTA, sobretudo do componente acetabular, é uma realidade em crescendo. Actualmente existem várias possibilidades de reconstrução, mas implicando quase sempre o uso de enxerto ósseo, de preferência autólogo. Os autores destacam outra possibilidade de fonte de enxerto autólogo, com o recurso à realização de 2 actos cirúrgicos, num único tempo, em doentes criteriosamente seleccionados.

EP11 - **SINAL DE DESTOT**
Carlos Durão, Ricardo Gonçalves, Glória Magalhães, Pedro Afonso (Vila Franca de Xira)

Introdução:
O Sinal de Destot é um sinal clínico que se traduz por um hematoma na região da bolsa escrotal ou dos grandes lábios, frequentemente associado às fraturas pélvicas.

Material e Métodos:
São expostos casos clínicos de doentes politraumatizados ou com história de queda com traumatismo na anca que apresentavam equimoses perineais, comparados com seus achados radiológicos.

Resultados:
O hematoma mostrou-se maior nos acidentes de alta energia associados as fraturas com grande desvio, mas também foi possível observa-lo em fraturas de baixa energia dos ramos isqueo-púbicos sem desvio.

Discussão:
Fraturas da pelvis são facilmente diagnosticadas por radiografias simples da bacia, desde que o ortopedista esteja atento a todas as estruturas anatómicas da pélvis como um todo. Algumas fraturas podem originar queixas que se confundem com fraturas do fémur proximal, desviando a atenção do observador apenas para esta região, o que não raramente, permite que fraturas, como a dos ramos isqueo-púbicos passem despercebidas durante a abordagem inicial, sendo diagnosticas geralmente após uma segunda observação. Etienne Destot (1864-1918) foi um anatomista que dedicou-se em correlacionar o exame clínico aos achados radiológicos recém descobertos. Correlacionou a presença entre fraturas pélvicas e seu hematoma gravitacional.

Conclusão:
O exame físico é sempre obrigatório. Pequenas equimoses devem orientar um exame imagiológico atento para pesquisa de fraturas que poderiam passar despercebidas. Hematomas extensos, associados aos acidentes de alta energia como os de viação devem nos orientar na procura de fraturas maiores ou de lesões associadas como lesões vasculares ou da uretra.

EP12 - **Chronic Painful Total Hip Arthtoplasty In A Young Man A Case of Ileopsoas Impingement**
Joana Bento Rodrigues, António Figueiredo, Alexandre Brandão, Pedro Simões, João Cabral, Carlos Pina
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
Painful total hip arthroplasty (THA) remains a challenging problem because of multiple possible diagnoses. An accurate diagnosis is even more difficult when there are no associated radiographic signs.

Material e Métodos:
We report a 24-year-old man, mechanic, submitted to a cementless THA after avascular necrosis of femoral head, following a subcapital fracture fixed with three screws. Five years later he underwent acetabular revision because of acetabular osteolysis and displaced cup. A porous trabecular metal augment with screws was implanted with impaction bone grafting. Two years later, patient kept complaining of activity related groin pain. X-rays, CT and serum infection markers were negative. Anterior ileopsoas impingement was diagnosed. He underwent ultrassound-guided injections and surgical ileopsoas tenotomies. After all failed attempts a second acetabular shell revision was performed.

Resultados:
Patient no longer had pain in four years follow-up and he resumed his professional activity, unable to date.

Discussão:
The occurrence of pain following a technically satisfactory arthroplasty is one of the most difficult challenges for the surgeon to evaluate and to treat. Managing painful THA is difficult due to the heterogeneous nature of the disease. Some of the causes may present X-ray signs, including aseptic or septic loosening, osteolysis, micromotion, heterotopic calcification and stress shielding and tip of stem effects. When X-rays are negative, diagnosis becomes even more difficult, and may be related to reactive synovitis, aseptic lymphocytic vasculitic associated lesion (AVAL), prosthesis impingement, ileopsoas tendinitis, abductor muscle damage, trhochanteric bursitis, lumbar spine disease, nerve injuries, hernia femoral/inguinal/obturator and referred pain. Ileopsoas impingement is present in 0.3% to 4.3% of conventional THAs and usually causes activity related groin or buttock pain.

Conclusão:
In conclusion, orthopaedic surgeons must bear in mind that ileopsoas impingment with acetabular shell is a real condition in a painful hip arthroplasty presenting negative X-rays. Acetabular revision may be the only solution to treat the disorder.

EP13 - **Pseudotumor numa atroplastia total da anca de ressurfacing, metal-metal, revisão com artroplastia total da anca cimentada após impactação de enxerto ósseo no defeito acetabular – caso clínico**
Alexandre Brandão, Francisco Lucas, Joana Bento, Carlos Pina, Manuel Caetano, Fernando Judas

(CHUC)

Introdução:
O ressurfacing com interface metal-metal foi desenvolvido há pouco anos e largamente utilizado até recentemente se ver verificado existirem múltiplas complicações associadas a estes implantes que directa ou indirectamente levam a falência do implante.

Material e Métodos:
Reportamos um caso clinico de doente com lesão pseudotumoral peri acetabular diagnosticada por TC e RM, com defeito acetabular classificado como combinado - tipo III (classificação AAOS). Foi realizada a extração de todo o material protético. Procedeu-se no mesmo tempo operatório a reconstrução dos defeitos acetabulares com enxerto granulado do banco de osso impactado, e cimentação directa do acetabulo em polietileno seguido de aplicação de haste femural cimentada.

Resultados:
Procedeu se ao seguimento clinico e radiológico do doente, tendo se verificado uma melhoria imediata marcada da sintomatologia álgica, com evolução adequada e restabelecimento da marcha apoiada no pós operatório. Não se verificaram complicações subsequentes

Discussão:
O resurfacing com interface metal-metal apesar de promissor no seu lançamento tem vindo a demonstrar múltiplos problemas devido as partículas de desgaste que provocam uma reação biológica exuberante promovendo a destruição do tecido ósseo levando a falência dos implantes.

Conclusão:
Nos casos de grandes defeitos acetabulares a técnica usada de reconstrução com impactaçao de enxerto granulado do banco de osso, permite elaborar uma estrutura adequada para a posterior cimentação no mesmo tempo operatório com resultados clínicos muito satisfatórios.

EP14 - **Fractura de fadiga da base de haste femoral em prótese de anca não cimentada – caso clínico**
João Sarafana, R. Correia Domingos, Gonçalo Viana, Hermengarda Azevedo, Fernando Xavier, Carlos Evangelista
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A fractura da haste femoral representava uma complicação relativamente frequente nas artroplastias da anca de primeira geração com hastes femorais em aço ou crómio-cobalto, ocorrendo a nível 1/3 médio da haste. A prevalência desta complicação segundo Charnley aproximava-se dos 0,23% e outros estudos contemporâneos demonstraram prevalências variáveis até 11%. Nos anos 80, com o desenvolvimento de hastes em titânio e crómio-cobalto-molibdénio, esta complicação tornou-se extremamente rara, sobretudo quando associada a hastes de titânio revestidas com hidroxi-apatite.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, de 87 anos, com peso 80 kg e altura 1.70 m, submetido em 2003 a artroplastia total da anca (ATA) à direita em contexto de artrose grave. Manteve actividade física ligeira, com marcha autónoma com apoio de bengala. Em Outubro de 2012, o doente iniciou quadro de dor súbita na anca direita em ortostatismo, com queda associada. Não houve trauma directo da anca. A avaliação radiológica revelou fractura do colo do componente femoral, sem disrupção óssea femoral. O doente foi internado e 4 dias após a admissão foi submetido a cirurgia de revisão de artroplastia total da anca direita. A haste encontrava-se integrada e aderente ao fémur, tendo sido realizada uma osteotomia em janela a nível do 1/3 externo da circunferência cortical, prolongando-se inferiormente até abaixo do apex da haste e superiormente até abaixo do grande trocânter. Foi extraída a haste por via proximal e encerrada a osteotomia com fragmento ósseo cortical, fixado com cabos de Dall-Milles. Revisão com haste EXETER longa cimentada. O acetábulo e o polietileno apresentavam-se intactos e não foram revistos. Foi realizada documentação com imagens do caso clínico: radiografia pré-operatória, controlo pós-operatório imediato e aos 4 meses. Foram obtidas imagens intra-operatórias e de avaliação funcional aos 4 meses pós-operatório.

Resultados:
Não houve intercorrências no período peri e pós-operatório; o doente iniciou treino de marcha com carga total ás 48h. Em avaliação clínica 4 meses após cirurgia, doente apresentava-se sem dor na anca direita e realizando marcha autónoma com uma canadiana. Apresentava índice clínico na escala de Harris da anca

de 73,2754 pontos e na escala de Oxford da anca de 30 pontos. Apresentava artrose avançada da anca contra-lateral, afectando avaliação clínica. O controlo radiográfico não mostrava alterações sugestivas de falência do implante.

Discussão:
Fracturas da haste femoral de liga de titânio ou crómio-cobalto-molibdénio sofrem fractura muito raramente. Podem ser atribuídas a a) stress aumentado na haste devido a obesidade, actividade física intensa ou haste de dimensão inferior à indicada; b) diminuição de osteointegração proximal/ ausência do calcar; c) haste em varo; d) efeito de alavanca decorrente de fixação distal estável e cimentação proximal inadequada; e) defeitos inerentes ao material. A fractura do colo do implante femoral é um fenómeno raro. Corresponde a uma zona submetida a carga, sobretudo na articulação entre cabeça modular e o colo.

Conclusão:
O colo da haste fracturou por fadiga de material, sem história de trauma ou sintomatologia prévia, provavelmente por associação de um conjunto de factores, nomeadamente presença de colo estreito e factores inerentes ao material. O planeamento cirúrgico adequado permitiu optimização do tempo cirúrgico, minimizando os riscos anestésicos e cirúrgicos. A realização de osteotomia em janela com preservação do fémur proximal permitiu realização de carga total no pós-operatório precoce, promovendo reabilitação precoce, considerações essenciais para o sucesso funcional num doente de 87 anos, que frequentemente não tolera carga parcial.

EP15 - **Fraturas de stress do colo do fémur no jovem desportista – uma realidade crescente.**
Hugo Moreira Aleixo, Nuno Camelo Barbosa, Sérgio Neiva Araújo, Edgar Meira, Leite Da Cunha, Joana Cardoso
(Pedro Hispano)

Introdução:
O exercício físico tem inúmeros benefícios para a saúde e a sua prática generalizou-se nas últimas décadas, nomeadamente a prática de desportos de impacto, como a marcha rápida e a corrida de longas distâncias. Neste contexto, podem surgir casos de sobrecarga física com aparecimento de quadros fisiopatológicos secundários. As fraturas de fadiga/stress são exemplos, cada vez mais comuns, da consequência deste tipo de atividade excessiva, nomeadamente as fraturas do colo femoral.

Material e Métodos:
Num espaço de 2 meses, foram diagnosticadas duas fraturas de stress do colo do fémur em jovens caucasianos com idades a rondar os 30 anos, um de cada sexo, na sequência da prática de atletismo.

Resultados:
Os casos descritos abordam fatores biológicos e biomecânicos que podem ter influência no aparecimento deste tipo de fraturas. É feita a avaliação clínica destes doentes, os exames complementares diagnósticos específicos, o tratamento realizado em ambos os casos, e o seu retorno à atividade física.

Discussão:
O objetivo da apresentação destes casos clínicos foi analisar o doente típico sujeito a este tipo de patologia, a importância de um diagnóstico precoce no sentido de diminuir a morbilidade e melhorar o prognóstico destes doentes. Para além de um exame físico cuidadoso, deve ser complementado com a realização de RM e/ou cintigrafia, que nos mostram alterações nas fases mais precoces, permitindo um tratamento mais eficaz e menos invasivo.

Conclusão:
As fraturas de stress são lesões comuns em Medicina Desportiva. De entre estas, as fraturas do colo do fémur têm habitualmente indicação para tratamento conservador. O diagnóstico pode não ser imediato, pelo que é necessário ter elevado nível de suspeição clínica, no sentido de um tratamento adequado.

EP16 - **Artroplastia total da anca com interface cerâmica-cerâmica – apresentação de caso clínico de fractura de componente acetabular e revisão da literatura**
Diogo Santos Robles, Sofia Esteves Vieira, Virginia Do Amaral, Sandra Martins, Sara Silva, Nuno Quaresma
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
As indicações para a realização de artroplastia total da anca foram alargadas, e atualmente são usadas em

indivíduos cada vez mais novos e ativos. Esta evolução levou ao desenvolvimento de materiais mais resistentes ao desgaste inerente aquelas faixas etárias. As vantagens da interface cerâmica-cerâmica são a sua excelente biocompatibilidade e uma maior resistência ao desgaste por menor índice de fricção. Estas características aumentam a sobrevida dos componentes, diminuindo, em teoria, o número de revisões das artroplastias.

Material e Métodos:
Doente com 33 anos de idade, com índice de massa corporal de 25, submetido a artroplastia total da anca com interface cerâmica-cerâmica, por necrose avascular da cabeça do fémur. Oito anos após a intervenção primária recorreu ao Serviço de Urgência por cruralgia e incapacidade funcional após traumatismo minor, tendo sido diagnosticada fractura exclusiva do componente acetabular. Foi realizada a revisão da artroplastia, com preservação da haste femoral e aplicação de acetábulo não cimentado revestido a hidroxipatite, com polietileno reticulado e cabeça metálica de grande diâmetro. Aos 6 meses de seguimento pós-operatório, encontra-se clinicamente assintomático e funcionalmente recuperado. Procedeu-se a uma revisão da bibliografia relativa aos resultados a longo prazo e complicações associadas às artroplastias totais da anca com interface cerâmica-cerâmica.

Resultados:
Embora os resultados dos diversos estudos efetuados sejam divergentes, num estudo multicêntrico recente, envolvendo 1382 artroplastias deste tipo, foi estimada uma taxa de fractura para o insert acetabular entre 0,013 a 0,017% e de 0,05% para as cabeças femorais. A falência do material ocorreu nos primeiros 3 anos em 87% dos casos. A taxa média anual de desgaste descrita para esta interface é de 0,016 a 0,025mm in vivo e de 0,005mm in vitro, o que se compara muito favoravelmente com as outras interfaces (100 a 4000 vezes menor). Um outro estudo demonstrou uma taxa de sobrevida de 84.4% a 20,4 anos, sendo que as taxas de revisão têm-se demonstrado consistentemente menores que nas interfaces metal-polietileno.

Discussão:
Devido à sua elevada densidade e natureza hidrofílica, os implantes em cerâmica apresentam superfícies mais polidas, com baixo coeficiente de fricção e capacidade de promover a sua lubrificação, comparativamente com os seus equivalentes de metal-polietileno, pelo que demonstraram ser mais resistentes ao desgaste. A primeira geração destes implantes apresentou taxas de sobrevida desapontantes, maioritariamente devido a falhas no material e design, resultando em fractura dos componentes e descolamento asséptico. Atualmente, a falência destes implantes tem diminuído significativamente e está primariamente associada ao mau posicionamento dos componentes. Descreve-se ainda o "squicking", praticamente exclusivo destes interfaces, mas com uma incidência muito variável entre os diferentes estudos, nunca superior a 7%.

Conclusão:
Apesar da melhoria das propriedades mecânicas introduzidas no fabrico dos componentes de cerâmica, a falência do material por fractura mantém-se um problema, que tem levado a maior ponderação na utilização deste tipo de interface. Os estudos com follow-up mais longos têm demonstrado excelentes taxas de sobrevida. Com a introdução das gerações mais recentes de componentes de cerâmica, o futuro parece promissor. São, contudo, necessários mais estudos comparativos para que se possa comprovar a fiabilidade dos novos interfaces.

EP17 - **Fractura do colo femoral de uma prótese total de anca - caso clínico**

Pedro Miguel Marques, Pedro Cacho Rodrigues, André Sá Rodrigues, Manuel Ribeiro Silva, Nuno Neves, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
As fracturas do componente femoral da prótese de anca consistiam numa complicação frequente nas prótese de anca de primeira geração. Com melhor compreensão de biomecânica, associada ao desenvolvimento de novas e mais resistentes ligas metálicas, a prevalência de fracturas do componente femoral foi diminuindo. As fracturas do colo femoral protésico consistem num fenómeno ainda mais raro.

Material e Métodos:
Paciente, sexo feminino, de 67 anos, saudável, não obesa, com antecedentes de artroplastia total não cimentada da anca direita em 2003, e revisão da cup acetabular rem 2009, recorre ao serviço de urgência por dor e incapacidade de mobilização da anca direita, na sequência de uma queda da prórpia altura. Ao exame fisíco apresentava encurtamento e rotação externa do

membro inferior direita, com mobilização dolorosa da anca direita. A avaliação imagiológica demonstrou presença de fractura do colo femoral protésico, sem aparente descelagem protésica femoral ou acetabular, ou outros locais de fracturas. O tratamento cirúrgico baseou-se na ostetomia do femur, remoção de fragmentos metálicos livres, lavagem abundante da articulação, revisão do componente femoral com componente modular de haste longa, osteossíntese com cabos Dall-Miles e substituição do polietileno acetabular. Procedeu-se ao encerramento por planos e imobilização no leito nas primeiras 24 horas. Ao segundo dia pós-operatório iniciou movimentos passivos e activos da anca direita, com inicio do treino de marcha. Restante internamento decorreu sem intercorrências.

Resultados:
Aos 6 meses pós-operatório a doente encontra-se sem queixas álgicas, apresenta boa mobilidade da anca direita, e consegue fazer as suas actividades diárias sem dificuldade. Ao raio-x apresenta adequada implementação femoral e acetabular, sem aparente descolamento protésico ou evidências de desgaste polietileno acetabular e metalose.

Discussão:
Em comparação com as próteses de primeira geração, os componentes femorais produzidos a partir de ligas de titânio ou crómio-cobalto raramente fracturam. As fracturas do colo femoral protésico consistem numa complicação muito infrequente, e poucos casos foram descritos. O colo femoral está sujeito a uma força de carga muito elevada, sendo que, quanto maior a força de carga, como observado em pacientes masculinos, pacientes activos ou com indíce de massa corporal elevado, maior o risco de fractura. No nosso caso a fractura ocorreu após uma queda da própria altura. Não evidenciamos nenhum descolamento protésico ou fracturas periprotésicas, sugerindo que poderia existir algum tipo de desgaste do colo femoral que depois fracturou com a energia decorrente do trauma.

Conclusão:
Apesar de actualmente a ocorrência de fracturas do componente femoral em artroplastias totais primárias da anca ser rara, esta é uma complicação ainda observada, e que devemos ter em atenção, sobretudo quando lidamos com paciente activos ou com indice de massa corporal elevados. O avanço no desenho protésico, metalurgia e técnicas de cimentação poderão levar a uma diminuição, ou mesmo erradicação, das fracturas protésicas.

EP18 - **Artroplastia Total da Anca Bilateral – Um tempo Cirúrgico**

Hugo Esteves Cardoso, Portela Da Costa, Estevens Reis
(Centro Hospitalar do Oeste Unidade de Torres Vedras)

Introdução:
A Artroplastia bilateral da anca num tempo cirúrgico foi inicialmente descrita por "Charnley" em 1967. Um internamento hospitalar único, com período de reabilitação mais curto e diminuição de custos são vantagens deste procedimento. O risco de complicações em doentes estáveis do ponto de vista médico é 1,3 vezes mais frequente que na PTA unilateral, o que é aceitável. Não existem indicações absolutas para a Artroplastia bilateral num tempo cirúrgico, a indicação mais consistente é a coxartrose bilateral severa num doente sem complicações médicas. Indicação relativa poderá ser a existência de patologia que impeça o processo de reabilitação, a existência de coxalgia na anca contra lateral com um nível de sintomatologia semelhante. Doentes com antecedentes de patologia pulmonar, diabetes, tromboembolismo pulmonar, enfarte agudo do miocárdio devem ser desencorajados para este procedimento. A existência de "ductus arteriosus" ou defeito no septo cardíaco que permita a embolização de material como "fat droplets" para o sistema arterial e por isso diretamente para o cérebro é uma das poucas contraindicações absolutas para a Artroplastia Bilateral da anca num tempo cirúrgico.

Material e Métodos:
Apresentamos o caso clinico de um doente do sexo masculino, 54 anos de idade, com antecedentes de artrite reumatoide, diabetes bem controlada (HbA1C < 7) , fumador de 20 cigarros por dia. O doente apresentava: Coxartrose bilateral severa, fazia marcha com 2 canadianas com um perímetro de deslocação de 200 metros com um "Harris Hip Score" de 11. Incapacidade em executar as suas tarefas laborais, de caminhar mais de 200 metros sem ter de parar ou de ter uma vida sexual normal com a sua esposa.

Resultados:
O doente foi submetido a uma Artroplastia Total da anca Bilateral num tempo cirúrgico em Janeiro de 2010. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, foi submetido a transfusão de 3 unidades de concentrado

eritrocitário. Permaneceu estável hemodinamicamente durante o internamento, teve alta para o domicilio ao sexto dia de pós- operatório com uma hemoglobina de 11. Cumpriu um programa de fisioterapia com excelentes resultados funcionais. Regressou ao seu local de trabalho como "barman" ao fim de 8 semanas e retomou a sua vida sexual de modo satisfatório. Imagiologicamente: Orientação do componente acetabular: 49º direita; 45º esquerda O centro de rotação e "Off-Set" foi mantido. Sem dismetria, "Harris Hip Score" pós operatório 99

Discussão:
Apesar das comorbilidades do doente o período pós-operatório decorreu sem complicações. Foi transfundido com 3 unidades de concentrado eritrocitários e teve alta com 11 de hemoglobina seis dias após a cirurgia. A reabilitação permitiu o regresso ao mercado de trabalho à sua função prévia sem qualquer limitação funcional ao fim de 8 semanas e a recuperação da sua atividade sexual.

Conclusão:
Neste doente em particular com antecedentes de artrite reumatoide, coxartrose bilateral severa com nível de sintomatologia semelhante a opção pela Artroplastia total da anca bilateral num tempo cirúrgico parece-nos que foi a melhor escolha para o doente. Num doente com artrite reumatoide é conveniente diminuir sempre que possível o número de "tempos cirúrgicos".

EP19 - **Descolamento asséptico de componente acetabular de prótese total da anca com descontinuidade pélvica**

Tiago Rebelo, André Carvalho, João Moreno, Zico Gonçalves, Francisco Agostinho, Manuel Leirinha
(Centro Hospitalar Tondela-Viseu)

Introdução:
Com o envelhecimento da população, associado ao aumento da obesidade, o número de artroplastias totais da anca tem tendência a aumentar, aumentando consequentemente o número de revisões. A literatura mostra que as causas mais comuns para revisão de prótese total da anca são, independentemente do componente, instabilidade/descolamento e infeção. A revisão isolada do acetábulo constitui cerca de 12% de todas as revisões tendo como causa mais frequente o descolamento.

Material e Métodos:
Apresentamos o caso de uma doente 68 anos, com prótese total da anca (PTA) cimentada à direita colocada há 16 anos. Recorreu ao serviço de urgência em Dezembro de 2011 por história de queda há cerca de 1 semana, referindo queixas de dor referida à anca direita durante a marcha. Estudo radiográfico mostrou descolamento de componente acetabular com possível descontinuidade pélvica (Classificação de Paprosky IIIB). Foi orientada para consulta externa de Ortopedia e inscrita em lista de espera para revisão de PTA. A doente foi operada em Abril de 2012, tendo sido realizada extração do cup acetabular e cimento e colocado anel de Kerboull aparafusado e novo cup acetabular de titânio trabecular, sem intercorrências cirúrgicas.

Resultados:
Apresentou boa evolução no pós-operatório e cumpriu programa de reabilitação. Aos 2 meses apresentava-se sem dor e realizava marcha com 2 canadianas. Ao ano pós-operatório faz marcha sem canadianas, sem claudicação e sem queixas dolorosas. Estudo radiográfico mostra prótese sem alterações.

Discussão:
O tratamento do descolamento do componente acetabular associado a defeitos ósseos depende das características do paciente, da localização e grau de defeito ósseo e da presença ou não de descontinuidade pélvica. O objetivo final da revisão acetabular é a obtenção de uma fixação estável e restaurar o centro da articulação.

Conclusão:
Os objetivos de uma revisão do componente acetabular são a substituição do implante primário por um componente acetabular que garanta capacidade funcional e alivio sintomático duradouros. Independentemente do defeito ósseo encontrado, existe um amplo espectro de opções de reconstrução.

EP20 - **Artrite séptica da coxofemoral por Streptococcus pneumoniae em doente com infeção VIH.**

Sergio Goncalves, Bárbara Flor De Lima, Nuno Carvalho, Thiago Aguiar, Rui Pereira, Ruben Caetano

(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
Os autores apresentam um caso clínico de infeção invasiva coxofemoral por Streptococcus pneumoniae em doente com infeção por VIH. O Streptococcus pneumoniae é o agente mais comum de pneumonia adquirida na comunidade, podendo causar bacteriemia em doentes imunocompetentes e imunocomprometidos. Estima-se que a frequência de bacteriemia pneumocócica em doentes com infeção por VIH seja cerca de 150-300 vezes superior à da população sem esta infeção. Este aumento ocorre independentemente do valor de linfócitos CD4+, sendo, no entanto, mais frequente em doentes com valores mais baixos. A introdução da terapêutica anti-retrovírica combinada (TARVc), da profilaxia primária de pneumocistose com cotrimoxazol e da vacinação antipneumocócica tiveram um impacto significativo na redução da incidência de bacteriemia pneumocócica nos doentes com infeção por VIH. A artrite séptica a Streptococcus pneumoniae é rara havendo usualmente um ou mais fatores do hospedeiro que predispõem à infeção incluindo infeção respiratória, alcoolismo, diabetes mellitus, corticoterapia, malignidade e infeção VIH.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso clínico de infeção invasiva coxofemoral por Streptococcus pneumoniae em doente com infeção por VIH-1 não conhecida previamente, com linfócitos CD4 de 260 células/mm3 (17%). O quadro clínico inicial de infeção das vias respiratórias superiores, sem evidência de pneumonia, complicou-se de bacteriemia com focalizações osteoarticulares múltiplas e dos tecidos moles subjacentes. Foi submetido a drenagem de abcesso do músculo psoas com colheita de material para análise microbiológica. Realizou-se avaliação retrospectiva, clínica e imagiológica.

Resultados:
Hemocultura: Streptococcus pneumoniae sensível a ceftriaxone e resistente benzilpenincilina. TC perna direita: Na cavidade pélvica e adjacente à articulação coxofemoral à direita envolvendo os músculos psoas-ilíaco, pequeno glúteo, piriforme, pectíneo, obturador externo e a porção superior dos músculos crural, vasto externo e adutores da coxa identificamos múltiplas imagens hipodensas e hipocaptantes, com discreta captação periférica, de aspecto confluente, em relação com coleções abecedadas intramusculares, a maior em topografia do músculo psoas-ilíaco. TC coxofemoral: Irregularidade do teto acetabular e do contorno superior da cabeça femoral com presença de pequenos fragmentos ósseos na vertente superior da articulação coxofemoral direito onde se observa igualmente derrame articular nomeadamente no recesso inferior da mesma (artrite inflamatória/infeciosa); a valorizar no contexto clínico do examinado.

Discussão:
A artrite séptica a Streptococcus pneumoniae permanece uma infeção rara. Contudo deve ser considerada em casos de infeção pulmonar/meníngea e quadro de artrite concomitante especialmente na presença de fatores de risco como a infeção VIH.

Conclusão:
Na avaliação de uma doença invasiva a Streptococcus pneumoniae deve ser excluída uma causa de imunossupressão primária ou secundária. Os doentes com infeção por VIH têm maior suscetibilidade para uma infeção pneumocócica invasiva.

EP21 - **Artroplastia total da anca complicada por hematoma aos 6 anos – caso clínico**
Artur Antunes, Eurico Monteiro, Manuel Seara, Carlos Dopico Lago, António Mateus, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João EPE)

Introdução:
Existem várias causas bem definidas de massa dolorosa após artroplastia total da anca (ATA), como a doença das partículas (desgaste do polietileno e do metal), a infeção, a expansão de hematoma, a luxação e os quistos sinoviais. Além de causarem dor, essas lesões, quando volumosas, podem causar compromisso neurológico e vascular. Apresentamos um caso clinico de uma massa expansiva 6 anos após ATA.

Material e Métodos:
Mulher de 64 anos de idade, com antecedentes de ATA não-cimentada à esquerda em 2006, observada em consulta externa aos 6 anos de artroplastia por apresentar massa que veio a aumentar progressivamente e que levou à realização de biópsia por picada (por suspeita de massa tumoral - pseudotumor), e com queixas de coxalgia esquerda de carateristicas mecâncias, edema do membro inferior esquerdo com aumento acentuado do perímetro da

coxa e perna. Realizámos avaliação clínica e imagiológica, avaliação processual e revisão bibliográfica sobre o tema.

Resultados:
Após a biopsia a utente referiu aumento mais acentuado do perímetro da coxa, tumefação palpável na face anterior da coxa, edema do membro inferior esquerdo e coxalgia de características mecânicas. Ao exame objetivo: massa palpável, mole na região anterior e proximal da coxa esquerda com cerca de 10x12cm; assimetria da coxa esquerda em relação à direita (perímetro esquerdo 60cm vs 41cm à direita); edema de todo o membro inferior com sinal de Godé positivo. Verificámos uma diminuição do Harris Hip score de 89 para 64 pontos após a referida biópsia. Em radiografia, bom posicionamento dos componentes, sem sinais de descolamento e sem imagens de interlucência. A tomografia axial computorizada revelou coleção líquida com cerca de 12 x 14 x 7 cm, localizada na raíz da coxa esquerda, sugerindo tratar-se de uma colecção por doença de partículas. Na ressonância magnética nuclear foi observada volumosa coleção periartiular nos planos musculares da raiz da coxa, deslocando o trajeto do feixe vasculo-nervoso femoral. Na suspeita de uma fístula arterio-venosa após punção, realizou angiografia dos membros inferiores demonstrando compressão da veia femoral esquerda, arterialização do fluxo venoso nos vasos ilio-femorais, sem fístula artério-venosa e hematoma no plano inferior ao feixe vascular, sem aparente relação com este. Analiticamente apresentava velocidade de sedimentação de 12mm/h, proteína C reativa de 3,0 mg/dl. A doente foi submetida a exerese cirúrgica por via anterior, verificando-se intra-operatóriamente uma massa encapsulada de contornos irregulares e com conteúdo hemorrágico. O estudo microbiológico do líquido e da cápsula foi negativo. O estudo anatomopatológico revelou ausência de caracteristicas de malignidade e massa de conteudo hemossidérico. Aos 5 dias após a exérese, o volume do membro normalizou, houve regressão da coxalgia e um Harris Hip Score de 80 pontos.

Discussão:
Uma massa dolorosa após ATA tem como causas possíveis mais comuns a presença de doença de particulas, hematoma expansivo ou presença de malignidade. A ausência de sinais radiográficos de desgaste excêntrico do polietileno e a negatividade de parâmetros inflamatórios colocavam como hipóteses menos prováveis a doença de particulas ou a infeção. Os antecedentes de biópsia levantaram a suspeita de hematoma localizado ou fístula arteriovenosa. A exérese e estudo anatomopatológico da lesão permitiram um diagnóstico defenitivo, tal como é preconizado pela literatura atual para casos semelhantes.

Conclusão:
A identificação e exérese desta massa, inicialmente considerada como pseudotumor foi fundamental para o estabelicimento de um diagnóstico definitivo, exclusão de malignidade ou infecção e descompressão das estruturas vasculares, com resultante melhoria funcional e remissão do quadro clínico.

EP22 - **Conflito femoroacetabular por coxa profunda – a propósito de um caso clinico**

António Alves, Nuno Esteves, Sandra Alves, Jorge Pon, António Figueiredo, Albino De Sousa
(Centro Hospitalar Cova da Beira)

Introdução:
A abordagem cirúrgica da anca com recurso a luxação anterior, descrita por Ganz em 2001, é tida ainda como o "gold standard" para correcção de algumas formas conflito femoroacetabular. É uma técnica facilmente reprodutível, permite uma excelente exposição, com visualização directa acetabular a 360º e sem riscos de necrose avascular da cabeça femoral quando tecnicamente bem executada. Com os avanços da abordagem artroscópica da anca, poderá haver tendência para uma menor utilização de vias cirúrgicas abertas, mas convêm salientar que a artroscopia ainda apresenta limitações importantes, tais como curva de aprendizagem lenta, tempo cirúrgico prolongado e difícil acesso a algumas áreas da cavidade acetabular.

Material e Métodos:
CASO CLÍNICO Os autores apresentam um caso clínico de uma doente do sexo feminino, 28 anos, sem antecedentes patológicos de relevo. Iniciou em 2011 quadro de coxalgia bilateral de agravamento progressivo, pior à esquerda, com dor intensa e limitação dos ângulos de movimento da anca. Realizou estudo imagiológico com Rx que mostrou imagem de coxa profunda bilateral, com maior relevância à esquerda (coincidente com a clínica). Foi submetida a intervenção cirúrgica em Maio de 2012 – acetabuloplastia circunferencial por luxação cirúrgica da

anca.

Resultados:
Permaneceu em marcha com carga parcial, com auxílio de canadianas durante 4 semanas. Iniciou reabilitação fisiátrica do membro inferior operado, com melhoria progressiva da dor e aumento dos ângulos de mobilidade da anca. Follow-up incluiu consultas aos 1, 3, 6 e 12 meses, com controlo radiográfico. A evolução ocorreu com uma melhoria espectacular da dor, com um resultado final de uma capacidade de marcha plena e ângulos de mobilidade da anca normais.

Discussão:
O conflito femoroacetabular ocorre quando há alterações anatómicas na mecânica da articulação coxofemoral, com influência nos normais ângulos de mobilidade e tradução clínica de dor e limitação de movimentos. Actualmente acredita-se que será uma das principais causas de coxartrose. Ainda não estão totalmente definidos os critérios para cirurgia, mas um doente que apresente clinica típica, com evidência imagiológica conclusiva, deve ser considerado para tratamento cirúrgico. O caso clínico descrito teve uma resolução final óptima, com melhoria clínica total e retorno à actividade laboral.

Conclusão:
A luxação cirúrgica da anca apresenta-se como a melhor forma de tratamento do conflito femoroacetabular em que há necessidade de exposição completa do acetábulo. Tem particular utilidade nos casos de coxa profunda ou protusão acetabular.

EP23 - **Fractura femoral em leito de artroplastia da anca em doente com extensa osteólise acetabular e femoral**

João José Cabral, Manuel Caetano, Cura Mariano, Luis Maximino, Fernando Judas, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra)

Introdução:
A falência asséptica das artroplastias da anca pode ser causada por osteólise, descolamento, desgaste do material, luxação, mau alinhamento ou dismetria dos membros inferiores. Dentro da osteólise esta pode resultar do próprio descolamento, desgaste ou infecção. As classificações mais usadas e aceites para os defeitos ósseos femorais e acetabulares são as da AAOS –Committee on the Hip e o sistema de Paprosky. Em consequência de defeitos segmentares e cavitários extensos, podem surgir fracturas femorais sem stock ósseo adequado sendo necessário proceder à reconstrução protésica com auxílio de aloenxerto cortical no fémur proximal.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso clínico de um doente que, na sequência de uma queda da própria altura, apresenta uma fractura Vancouver B3 em leito de prótese com osteólise femoral extensa segmentar e cavitária (grau III AAOS) associada a descolamento do componente acetabular com grave osteólise acetabular global (grau III de Paprosky) com exposição de peritoneu. Após avaliação clínica e imagiológica o doente foi submetido a revisão da artroplastia da anca. Foi aplicado enxerto ósseo alógeno impactado na região acetabular (90cc), anel de apoio ílio-isquiático fixado com parafusos e cúpula restritiva cimentada. A nível femoral procedeu-se à extracção do cimento, aplicação de haste cónica não cimentada e colocação de 2 tipos de enxerto ósseo alógeno – enxerto fragmentado impactado no fémur proximal seguindo-se enxerto estrutural (2 tábuas de cortical) fixado com cabos metálicos de cerclage.

Resultados:
O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Realizada carga ao 3º dia pós-operatório com boa estabilidade da montagem. A deambular com apoio de canadianas, com 4 meses de evolução.

Discussão:
Quando se está perante grandes osteólises cavitárias femorais, a utilização de técnicas de revisão não cimentadas associadas a enxerto alógeno estrutural torna-se uma alternativa apropriada. Independentemente dos meios de fixação utilizados é sempre necessário adquirir estabilidade axial e rotacional na junção aloenxerto-hospedeiro. Carga total sem apoios externos deve ser protelada até evidência radiológica de consolidação. Devido ao longo tempo de cirurgia e à extensão da dissecção de tecidos moles, a infecção é mais comum que noutras revisões protésicas, ocorrendo em cerca de 5 a 15% dos casos. Estudos revelam que luxações ocorrem em 20% dos casos e muitos autores advocam o uso de ortótese de abdução.

Conclusão:
A reconstrução femoral proximal com aloenxerto é

tecnicamente mais exigente e associada a um maior número de riscos e complicações que outro tipo de revisão. Uma vez estabelecida a cobertura acetabular com recurso anel de apoio ílio-isquiático e, a nível femoral, ao uso de haste cónica, longa, não cimentada, com bom interface implante-femur distal e proximalmente à aplicação de enxerto alógeno esponjoso e cortical, atingiu-se um resultado com a estabilidade axial e rotacional necessária para permitir o levante e carga com apoio de canadianas no pós-operatório imediato.

EP24 - **Vida desportiva e sexual após artroplastia total da anca.**

Luís Dias Da Costa, Vânia Oliviera, Ricardo Aido, Rafaela Coelho, Joaquim Ramos, Rui Lemos
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital Santo António)

Introdução:
A artroplastia total da anca (ATA) fornece inegavelmente uma beneficio da qualidade de vida em doentes com coxartrose. No entanto, o seu impacto sobre a prática desportiva e vida sexual destes doentes são temas poucas vezes abordados na literatura. O objetivo deste trabalho é avaliar a dimensão destes problemas e o impacto da ATA na vida desportiva e sexual de doentes jovens, determinado fatores condicionantes para uma melhor qualidade de vida.

Material e Métodos:
Foram estudados todos os doentes com menos de 60 anos que realizaram ATA entre 01/2006 e 12/2010. Obtiveram-se resultados de 81 doentes (correspondendo a 98 artroplastias) com follow-up médio de 39 meses e idade média na cirurgia de 47 anos. Os dados foram obtidos através do registo clínico, aplicação de um questionário e aplicação do Hip Outcome score (HOS) e tratamento estatístico com Excel.

Resultados:
O estudo revelou que dos 81 doentes com coxartrose, 28 (34,6%) praticavam desporto antes da artroplastia. A maioria destes doentes (85,7%) praticavam desporto com dor. Após a realização da cirurgia artrosplástica, dos 28 doentes que praticavam desporto, 23 (82,1%) mantiveram atividade desportiva, no entanto, três (13,0%) alteraram a atividade desportiva para uma menos exigente fisicamente e apenas dois (8,7%) referem dor durante o desporto. Dos 61 doentes que não praticavam desporto antes da cirurgia, 11 (18,0%) recomeçaram atividade desportiva após a artroplastia e quase todos sem dor. Em relação à atividade sexual, 44 doentes (54,3%) referiam estar prejudicados pela patologia da anca. Após a realização da ATA, 31 (70,6%) referem melhoria da sua atividade sexual. Este melhoria aparenta ser total em 24 destes doentes, no entanto sete ainda referem estar prejudicados. Nove doentes (20,4%) referem que a cirurgia realizada prejudicou ainda mais a sua actividade sexual . Um pequeno número (três doentes) refere que existem outros motivos para além da coxartrose que prejudica a sua actividade sexual Não se verificou nenhuma relação entre a idade, sexo, lateralidade, etiologia da coxartrose e a actividade desportiva ou actividade sexual. Existe uma ligeira relação positiva entre a utilização de próteses com haste femoral de apoio metafisário e a melhoria da actividade sexual e desportiva.

Discussão:
Circunstâncias impensáveis nas primeiras fase de evolução da PTA tais como a prática desportiva ou de outras atividades físicas exigentes, passaram a ser registadas e exibidas com orgulho por cirurgiões em todo o mundo. Os avanços recentes nos materiais, desenho dos implantes e segurança nos procedimentos de revisão, têm ampliado as suas indicações para incluir doentes cada vez mais jovens e ativos. Neste estudo observamos que a maioria dos doentes não pratica atividade desportiva, mesmo depois de realizada a ATA (com scores desportivo baixo). A realização da cirurgia protésica permite a continuação e o retorno à atividade desportiva, com ausência de dor durante a sua prática, apesar de parte deles optarem por desportos com exigência física menor (mantendo valores baixos no Score HOS). A atividade sexual está adversamente afetada em muitos doentes que aguardam por ATA e as expectativas do doente neste campo é a maioria das vezes desconhecida por parte do seu ortopedista. Este estudo mostra uma melhoria importante da vida sexual destes doentes, mostrando altos níveis de satisfação destes doentes. Os resultados obtidos parecem refletir melhores resultados com a uso de artroplastias com maior preservação do stock ósseo, contudo podem apenas significar uma pré-seleção de doentes mais jovens e mais ativos.

Conclusão:
Este trabalho constitui um estudo importante incidindo sobre um tema poucas vezes relatado na literatura existente permitindo um melhor e maior conhecimento

sobre o impacto da artroplastia da anca na atividade sexual e desportiva desta população especial constituída por doentes jovens co

EP25 - **Qual o impacto dos quadros infeciosos no tratamento de doentes com fraturas trocantéricas?**
Sofia Esteves Vieira, Sara Silva, Sandra Martins, João Das Dores Carvalho, Joana Leitão, Jorge Alves
(Centro Hospitalar do Tamega e Sousa)

Introdução:
As fraturas trocantéricas representam aproximadamente 50% das fraturas do fémur proximal. Muito mais comuns acima dos 65 anos e no sexo feminino. Estão associadas a custos sociais elevados quer pelo tratamento em si, quer pela dependência que muitos doentes desenvolvem após a fratura. Numa população envelhecida e muitas vezes debilitada, a sobreposição de um quadro infecioso à fratura pode ser catastrófica. O objetivo deste estudo é avaliar o verdadeiro impacto dos quadros infeciosos (respiratórios e urinários) nos doentes internados por fratura trocantérica osteoporótica.

Material e Métodos:
163 doentes foram submetidos a osteossíntese com vareta cefalomedular bloqueada por fratura trocantérica, no nosso serviço, no ano de 2012. Desses foram estudados retrospetivamente 2 grupos, o grupo que desenvolveu quadro de infeção respiratória ou urinária durante o internamento (n: 18) e um grupo controlo (n: 36) selecionado aleatoriamente de entre os 163 doentes. Foram excluídos doentes que necessitaram de fazer pausa de antiagregantes plaquetários, doentes com outras intercorrências médicas e doentes à espera de apoio social após tratamento. Nos 2 grupos foi analisada a idade,sexo,tempo de espera para cirurgia,tempo de internamento,tempo de follow-up e resultados funcionais. No grupo de doentes infetados foi analisado o tipo de infeção, o agente isolado e o impacto da intercorrência no tempo de internamento. Os dados foram tratados em Graph Pad Prism V6®.

Resultados:
Dos doentes infetados: 72,22% sexo feminino; idade média 82,56 anos; 12 doentes desenvolveram quadro infecioso no pré-operatório (4 doentes: infeção respiratória, 4 doentes: infeção urinária e 4 doentes: infeção respiratória e urinária) e 6 no pós-operatório (2 doentes: infeção respiratória, 2 doentes: infeção urinária e 2 doentes: infeção respiratória e urinária). Em nenhum caso de infeção respiratória foi isolado agente.A E. coli foi isolada em 83,33% dos doentes com infeção urinária. 33,33% destes doentes não foram operados por causa do quadro infecioso, os outros foram operados em média ao 5º dia de internamento.Tempo médio de internamento 19,06 dias.Alta da consulta externa após 4,78 meses.Nessa data, 16,66% estavam acamados, 61,11% marcha com apoio e 22,23% marcha sem apoio. No grupo controlo: 86,11% sexo feminino, idade média 84,08.Cirurgia em média ao 1,31 dia.Tempo médio de internamento 6,08 dias.Alta da consulta externa após 3,78 meses. Nessa data, 13,89% estavam acamados, 44,44% marcha com apoio e 41,67% marcha sem apoio.Em todos os doentes verificou-se consolidação radiologia da fratura. O tempo de internamento foi comparado nos dois grupos e verificou-se haver diferenças estatisticamente significativas ($p<0,0001$) sendo o internamento mais prolongado nos doentes infetados.

Discussão:
A osteossíntese de fraturas trocantéricas com vareta cefalomedular bloqueada está associada a bons resultados funcionais. 83% dos doentes mantém capacidade de marcha à data da alta da consulta.O tempo de internamento é curto permitindo a rápida integração do doente no seu ambiente, fundamental nesta faixa etária. As infeções peri-operatórias estão associadas a tempo de internamento muito aumentado, embora os resultados funcionais sejam sobreponíveis. Isto acarreta, para além do dano ao doente e família, custos acrescidos para a sociedade. Dos doentes que desenvolveram quadro infecioso, 66,66% apresentaram infeção urinária; 66,67% desenvolveram a intercorrência no pré-operatório.Estes dados apontam para possíveis vantagens do rastreio de infeções urinárias à admissão no serviço além da aposta nos programas de prevenção da transmissão de infeção.O rastreio permitia a identificação e tratamento precoces da infeção, com benefícios óbvios para o doente e instituição.

Conclusão:
Apesar dos bons resultados funcionais associados ao tratamento de fraturas trocantéricas com vareta cefalomedular bloqueada, o

EP26 - **COMPLICACIONES CON EL USO DE UN COTILO OBLONGO MODULAR EN RECONSTRUCCIONES ACETABULARES GRAVES.**
Miquel Pons, Mönica Corrales (Hospital Universitario Sant Rafael)

Introdução:
La revisión de una prótesis de cadera con un defecto cavitario o estructural acetabular masivo o en situaciones de discontinuidad pélvica supone un reto quirúrgico ya que el hueso remanente es insuficiente y ofrece una pobre fijación para el nuevo implante. Nuestro objetivo es revisar retrospectivamente las complicaciones y los resultados de los cótilos modulares Procotyl-E (Wright?) en situaciones de gran defecto óseo o de discontinuidad pélvica con un seguimiento mínimo de 5 años

Material e Métodos:
Retrospectivamente evaluamos 17 caderas revisadas con el cótilo Procotyl-E entre febreo 2004 y mayo 2007. Cinco pacientes eran hombres y 12 eran mujeres. La edad media en el momento de la cirugía era de 67.7 años (rango de 34-78 años). El tiempo medio desde la cirugía primaria era de 15.05 años de media (rango 9-21 años). Era la segunda o posterior revisión en 6 casos. En todos los pacientes el motivo de la cirugía fue un aflojamiento aséptico. Los defectos acetabulares se clasificaron según el sistema de la American Academy of Orthopaedic Surgeons y encontramos 14 casos con defecto tipo III (defecto combinado cavitario y segmentario) y 3 casos del tipo IV o discontinuidad pélvica. En 16/17 pacientes se implantó un gancho a nivel del reborde acetabular inferior o agujero obturador. En 7/17 se utilizó una placa atornillada en el ala iliaca y en todos los pacientes fue necesario aporte de aloinjerto triturado o estructural con o sin matriz ósea desmineralizada y BMP. En 3/17 casos se utilizó el par cerámica-cerámica y ningún caso precisó inserto constreñido.

Resultados:
Con un seguimiento mínimo de 6 años hemos tenido 1 parálisis transitoria del ciático y una infección aguda que no se resolvió con desbridamiento y que en el segundo intento con retirada del material se produjo una lesión arterial con fallecimiento del paciente. Hemos revisado una cadera por dolor por pinzamiento del psoas que mejoró con desbridamiento abierto y recambio de cabeza femoral, un aflojamiento por disrupción pélvica tratado con placas en pared posterior y acetabulo poroso y tenemos pendiente un recambio por aflojamiento tras sufrir caida y 3 pacientes con dolor inguinal sin pruebas complementarias concluyentes de aflojamiento. No hemos tenido luxaciones y 11/17 pacientes precisan ayuda para deambular con una capacidad funcional muy limitada.

Discussão:
Nuestros resultados, al igual que los publicados recientemente presentan una alta tasa de complicaciones y fallos

Conclusão:
Los resultados nos han llevado a abandonar este sistema de reconstrucción acetabular en graves defectos óseos

---

EP27 - **Physical Activity Folowing Primary Total Hip Arthroplasty for Osteoartrhitis – a Case Control Study**
Joana Bento Rodrigues, Fernando Fonseca, Marcos Carvalho, Sandra Santos, João Casalta, Francisco Lucas ()

Introdução:
Primary total hip arthroplasty (THA) is an effective surgical procedure for relieving pain in patients with end-stage osteoarthritis, also offering the opportunity to regain functional ability. Although widely investigated, postoperative physical activity status remains uncertain. Objectives: This study aimed to compare physical activity in patients following primary THA for osteoarthritis and those who were not submitted to the surgical intervention.

Material e Métodos:
We conducted a preliminary retrospective study on a series of 30 randomized cases, patients who underwent primary THA for osteoarthritis at our Hospital between 2007 and 2011 (mean age 63). Control group was a randomized sample of 30 patients suffering from hip osteoarthritis, not submitted to THA (mean age 62), from a Primary Care Institution database search. Patients completed Hip Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) and International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) by telephone interviews.

Resultados:
We observed no significant statistical differences in

HOOS and IPAQ score between case and control groups (Mann-Whitney test). According to each HOOS parameter: pain (p=0,176), symptoms (p=0,530), activity daily living (p=0,110), sports (p=0,385) and quality of life (p=0,537). IPAQ score total physical actvity (p=0327), including walking (p=0,327) and moderate activity (p=0,806) were overlapping between both groups; vigorous activity was absent in case and control groups.

Discussão:
Patient-reported outcomes are measures in which the patient provides an evaluation of his health condition or treatment from his perspective. This minimizes observer bias and informs about factors that are likely to be important to the patient. There is considerable overlap in levels of pain and dysfunction between those who are and are not recommended for THA, which may explain the absence of significant statistical difference between case and control groups in this study. Moreover, according to some studies, patients have higher expectations than their surgeon regarding high-level activities and extreme range of motion following arthroplasty, which was indeed not observed in arthroplasty group in our study.

Conclusão:
This study suggests that patients with THA suffer from overlapping pain, symptoms and physical limitations to those with osteoarthritis who haven't undergone THA. Surgeons must manage properly patients expectations when proposing a THA.

EP28 - **Estudo radiológico da anca dolorosa no adulto jovem**

Fernando Leal, Cruz De Melo, Silvio Dias, Vera Resende, Ricardo Frada, João Teixeira
(CHEDV)

Introdução:
O estudo radiológico da anca dolorosa no adulto jovem sofreu uma rápida evolução na última década. O maior conhecimento, fisiopatológico, das anormalidades causadoras destes síndromes dolorosos, em particular do síndrome do Conflito femoro-acetabular, condicionou a procura de uma avaliação diagnóstica sistematizada e reprodutível. Actualmente a cirurgia conservadora da anca, quer aberta, quer artroscópica tem vindo a representar um papel de crescente importância neste grupo de pacientes. No entanto o diagnóstico continua a ser um desafio, sendo fundamental a avaliação radiológica "básica" quer na identificação destas entidades quer no processo de decisão terapêutica. Assim sendo, é necessário conhecer as incidências específicas a realizar e os parâmetros a avaliar sistematicamente, que representem uma mais valia nos estudo dos pacientes e que influenciem directamente a decisão terapêutica.

Material e Métodos:
Foi realizada uma pesquisa na base Medline usando os descritores "plain radiographic assessement of youn adult hip", "FAI plain radiographic evaluation", "radiographic parameter FAI". Foram encontrados 13 artigos para os descritores mencionados. O objectivo foi identificar o estudo radiológico básico a realizar no estudo da anca dolorosa no adulto jovem e os parâmetros radiológicos a avaliar que possuem valor diagnóstico e influenciam o tratamento.

Resultados:
Na avaliação radiográfica do adulto jovem com dor na anca podem ser realizadas as seguintes incidências: pelve antero-posterior, perfil em cross-table, perfil de Dunn 45º e 90º, perfil em "rã" e falso perfil. Nas diferentes incidências podem ser avaliados parâmetros como, "center edge angle"de wiberg e de Lesquesne, índice acetabular, ângulo de Tönnis, ângulo alfa e "offset" colo-cabeça. Cada uma das incidências fornece informação acerca de possíveis anomalias estruturais e permite a avaliação de diferentes parâmetros. A pelve em antero-posterior e o falso perfil fornecem uma maior quantidade de informação. O perfil de Dunn fornece informação sobre o fémur proximal.

Discussão:
A existência de um protocolo de avaliação da anca dolorosa é essencial no diagnóstico e orientação terapêutica. As incidências radiográficas disponíveis são variadas e fornecem informação diferente. Pela dificuldade de execução técnica de algumas incidências, devem ser escolhidas as que fornecem mais informação e ser delineado um protocolo de avaliação que permita a correcta avaliação e estudo sistematizado de todos os pacientes.

Conclusão:
No estudo da anca dolorosa no adulto jovem é fundamental uma abordagem diagnóstica sistematizada e reprodutível na prática diária. Decorrente da análise efectuada apresenta-se o protocolo adoptado pelos

autores na avaliação radiológica na avaliação destes pacientes

---

EP29 - **Artroplastia da anca primária por via anterior estrita – 3 anos de experiência**

João Pedro Raposo, Manuel António Carvalho Simões, António Rebelo, Renato Soares, Thiago Aguiar, Luís Tavares
(Divino Espírito Santo)

Introdução:
A via anterior estrita foi descrita inicialmente por Heuter e Schede, para drenagem de artrite séptica tuberculosa, e utilizada pela primeira vez para artroplastia total da anca por Robert Judet em 1947. Trata-se de uma via minimamente invasiva, já que aborda a anca de uma forma inter-muscular, requerendo uma mínima dissecção. Contudo, não foi um sucesso imediato porque os resultados iniciais não foram tão favoráveis quando comparados com outras vias, pelas dificuldades, particularidades e exigência técnica a ela inerentes, tendo sido abandonada. Contudo, na última década ressurgiu o interesse por esta via de abordagem, intrinsecamente relacionado com o advento da cirurgia minimamente invasiva.

Material e Métodos:
Efectuou-se um estudo retrospectivo entre Fevereiro de 2010 e Maio de 2013 (n=47). Os dados foram colhidos mediante entrevista clínica, consulta de processo clínico, avaliação imagiológica, caracterização dos doentes quanto ao sexo, idade, diagnóstico, lateralidade, tempo de internamento pós-operatório, perdas hemáticas, complicações intra e pós-operatórias, follow-up e satisfação/ outcome com os questionários Harris e Oxford Hip Score. O tratamento estatístico foi feito em SPSS v19.0, com um nível de confiança 95%.

Resultados:
Foram operados 47 doentes, tendo sido realizadas 47 artroplastias (35 não cimentadas, 11 cimentadas, 1 híbrida). A etiologia foi coxartrose em todos os casos (43 primária, 4 secundária a necrose avascular da cabeça do fémur). 22 doentes são do sexo masculino e 25 feminino, com a média de idade de 62,4 anos (30-91). A perda média de hemoglobina nas primeiras 24h pós-operatório foi 2,8 g/dL (3 doentes com necessidade de transfusão de 1 unidade de concentrado eritrocitário). O tempo médio de internamento pós-operatório foi de 6 dias (2-15). 4 doentes apresentaram complicações intra-operatórias (3 com fractura iatrogénica Vancouver tipo A2 e outra Vancouver tipo B3), 1 episódio de luxação com descolamento de acetábulo não cimentado ao 15º dia pós-operatório por traumatismo directo em contexto de queda durante a reabilitação (revisto também por via anterior), 1 revisão ao final de 1 ano por descolamento asséptico de acetábulo não cimentado e 2 casos de hipostesia da face externa da coxa. 1 doente foi excluído do follow-up por morte (por outras causas). O follow-up médio é de 20 meses (1-39). Observou-se um Harris Hip Score com média de 92 (excelente) e Oxford Hip Score 44 (indicativo de funcionamento pleno da articulação).

Discussão:
Como principais limitações do estudo apresentam-se a reduzida dimensão da amostra, a sua natureza retrospectiva, o follow-up curto e a exigência técnica desta via de abordagem, principalmente no tempo de preparação femoral. Os casos que se revestem de maior dificuldade são nos indivíduos do sexo masculino, de baixa estatura, obesos e musculados. Todas as vantagens inerentes à via de abordagem parecem levar a uma reabilitação precoce, com poucas queixas álgicas, levante e início da marcha nas primeiras 24 a 48 horas, melhoria da capacidade funcional (particularmente nas primeiras 6 semanas), diminuição potencial do tempo de internamento e com consequente redução de custos e satisfação dos doentes.

Conclusão:
A via anterior estrita, estando descrita há algumas décadas, está a ganhar renovado interesse com o surgimento da cirurgia minimamente invasiva; todavia, são necessários estudos comparativos com amostras de maior dimensão para comprovar estatisticamente o que nos parece evidente da experiência clínica com esta via. É elegante, eficaz, com resultados excelentes ao nível funcional na nossa amostra, e promissores.

EP30 - **Infección del sitio quirúrgico en pacientes intervenidos de fractura de cadera. Osteosíntesis con clavo vs artroplastia.**

Juan Ramon Cano, Juan Ramon Cano, Enrique Guerado
(UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL)

Introdução:

Las fracturas de cadera constituyen una complicación con una elevada morbimortalidad . Objetivos del estudio : Comparar la incidencia de infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) en pacientes tratados mediante artroplastia o enclavado intramedular (EI) .

Material e Métodos:
Estudio de cohorte retrospectiva. Inclusión: Fractura de cadera intervenidas durante el periodo 2006-2011. Grupo 1 Enclavado intramedular , Grupo 2 Artroplastia(Total o parcial) . Variables: Edad, sexo, índice Charlson (ICh), estancia hospitalaria e ISQ. Se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y posición para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas. Análisis bivariado tomando como variable principal infección, test de Fisher para diferencias en la distribución de frecuencia, test de la U de Mann-Whitney para diferencia de medianas. Nivel de significación estadística $p<0.05$.

Resultados:
1383 casos de fractura de cadera. Grupo 1: 801 pacientes, , 580 (72.4%) mujeres, Edad: m 78.86 (mediana 81) rango 10-103 años. ICh 0: 65.4% ; 1: 30.1% ; 2: 4.5% ; Estancia media 7.99 días (mediana 6). ISQ: 14.La incidencia de ISQ en la cohorte fue de 1.74% (IC95%: 0.77-2.71), 12 casos (85.71%) mujeres y 2 (14.29%) hombres, Edad: m 78.81 (mediana 81). ICh 0 83.33% ; 1: 16.67% ; 2: 0% . Estancia hospitalaria media de 26.79 días (mediana 21.50) Grupo 2 : 582 pacientes, , 427 (73.4%) mujeres, Edad: m 79.77 (mediana 81) rango 36-105 años. ICh 0: 59.43% ; 1: 33.65% ; 2: 6.92% ; Estancia media 8.29 días (mediana 7). ISQ: 29.La incidencia de ISQ en la cohorte fue de 4.983% (IC95%: 3.12-6.836), 18 casos 62.06%) mujeres y 11 (37.94%) hombres, Edad: m 79.90 (mediana 80). ICh 0: 63.15% ; 1: 31.58% ; 2: 5.27% . Estancia hospitalaria media de 14.76 días (mediana 9). Análisis bivariante: No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre infección, con índice de Charlson, sexo, edad ni tipo de intervención. Si existen diferencias estadísticamente significativas en la estancia media ($p <0.001$).Hay diferencias estadísticamente significativas entre la incidencia de ISQ en EI y artroplastia $p<0.0011$ (IC95%: 0.011-0.54).

Discussão:
En nuestra serie no encontramos que la edad el sexo o comorbilidades supongan más riesgo de sufrir una ISQ. Existen diferencias en la estancia hospitalaria consecuencia de una ISQ

Conclusão:
Hay 2.8 veces más riesgo padecer una ISQ cuando se realiza una artroplastia que con un EI.

EP31 - **O desafio dos grandes defeitos acetabulares - resultados da utilização de aloenxerto ósseo**
Marco Barroso De Oliveira, Pedro Santos Leite, Pedro Neves, Marco Sousa, Joaquim Ramos, Rui Lemos
(Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:
A frequência da cirurgia de revisão da anca tem vindo a aumentar, quer pelo maior número de artroplastias primárias realizadas quer pelo envelhecimento da população. Um dos factores mais difíceis com que o cirurgião ortopédico tem de lidar são os defeitos ósseos acetabulares de grandes dimensões. O uso de aloenxerto ósseo tem sido uma boa alternativa para ultrapassar este desafio.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, em que foram avaliados todos os doentes submetidos a cirurgia de revisão da anca com utilização de aloenxerto ósseo, pela Unidade da Anca do nosso hospital, entre Janeiro de 2004 e Dezembro de 2009. Foi feita a avaliação clínica e funcional com base no Harris Hip Score (HHS); identificada a causa da revisão, classificado o defeito acetabular segundo a classificação da AAOS e registadas as complicações precoces e tardias.

Resultados:
Foram incluídos 26 doentes num total de 27 ancas, com uma média de idades de 73 anos [51-89], 27% do sexo masculino e 73% do sexo feminino. O tempo médio de follow-up foi de 5.6 [4-9] anos. A principal indicação para a revisão foi a descelagem asséptica (80.7%) seguida pela infecção protésica. Com base na classificação da AAOS para os defeitos acetabulares tivemos 78.7% do tipo misto e 21.3% do tipo cavitário. A complicação mais vezes identificada foi a infecção tardia, seguida da fractura periprotésica e por último a parésia do nervo ciático. Em relação aos resultados funcionais com base no HHS, 46.1% tiveram resultado razoável (fair), 30.7% mau (poor) e 23.2% bom (good).

Discussão:
O principal objectivo da cirurgia de revisão da anca é

obter uma reconstrução estável por um longo período de tempo, que se traduza num alívio satisfatório da dor e num bom nível funcional. Os resultados deste estudo vão de encontro aos trabalhos publicados de referência, isto é, o uso de aloenxerto está indicado sobretudo em grandes defeitos acetabulares e o resultado funcional é geralmente razoável (fair). No entanto, o cirurgião ortopédico tem de ter sempre presente que este é um contexto difícil, onde os fracassos também podem acontecer, traduzido na nossa série pelos 30,7% com HHS mau (poor).

Conclusão:
Na revisão acetabular com aloenxerto a reconstrução da anca tem em geral resultados satisfatórios. No entanto, é necessária mais investigação para trazer outras alternativas quando esta estratégia falha.

EP32 - **Dismetria após artroplastia total da anca - a importância no resultado funcional**
Marco Guedes De Sousa, Ricardo Aido, Daniel Soares, João Araújo, Carlos Macedo, Rui Lemos
(Santo antonio)

Introdução:
A artroplastia total da anca apresenta uma óptima relação custo beneficio, atingindo taxas de satisfação > a 90%. Complicações tardias como luxação, infecção, osteólise e dismetria não são negligenciáveis. A dismetria pós-cirúrgia /iatrogénica é uma causa frequente de insatisfação do paciente, a sua prevalência varia entre 16-96%. Esta discrepância de valores deve-se à inexistência de uma técnica estandardizada para avaliação da mesma e à falta de um valor máximo aceitável de dismetria. O objectivo deste estudo é correlação entre o tamanho da dismetria com a qualidade de vida e funcionalidade.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, observacional, realizado numa instituição de nível III entre 2007-2010, tendo sido avaliados pacientes submetidos a artroplastia total da anca. Em todos os pacientes incluídos no estudo a dismetria foi avaliada por raio - x extra longo dos membros inferiores. Os critérios de exclusão foram: pacientes com displasia da anca, artoplastia prévia do joelho ou tornozelo e pacientes submetidos a uma segundo procedimento (revisão ou intervenção contra-lateral). Avaliou-se a percepção de dismetria e de satisfação do paciente utilizando a escala visual linear e a funcionalidade recorrendo à "Oxford Hip Score" e "Harris Hip Score"

Resultados:
Um total de 44 pacientes foram incluídos, 29 do sexo masculino e 15 do feminino com idade média de 48.8 anos. O tempo médio de follow-up foi de 41.4 meses. Em 52.3% dos casos os pacientes apresentavam dismetria < a 10mm, enquanto nos restantes 47.7% a dismetria foi > 10 mm. A necessidade de correcção da dismetria no calçado foi referida em 32% (n=14) dos casos. Após o procedimento o valor médio de satisfação foi de 8.8 (8.7 para dismetria <10 mm e 8.9 dismetria >10mm). O valor médio do Harris Hip Score foi de 86.0, sendo de 84.0 para o grupo de doentes com dismetria < a 10mm e de 88,0 para o grupo > a 10mm. Enquanto o valor médio do Oxford Hip score foi de 42.5, sendo de 41.9 para o primeiro grupo e de 43.2 para o segundo. O diagnóstico mais frequente foi o de coxartrose primária (28) tendo sido utilizados 6 implantes diferentes.

Discussão:
A análise dos resultados não permitiu estabelecer uma relação entre o valor radiológico de dismetria e o resultado funcional. Tal facto poderá dever-se a um valor médio de dismetria insuficiente para perturbação da função ou à ausência de perturbação funcional a médio, longo prazo como é o caso destes doentes. A revisão da literatura sobre o tema encontra múltiplos trabalhos sobre técnicas cirúrgicas que minimizem a dismetria. No entanto, os métodos de avaliação da mesma bem como o valor mínimo e o seu impacto no resultado final da artroplastia permanecem por definir.

Conclusão:
Embora limitado pelo tamanho da amostra este estudo permite concluir que um maior valor de dismetria pós artroplastia não implica um pior resultado funcional ou de satisfação para o doente.

EP33 - **Fracturas periprotésicas em artroplastias da anca no período de 2000 a 2012 – estratégias cirúrgicas**
João Neves, Miguel Carvalho, Amílcar Araújo, Mafalda Batista, Nuno Fachada, José Lima
(Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal)

Introdução:
A reconstrução femoral nas fracturas periprotésicas é um problema complexo devido à perda de capital ósseo do fémur. Para obter com sucesso a reconstrução a longo prazo é necessário um implante estável, que mantenha ou restaure o património ósseo. As opções de tratamento incluem hastes longas, cimentadas ou não, com fixação proximal ou distal, associadas ou não a enxerto ósseo impactado ou estruturado.

Material e Métodos:
O objectivo deste estudo retrospectivo é avaliar os resultados clínicos e radiográficos no tratamento de fracturas periprotésicas do fémur nos últimos 12 anos. De 2000 a 2012 foram operados no nosso centro 28 pacientes com fracturas periprotésicas da anca. Dos pacientes intervencionados 19 eram do sexo feminino. O lado predominantemente atingido foi o esquerdo (59,26%). A média das idades na época da fractura e subsequente cirurgia foi de 71,3 anos, tendo o paciente mais jovem 38 anos e o mais idoso 88 anos. O tempo médio de seguimento foi de 46 meses, com um recuo mínimo de 6 meses. Foi utilizada a classificação de Vancouver em todas as fracturas periprotésicas e na avaliação dos resultados funcionais foi aplicado o Harris Hip Score.

Resultados:
Dos 28 doentes intervencionados regista-se a seguinte distribuição das fracturas pela classificação Vancouver: 4 doentes no estádio A, 11 doentes no estádio B1, 5 doentes no estádio B2, 2 doentes no estádio B3 e 6 doentes no estádio C. Na etiologia verifica-se evento traumático em 21 doentes, lesão iatrogénica em 4 doentes, fractura secundária a complicações mecânicas em dois casos e num caso fractura patológica. O método predominantemente utilizado foi a redução cruenta e osteossíntese com placa com parafusos e cabos em 20 doentes (tipos A, B1 e C), sendo colocada haste longa não cimentada complementada com placa e/ou cabos e enxerto em 7 doentes (tipos B2 e B3) e num caso ficando em ressecção artroplástica. A decisão de cimentar a prótese primária aquando da revisão foi tomada em 5 doentes. Relativamente ao Harris Hip Score obteve-se os seguintes resultados: ruim em 5 doentes, razoável em 8 doentes , bom em 10 doentes e excelente em 2 doentes. Registamos as seguintes complicações: 2 casos de luxação precoce da prótese, 1 caso de pseudartrose, 1 caso de refractura e 2 óbitos. Necessitámos de reoperar 4 doentes (14%), tendo efectuado revisão do componente acetabular num caso, revisão das haste femoral modular em 2 casos, revisão da osteossíntese e interposição de enxerto autólogo no caso da pseudartrose.

Discussão:
As fracturas periprotésicas como complicação das artroplastias da anca têm registado um incremento devido a: aumento do número de artroplastias da anca, aumento da longevidade dos pacientes com subsequente aumento do descolamento asséptico das próteses e ostólise progressiva, que podem levar a fracturas no próprio leito ou próximo do leito dos componentes protésicos. É indispensável fazer um diagnóstico precoce e tratamento cirúrgico atempado das lises ósseas femorais ou acetabulares, no sentido de evitar as consequentes fracturas periprotésicas. Nas fracturas dos tipos A, B1 e C com implantes bem fixados e estabilidade articular pode ser suficiente apenas a fixação das fracturas com placas e cabos metálicos. Nas fracturas dos tipos B2, B3 e algumas do tipo C com descolamento do implante e perda óssea é necessário realizar uma revisão femoral, com utilização de hastes femorais não cimentadas, fixação com placas e cabos metálicos e aplicação de enxerto para preenchimento de perdas ósseas.

Conclusão:
Considerando o tratamento cirúrgico das fracturas periprotésicas da anca como um dos maiores desafios da cirurgia ortopédica contemporânea, devido às múltiplas e complexas intervenções cirúrgicas exigidas, tempo de internamento mais prolongado, maiores custos, maior morbilidade e incapacidade futura do paciente, é crucial avaliar o sucesso/insucesso dos resultados das nossas estratégias

---

EP34 - **Epidemiologia da Infecção do Local Cirúrgico em doentes submetidos a Prótese Total da Anca ou Prótese Total do Joelho - estudo retrospectivo**
Maribel Gomes, Silvina Freitas, Tiago Barbosa, Fréderic Ramalho, Roberto Couto, Carlos Vilela
(Centro Hospitalar do Alto Ave)

Introdução:
A infecção do local cirúrgico (ILC), apesar de ter vindo a diminuir de prevalência, é uma das infecções nosocomiais mais frequentes, especialmente nos serviços cirúrgicos. O risco de infecção depende de factores inerentes ao doente e ao microrganismo, mas também a factores pré-, intra- e pós-operatórios. Com o

presente trabalho, desenvolvido em conjunto com a Comissão de Controlo de Infecção (CCI) da nossa instituição, os autores pretendem avaliar a incidência de ILC em doentes submetidos a Prótese Total da Anca (PTA) e Prótese Total do Joelho (PTJ).

Material e Métodos:
Foram estudadas todas as PTA e PTJ realizadas no nosso serviço de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2011. O levantamento de dados decorreu do contacto telefónico com os doentes, da consulta do processo clínico e SAM. Nos casos de dúvida ou suspeita de infecção, procedia-se ao levantamento do processo clínico para consulta ou nova consulta médica, segundo os seguintes critérios: antibioterapia superior a 5 dias; internamento após a cirurgia superior a 9 dias; referência do doente a sintomas de infecção; descrição de infecção no SAM, SAPE ou processo clínico; re-intervenção onde se verifique infecção de prótese ou órgão/espaço; inexistência de registo de prescrição de antibióticos. Nestes casos, foi preenchida uma folha de vigilância, com os critérios de ILC, 1 mês e 1 ano após a cirurgia.

Resultados:
Durante o período em estudo foram realizadas 173 cirurgias (112 PTA e 61 PTJ). O tempo médio de internamento foi de 10 dias, com uma média de 8 dias após a cirurgia. A classificação ASA foi maioritariamente 2 e 3. Ocorreram 4 ILC (em 1 PTA e em 3 PTJ), o que corresponde a uma taxa global de 2,31%. Neste grupo de doentes, a duração média de internamento foi de 21 dias. Foi realizada profilaxia antibiótica em 90% dos doentes, em média durante 6 dias, com uma cefalosporina de 1ª geração (à excepção de 3 doentes).

Discussão:
A predominância de doentes com classificação ASA 2 e ASA 3 no presente estudo está em concordância com os resultados do HELICS-CIRURGIA 2006-2010. Apesar da SPOT e o RPA indicarem um tempo médio de internamento após artroplastia até 5 dias, os resultados do HELICS-CIRURGIA 2006-2010 evidenciaram 11 dias nas PTA e 9 dias nas PTJ, o que está em consonância com os nossos resultados. Nos casos em que ocorreu infecção, a média de internamento foi inferior na nossa instituição (21 dias) em comparação com o HELICS CIRURGIA 2006-2010 (26 dias). Está preconizado iniciar a antibioticoprofilaxia 30-60 minutos antes da incisão cirúrgica e prolongá-la até às 24 horas pós-cirurgia. Contudo, no HELICS-CIRURGIA 2006-2010, a profilaxia antibiótica (91,4% nas PTA e 96% nas PTJ), em cerca de metade dos casos teve duração superior a 24 horas. Na nossa instituição, a duração da antibioterapia foi superior à recomendada, e a falta de antibioterapia profilática muito provavelmente deveu-se ao esquecimento do registo informático da prescrição do antibiótico. Os antibióticos recomendados para a profilaxia neste tipo de cirurgia são cefalosporinas de 1ª ou 2ª geração. Neste estudo, esse parâmetro foi quase integralmente cumprido (96%). A taxa de ILC para PTA/PTJ no presente estudo é semelhante à verificada a nível nacional nos últimos anos (2,24%).

Conclusão:
As ILC, pela sua incidência e potencial gravidade, são uma preocupação importante num serviço de Ortopedia. Assim, as recomendações descritas na literatura devem ser criteriosamente cumpridas, no sentido de minimizar a taxa de ILC. Com o presente trabalho, os autores concluem que seria vantajoso estabelecer um protocolo de profilaxia da ILC com uma duração semelhante à descrita na literatura, reduzir os dias de internamento após a cirurgia e manter as restantes actuações no nível de qualidade já alcançado.

EP35 - **Avaliação dos factores que condicionam a falência precoce das artroplastia totais da anca: revisão de 110 casos tratados cirurgicamente no nosso serviço**

Virginia Do Amaral, Sara Lima, Sandra Martins, Joana Leitão, Sara Silva, Costa Ribeiro
(Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE)

Introdução:
O número crescente de artroplastias primárias da anca levou a um acréscimo notável do número de doentes com indicação para cirurgia de revisão. O objectivo deste estudo é avaliar quais os motivos que condicionaram a falência precoce dos implantes na artroplastia total da anca (A.T.A) comparando a artroplastia total cimentada vs não cimentada.

Material e Métodos:
Comparação de dois grupos de 55 doentes cada, submetidos a ATA cimentada (grupo I) vs não cimentada (grupo II), que foram submetidos a revisão num período máximo de 17 meses após a colocação. Mesma via de abordagem, sempre pelo mesmo cirurgião com o mesmo material prostético. Avaliação da idade, sexo, tempo médio até a revisão,

complicações associadas, tratamento efectuado. Foi aplicação do Harris Hip Score e feita análise estatítica com SPSS: testes de Qui² e T-student

Resultados:
Doentes submetidos a artroplastia total da anca cimentado (grupo I): 33 eram do sexo masculino, 32 sexo feminino, apresentavam neste grupo uma idade média de 69,91. O grupo II, artroplastia não cimentada: 33 sexo masculino, 22 sexo feminino, com uma idade média de 62,52. Em média a revisão foi efectuada aos 6 meses em ambos os grupos. 25 artroplastias não cimentadas luxaram vs 14 cimentadas (p=0.05). 7 artroplastias cimentadas infectaram vs nenhuma no grupo não cimentado (p=0.01). Sem diferenças com significado estatístico nos descolamentos assépticos (p=0.07). O Harris Hip Score médio foi de 75.8. 60 acetábulos foram revistos (38 nas artroplastias não cimentadas), 7 hastes, 3 colos e 40 substituições totais.

Discussão:
Verificou-se um número maior de luxações na artroplastia total não cimentada da anca. O descolamento séptico foi estatisticamente superior na artroplastia total cimentada. A maioria dos doentes apresentou bons resultados funcionais após a cirurgia de revisão

Conclusão:
Apesar da existência de complicações associadas tanto na técnica cimentada como não cimentada, parece não existir correlação causa efeito, são necessários masi estudos para avaliar quais as condicionantes que levam à falência destes implantes.

EP36 - **Hemoartroplastia bipolar do colo do fémur – um método eficaz?**
Jaime Babulal, Teresa Magalhães, Gonçalo Martinho, Tiago Paiva Marques, Miguel Brites Moita, Sérgio Figueiredo
(Hospital Distrital de Santarem)

Introdução:
As fracturas do colo do fémur são uma causa importante de morbi-mortalidade nos idosos, com elevados custos sócio-económicos . De entre as terapêuticas, encontra-se a hemiartroplastia bipolar, a qual permite, deambulação precoce e controlo da dor. Os autores apresentam um estudo retrospectivo de 257 doentes submetidos a hemiartroplastia bipolar da anca por fractura do colo do fémur.

Material e Métodos:
Método: revisão casuística Amostra: 257 doentes com fracturas instáveis do colo do fémur (Garden III e IV) operados entre 2007 e 2012. Registo: idade, sexo, lateralidade, complicações, tempo de internamento, avaliação funcional com Harris Hip Score e taxa de mortalidade.

Resultados:
Sexo: 78,2% sexo feminino (78,2%) 21,8% sexo masculino (relação= 3,58:1); Idade média e dp: sexo feminino 78,6+/-6,2 anos; sexo masculino 77,8+/-8,4 anos; Lateralidade: 56,4% esquerda e 23,6% direita; HHS: bons resultados: 52,8% e 47,2% maus resultados; HHS por sexo: mulheres 68,5+/-21,4 pontos; homens 72,3+/-16,8 pontos; Taxa de mortalidade (1 ano): 14,78%; Observou-se relação entre co-morbilidades major e HHS (p=0,03); Observou-se tendência entre complicações peri-operatórias e HHS (p=0,06); Não se observou relação entre HHS e sexo (p=0,25); Não se observou relação entre idade e complicações (p=0,23); Não se observou relação entre sexo e complicações (p=0,97)

Discussão:
A taxa de mortalidade em 1 ano encontra-se próximo dos valores descritos na literatura. Não foi considerado o grau de erosão acetabular.

Conclusão:
A hemiartroplastia da anca é um procedimento seguro com bons resultados funcionais, quando realizado em idosos com fracturas instáveis do colo do fémur.

EP37 - **Dismetria Pós artroplastia total da Anca – comparação de 2 métodos de avaliação**
Marco Guedes De Sousa, Daniel Soares, João Araújo, Carlos Macedo, Joaquim Ramos, Rui Lemos
(Santo antonio)

Introdução:
A medição de uma dismetria representa uma parte importante no exame físico músculo- esquelético. Numerosos métodos clínicos e radiológicos têm sido descritos na literatura. Em doentes submetidos a artroplastia da anca a avaliação é normalmente feita de

forma clínica e radiológica. A avaliação clínica pode ser realizada com o doente em posição supina e medido entre a espinha ilíaca antero superior (ASIS) o maléolo interno. A avaliação radiológica pode ser feita no raio x ântero posterior da pélvis medindo a distância entre a linha que passa entre as 2 "teardrop" ao vértice do pequeno trocânter (método de Woolson). Não existe consenso entre os clínicos sobre qual a maneira mais precisa de avaliar uma dismetria. A avaliação do grau de precisão, validade, bem como a correlação entre os vários métodos têm mostrado resultados divergentes. Neste estudo procuramos avaliar a correlação entre os 2 métodos descritos avaliando a sua precisão por comparação com a avaliação feita pelo raio x extra longo dos membros inferiores.

Material e Métodos:
: Estudo observacional, realizado numa instituição de nível III, tendo sido avaliados pacientes submetidos a artroplastia total da anca. Em todos os pacientes incluídos no estudo a dismetria foi avaliada por raio - x extra longo dos membros inferiores, medição entre segundo o método descrito por Woolson e medição clínica. Tendo as 2 últimas sido realizadas por 2 observadores diferentes. Os critérios de exclusão foram: pacientes com displasia da anca, artoplastia prévia do joelho ou tornozelo e pacientes submetidos a um segundo procedimento (revisão de artroplastia ou artroplastia contralateral).

Resultados:
: A concordância obtida entre os 2 observadores foi de 47.7% com um coeficiente de Pearson de 0.383 para a medição clinica. Quando os resultados desta avaliação clinica são comparados com o rx extra longo encontramos uma concordância de 36,4% para o observador A e 50% para o observador B com índices de Pearson de 0,21 e 0,41 respectivamente. A comparação dos resultados da medição no raio x anteroposterior (método de Woolson) com o extralongo verifica-se uma concordância de 54.1% para o observador A e 56,8% para o observador B, com um coeficiente de Pearson de 0,28 e 0,38 respectivamente. Estes dois métodos apresentam um Kappa de Choen ponderado de 0,21 e 0,19 respectivamente.

Discussão:
: A magnitude da dismetria clinicamente significativa é ainda tema de debate e controvérsia. Para isso contribui o facto de não existir um método consensual de avaliação. Métodos de avaliação mais precisos são na maior partes das vezes inacessíveis ao clínico, quer pela dificuldade técnica quer pelo seu custo. A avaliação clínica e no raio x antero posterior têm-se tornado a regra sem que no entanto se conheça a sua reprodutibilidade e fiabilidade num tema tão sensível. A revisão da literatura aponta uma maior fiabilidade do método radiológico. O presente estudo parece demonstrar essa superioridade embora a fiabilidade do mesmo esteja provavelmente aquém do desejável.

Conclusão:
Apesar da satisfatória correlação interobservador o método clínico apresenta uma correlação pobre com a avaliação feita por raio x extra longo. A avaliação radiológica apresenta melhor correlação com o valor medido de dismetria embora para uma medição mais acurada seja de considerar outro método. Estudos prospectivos devem ser realizados mas previamente será necessário uma harmonização de conceitos de métodos de avaliação.

EP38 - **Artroplastia total da anca não cimentada em doentes jovens com Espondilite Anquilosante - Resultados clinicos, funcionais e radiológicos aos 5 anos em média de "follow-up"**

Eurico Monteiro, António Mateus, Carlos Dopico, Manuel Seara, Sérgio Silva, Rui Pinto
(Centro Hospitalar S. João EPE)

Introdução:
A Espondilite Anquilosante (EA) é uma espondiloartropatia seronegativa caracterizada por atingimento inflamatório das articulações sacro-iliacas, coluna axial e grandes articulações periféricas. O tratamento "gold-standard" para a osteoartrite (OA) secundária a EA avançada é a artroplastia total da anca (ATA). Existem poucos artigos publicados na literaturatura internacional no que concerne ao uso de implantes não cimentados nestes doentes e as indicações para o seu uso permanecem relativamente obscuras. O objectivo deste trabalho é avaliar os resultados clinicos, funcionais e radiológicos do uso de ATA com implantes não cimentados neste grupo particular de doentes.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo com doentes jovens submetidos na nossa instituição a ATA não cimentada por OA secundária a EA entre 2000 e 2010 e com um "follow-up" médio de 5 anos (2-10). Foram analisadas as

variáveis dor (utilizando a VAS), função, complicações, mortalidade, qualidade de vida (medida através dos questionários WOMAC e SF-12) e resultado clinico na consulta de "follow-up" mais recente utilizando o Harris Hip Score.

Resultados:
Foram abrangidos um total de 17 doentes (21 ancas) com diagnóstico de OA secundária a EA e submetidas a ATA com implantes não cimentados. A média de idades dos doentes à data da intervenção foi de 32,4 anos (21-53). Não se verificaram readmissões ou mortes relacionadas com o procedimento. A taxa de complicações sistémica e local foi de 4,2 e 10,5% respectivamente. Verificamos uma melhoria significativa na dor, função, arco de movimento e qualidade de vida com scores médios WOMAC, SF-12 e Harris Hip Score de 53, 62,7 e 89,8 respectivamente na última consulta de "follow-up". Não houve revisão de nenhum dos componetes implantados nem sinais clinicos ou radiológicos de descolamento. Foi contudo observada uma taxa de ossificação heterotópica em 43% dos doentes.

Discussão:
A ATA em doentes jovens com osteoartrite secundária a EA proporciona um aumento dramático da qualidade de vida. Os resultados publicados, ainda que em artigos escassos, são bons no que diz respeito à diminuição da VAS, aumento do arco de movimento, aumento da qualidade de vida e desfecho clinico. Os resultados da nossa série são sobreponíveis aos resultados já publicados com menores taxas de lise dos componentes não cimentados e menor taxa de revisão. No que concerne às altas taxas de ossificação heterotópica existe uma tendência semelhante na literatura publicada com taxas de ossificação heterotópica díspares (43-88%). As limitações óbvias deste estudo são o "follow-up" ainda curto, numero de doentes reduzido e a não randomização dos doentes por forma a comparar implantes cimentados versus não cimentados ou comparar o uso de profilaxia para a ossificação heterotópica. Não houve comparação destes doentes contra um grupo controlo de doentes com OA primária pela dificuldade de encontrar uma amostra demograficamente semelhante

Conclusão:
A ATA não cimentada é uma boa opção terapêutica em doentes com OA secundária a EA avançada, sobretudo em idades muito jovens, e com o risco inerente de futura cirurgia de revisão. Os doentes do nosso estudo apresentaram melhoria significativa da intensidade da dor, função, arco de movimento, qualidade de vida e desfecho clinico após ATA não cimentada.

EP39 - **Tratamento cirúrgico de Fracturas Trocantéricas – Revisão de 109 casos**

Filipe Lima Santos, Andreia Ferreira, Ricardo Santos Pereira, André Sarmento, David Sá, Rolando Freitas (Centro Hospitalar de Gaia / Espinho)

Introdução:
As fracturas da região trocantérica tornaram-se, fruto do progressivo envelhecimento da população, uma das mais frequentes patologias traumáticas a necessitar de tratamento cirúrgico. A classificação mais utilizada é a de Evans, que sofreu várias actualizações ao longo dos anos, dividindo o padrão de fractura em estável ou instável. Existem várias técnicas e materiais de Osteossíntese ao dispor do cirurgião para o tratamento destas fracturas, cada qual com vantagens e desvantagens próprias. Este trabalho visa caracterizar o padrão das fracturas trocantéricas diagnosticadas no período de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2012, num serviço de Urgência, o tipo de tratamento cirúrgico realizado, as complicações dele resultante e a sobrevida e capacidade funcional aos 6 meses.

Material e Métodos:
Foram identificados 109 casos diagnosticados de fracturas trocantéricas submetidos a tratamento cirúrgico, e registados o sexo do doente, a estabilidade da fractura (estável ou instável), o tratamento realizado e as complicações que dele resultaram. No espaço de 6 meses após o tratamento cirúrgico, foi estudada a sobrevida e a capacidade funcional associadas a cada uma das técnicas.

Resultados:
A distribuição por sexos dos casos observados foi assimétrica, com 79% do sexo feminino e 21% do sexo masculino. De acordo com a classificação de Evans, 78% apresentavam um padrão estável e 22% um padrão instável. A percentagem de complicações foi superior nos casos com fracturas instáveis (28%), quando comparada com a das fracturas estáveis (2,4%). A sobrevida aos 6 meses foi inferior no grupo com padrão instável de fractura. O tratamento cirúrgico realizado consistiu em osteossíntese com placa e parafuso cefálico deslizante em 77% dos casos e encavilhamento

endomedular com cravo cefálico em cerca de 23%. Nos casos submetidos a Osteossíntese com placa e parafuso cefálico deslizante, verificaram-se complicações em 4 casos (cerca de 5%), enquanto que no grupo submetido a encavilhamento endomedular com cravo cefálico, 5 casos apresentaram complicações (aproximadamente de 20%). O tipo de complicações que resultaram dos 2 tipos de tratamento cirúrgico foram também diferentes. Todas as complicações observadas, com ambas as técnicas cirúrgicas, ocorreram em doentes do sexo feminino.

Discussão:
As fracturas trocantéricas representam um importante problema de saúde pública, intimamente ligado ao envelhecimento da população. É fundamental conhecer as indicações, vantagens e desvantagens das várias técnicas e materiais cirúrgicos que se encontram ao dispor do cirurgião. Alguns autores referem uma crescente tendência no sentido do tratamento deste tipo de fracturas utilizando o encavilhamento endomedular. Esta técnica, todavia, apresentou um maior número de complicações (quando comparada com a osteossíntese com placa e parafuso deslizante) no presente estudo. A complicação mais vezes observada foi a extrusão cefálica do cravo, passível de ser evitada, por exemplo, pela utilização de um cravo cefálico telescópico ou de outro tipo de material de osteossíntese.

Conclusão:
As fracturas trocantéricas são uma patologia traumática extremamente frequente para a qual existem várias técnicas e materiais cirúrgicos. É fundamental continuar a estudar, de forma estruturada, os resultados do tratamento cirúrgico deste tipo de lesões, quanto à sua morbilidade e mortalidade.

EP40 - **Artroplastia total da anca não cimentada em doente jovens, follow-up a 10 anos.**
Sergio Goncalves, Andre Barros, Antonio Camacho, Rui Pereira, Thiago Aguiar, Pedro Dantas
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
O objetivo deste estudo é apresentar os resultados da artroplastia total da anca não cimentada em doentes jovens (< 50 anos) com follow-up de 10 anos. Apresentamos uma série consecutiva com os mesmos implantes e par articular.

Material e Métodos:
Foi efectuada a avaliação retrospectiva com base na codificação clínica ICD-9 durante o período 2000-2003. O processo clínico foi utilizado para obtenção do perfil demográfico, comorbilidades, sintomas de apresentação, exame objetivo, procedimentos de diagnóstico, exames radiológicos, tratamento cirúrgico e complicações. Foram utilizados nesta série implantes não cimentados com revestimento a HA, haste Corail®, acetábulo roscado Tropic®, cabeça femoral Biolox Forte® com insert de polietileno altamente reticulado. Os implantes foram aplicados por uma via posterior ou ântero-lateral. Foi medida a inclinação acetabular em radiografias AP da bacia. O status funcional foi avaliado por entrevista telefónica utilizando o score WOMAC. A análise estatística foi realizada utilizando o SPSS 20.

Resultados:
Havia 56 doentes na base de dados, 3 foram excluídos por processo clinico incompleto e 2 perdidos para follow-up. Os 51 doentes incluídos apresentavam uma média de idade 39.6 anos (dp +/- 7.9, intervalo 17-50) e 60% eram do sexo masculino (n=30). De acordo com Charnley 41% (n=21) eram do tipo A, 35% (n=18) do tipo C e 24% (n=12) do tipo B. O IMC médio era 26.4 kg/m2 (dp +/- 4.5, intervalo 16-35.4). O lado direito foi o mais acometido 55% (n=28) com 9 doentes a serem submetidos a cirurgia bilateralmente. A etiologia mais frequente foi a necrose avascular em 60% (n=30), seguida da doença displásica 20% (n=10) e do trauma em 14% (n=7). Os fatores de risco mais frequentemente identificados para a ocorrência de necrose avascular foram a infeção VIH (n=4), o LES (n=3) e a displasia epifisária múltipla (n=3). A via de abordagem mais utilizada foi a posterior 63% (n=32). Em relação aos componentes a moda no acetabulo foi o nº 52 e na haste o nº 11, todas as cabeças eram tamanho 28. A avaliação radiológica revelou uma inclinação média do componente acetabular de 46.8º (dp +/- 8.6, intervalo 30-65). Como complicações ocorreu uma lesão do nervo ciático e uma fratura intra-operatória do calcar. Houve necessidade de revisão em 4 doentes (8%), 3 envolvendo o componente acetabular e um envolvendo o componente femoral. O score WOMAC apresenta uma média de 80 (dp +/- 4.4, intervalo 63-88).

Discussão:
Apesar da dificuldade técnica associada à artroplastia do doente jovem e da alta demanda funcional desta faixa etária a artroplastia não cimentada revestida a HA

tem bons resultados funcionais como demonstrado pelo score WOMAC. A taxa de revisão de 8% está em linha com a literatura aos 10 anos de follow-up. A baixa incidência de complicações pode ser explicada pela familiaridade com os implantes e seu método de aplicação.

Conclusão:
Avaliações seriada destes doentes são importante, o acompanhamento e registo das complicações fornece informação valiosa sobre os seus outcomes a longo prazo.

EP41 - **Como obter o posicionamento ideal de uma prótese de anca.**
Lafayette De Azevedo Lage, Antonio Faga (Clínica Lage)

Introdução:
A "vida" de qualquer implante depende não só da sua qualidade, mas também do seu posicionamento! Começamos a fazer a artroscopia da anca em 1993 e percebemos que o intensificador de imagem, também seria útil no posicionamento de prótese de recobrimento da anca após termos implantados duas próteses com mau posicionamento. Uma tinha inclinação acetabular de 60 graus (a qual revisamos com sucesso 10 dias depois) e a outra com um componente femoral em varo importante (o qual "sobrevive até hoje após 9 anos). Desde este segundo mau posicionamento decidimos sempre que possível utilizar o intensificador de imagens.

Material e Métodos:
Os autores padronizaram simples etapas possibilitando mínima exposição à radiação do intensificador de imagens. Estas etapas são demonstradas passo a passo assim como o posicionamento do quadril. Todos os casos foram operados em decúbito lateral. Nas próteses de recobrimento foi possível posicionar o fio guia no meio do colo do fêmur ou mesmo anteriorizado no perfil (quando queremos modificar o offset). Aperfeiçoamos ainda mais esta técnica após adquirirmos um posicionador totalmente radioluscente feito de fibra de carbono o qual nos permite a visualização do forame obturatório de ambas as ancas e traçamos uma reta que passa pelas tuberosidades isquiáticas. O ajuste do ângulo de inclinação acetabular é feito justamente em referência a esta reta. A inclinação pélvica pode comprometer a inclinação ideal do implante acetabular e o fato de "enxergarmos através do posicionador de fibra de carbono o outro forame obturatório aprimora nosso posicionamento do componente acetabular".

Resultados:
O intuito deste trabalho é mostrar esta simples metodologia. A utilização do intensificador de imagens nos possibilita implantar os componentes acetabular e femoral da " forma que desejamos" e, sempre que utilizamos este método temos obtido no mínimo mais que 95% de "excelente posicionamento". Infelizmente tivemos 3 casos de luxação pós operatória em próteses convencionais de cerâmica - cerâmica (cabeça 28 e 36 mm). Dois casos complexos (uma revisão acetabular e uma reconstrução acetabular) foram operados pela via ântero-lateral ficando os componentes acetabulares bem inclinados, porém, com excesso de anteversão. Normalmente utilizamos a via póstero-lateral e, mesmo assim, tivemos um caso onde o acetábulo ficou com anteversão de zero graus. Para nosso azar, justamente este paciente escorregou violentamente 2 anos depois na cozinha sofrendo luxação tendo sido revisado com componente constrito. Mesmo assim, já sofreu mais um episódio e, provavelmente, teremos que reposicionar o componente acetabular todo que está muito bem osteointegrado.

Discussão:
A prótese de recobrimento é uma excelente opção para pacientes ativos jovens que querem continuar suas atividades normalmente, isto é, uma vida totalmente normal, onde você pode fazer tudo! Esta prótese não aceita mínimos erros, ou seja, pequenas alterações do posicionamento ideal dos implantes (femoral e o acetabular), os quais podem comprometer a longevidade deste tipo de "implante imperdoável". A única limitação desta técnica fácil e de baixo custo quando comparada à navegação está no fato de não nos fornecer com precisão a anteversão do implante acetabular, mas, mesmo assim, consideramos uma ferramenta muito poderosa possibilitando fornecer uma vida mais longa possível para o implante.

Conclusão:
Os autores perceberam a enorme utilidade deste método e do posicionador totalmente radioluscente feito de fibra de carbono, também nas próteses convencionais, principalmente no que diz respeito ao posicionamento do acetábulo. Esperamos que, enquanto os sistemas de navegação estão ainda em

"fase de melhoramento", que o cirurgião de anca inclua essa idéia em seu arsenal para proporcionar uma vida mais longa para seus implantes e ter menos complicações.

EP42 - **Prótese total da anca bilateral em adulto jovem**
Mafalda Batista, Miguel Carvalho, João Neves, Amílcar Araújo, José Lupi Freire, José Lima
(Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão)

Introdução:
Os autores apresentam um caso de um jovem do sexo masculino, 24 anos de idade, com antecedentes de paralisia cerebral infantil após convulsão, desde os 6 meses de idade, com défice cognitivo. Autónomo na marcha e independente em várias actividades da vida diária.

Material e Métodos:
Por episódios de espasticidade e infecção respiratória associada teve internamento de cerca de um mês em Março de 2006 encontrando-se acamado e dependente desde então. Foi levado ao Serviço de Urgência do nosso hospital 3 meses depois, com queixas de dor em ambas as ancas. Realizou radiografia da bacia tendo sido diagnosticada fractura sub-capital bilateral Garden IV, com algum tempo de evolução.

Resultados:
Foi operado em Agosto 2006, submetido a prótese total da anca (PTA) direita sob anestesia geral que decorreu sem intercorrências. Posteriormente foi submetido a PTA esquerda. Realizou fisioterapia no leito após as cirurgias.

Discussão:
Teve alta um mês depois, mantendo seguimento em consulta externa.

Conclusão:
Actualmente tem PTA bilateral há 7 anos. Foi observado na consulta em Fevereiro de 2013. Mantém-se sem queixas, com marcha autónoma e com radiografia da bacia sem sinais de descelamento ou desgaste do material.

EP43 - **Prótese total da anca em adulto jovem**
Mafalda Batista, Miguel Carvalho, João Neves, Amílcar Araújo, José Lupi Freire, José Lima
(Centro Hospitalar de Setúbal - Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão)

Introdução:
Os autores apresentam um caso de uma jovem de 19 anos de idade à qual foi colocada prótese total da anca esquerda por sequelas de luxação congénita da anca.

Material e Métodos:
Foi operada aos 18 meses de idade, tendo sido submetida a tenotomia dos adutores, redução incruenta e colocação de gesso. Seguida em consulta externa a partir dos 14 anos de idade, apresentando coxartrose à esquerda com queixas álgicas durante a marcha e perda dos movimentos de rotação. Foi tentado tratamento conservador com analgesia e protectores de cartilagem.

Resultados:
Aos 19 anos, por agravamento da sintomatologia, foi decidida colocação de prótese total da anca (PTA) esquerda, realizada em Março de 2006, sem intercorrências. O pós-operatório decorreu sem complicações, tendo realizado várias sessões de fisioterapia.

Discussão:
Actualmente tem PTA esquerda há 7 anos, mantendo seguimento na consulta externa. Foi observada em Janeiro de 2013, mantendo-se sem queixas álgicas, com radiografia da bacia bem, sem sinais de descelamento.

Conclusão:
Entretanto foi mãe de uma menina, actualmente com 10 meses de idade, à qual também foi diagnosticada luxação congénita da anca esquerda aos 6 meses, que foi submetida a tenotomia dos adutores e colocação de gesso.

Biomecânica

EP44 - **Método Experimental para a determinação da Deformação e Tensão máxima do Ligamento Cruzado Anterior**

Bruno Manuel Lopes Correia, Miguel Marta, Mário Fernandes, Rui Guedes, Rui Pinto
(Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio)

Introdução:
O Joelho representa uma articulação complexa e importante para a locomoção humana. Por estar constantemente sujeito a cargas e tensão elevadas, em especial na prática de desporto de alta competição, o risco de ruptura dos seus ligamentos é elevado, em particular do ligamento cruzado anterior (LCA). A ruptura do LCA está associada à necessidade de intervir cirurgicamente para efetuar a restauração das funções do ligamento. A compreensão das propriedades biomecânicas do LCA revela-se fundamental para o conhecimento dos mecanismos de lesão e, consequentemente, estabelecer a melhor forma de as corrigir. Para a caraterização do LCA é necessário determinar a deformação/tensão máximas suportadas pelo LCA até à ruptura. Este trabalho experimental tem por objetivo a determinação da deformação e tensão máxima suportadas pelo LCA, para diferentes ângulos de flexão, recorrendo à captação de imagens com uma câmara.

Material e Métodos:
Na elaboração do estudo foram utilizadas 20 articulações diferentes de cadáver para a obtenção das características mecânicas do LCA. A peça anatómica foi fixada num suporte adaptado para o efeito, em seguida o LCA foi exposto para permitir a sua filmagem. A movimentação do suporte permite a aplicação de vários ângulos de flexão, a partir de um ângulo de referência assumido, resultando daí diferentes intensidades de deformação ligamentar. Posteriormente, realizou-se a dissecção do LCA e inserção do ligamento na máquina universal de ensaios mecânicos INSTRON, iniciando-se a tração com uma velocidade de deslocamento de 250 mm/min (velocidade máxima permitida pela máquina). Por último, os resultados são obtidos em Excel® permitindo a elaboração de um gráfico de tensão-deformação do LCA.

Resultados:
Assumiu-se como ângulo de referência a flexão a 40º da peça anatómica, que de acordo com a literatura, corresponde ao ângulo de menor deformação do LCA. Em oposição, o procedimento foi repetido para a avaliação da deformação máxima do LCA, neste caso a 15º. A repetição posterior utilizando diferentes ângulos permitiu obter a variação da deformação do LCA com a variação do ângulo da articulação.

Discussão:
Cumpriu-se o objetivo do trabalho experimental através do estudo da deformação e tensão máxima a que o LCA pode ser sujeito, o que permite uma melhor caracterização deste ligamento e respetiva atribuição de propriedades. A utilização de vários modelos de cadáver, assim como o estudo de diferentes indivíduos, com as variações de sexo, idade e anatómicas inerentes, permitiu obter um significado biomecânico relevante. Em oposição à determinação da deformidade através de um modelo matemático obtido a partir da reconstrução tridimensional de imagens de ressonância magnética, esta medição realizada em cadáver permite caracterizar de uma forma mais precisa e real estas propriedades do LCA estudadas.

Conclusão:
O estudo e a caracterização da deformação e tensão máxima do LCA, mediante a aplicação de diferentes graus de flexão do joelho, representam um passo intermédio primordial no estudo dos mecanismos de lesão do LCA, abrindo possibilidade de novos estudos que permitam tratamentos mais efectivos no futuro.

EP45 - **Prediction of fixation failure after surgical treatment of intertrochanteric fractures**

José Soares, Eurico Monteiro, Artur Antunes, Maria Ascenção Lopes, Manuel Gutierres, João Torres
(Faculdade de Medicina da UP)

Introdução:
O cut-out nas osteossínteses das fraturas intertrocantéricas tem sido descrito como a forma mais frequente de falência mecânica após a fixação com dynamic hip screw (DHS). A distância tip-apex, a localização do cravo no colo e o ângulo cérvico-diafisário são indicadores que têm sido utilizados para avaliar a probabilidade de cut-out

Material e Métodos:
Os autores propõem-se adaptar estes parâmetros a apenas uma incidência radiográfica anteroposterior, comummente utilizada no cenário clínico, de modo a

poder inferir acerca da sua utilidade na predição do risco de cut-out. Análise retrospectiva de todos os doentes com fraturas intertrocantéricas tratados com DHS entre janeiro de 2007 e maio de 2012 num centro de traumatologia nivel 1

Resultados:
A amostra inicial continha 214 doentes que apresentavam fratura intertrocantérica. Após a aplicação dos critérios de exclusão, foi obtida uma amostra final com 79 doentes. A distância tip-apex, a localização do cravo no colo e o ângulo cérvico-diafisário foram medidos na incidência radiográfica anteroposterior. A distância tip-apex e a localização do cravo no colo mostraram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de doentes com cut-out e o grupo de controlo. O grupo de doentes em que o cut-out ocorreu mostrou ainda uma tendência para possuir um menor ângulo cérvico-diafisário

Discussão:
Os doentes que sofreram cut-out apresentavam uma maior distância tip-apex e uma posição mais superior do cravo no colo

Conclusão:
A utilização de apenas uma incidência radiográfica anteroposterior poderá ser suficiente para avaliar a qualidade da fixação e predizer o risco de cut-out em fraturas intertrocantéricas

Cartilagem

EP46 - **Mosaicoplastia como alternativa cirúrgica à doença de Pänner**
Gustavo Almeida Martins, Sílvia Silvério, Moraes Sarmento
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A osteocondrite dissecante é uma condição patológica com etiologia diversa (traumática/isquémica/genética/idiopática/multifactorial), caracterizada pela ocorrência de fragmentação osteocondral. É classificada em 4 graus, consoante o destacamento do fragmento (I - com continuidade; II - parcialmente descontínuo; III - completamente descontínuo; IV - deslocamento/corpo livre), sendo que apenas o primeiro grau é considerado estável. Atinge preferencialmente doentes do sexo masculino (2:1), durante a adolescência. Clinicamente, caracteriza-se por dor articular moderada a severa, diminuição ou dificuldade nos arcos de movimento, por vezes com crepitação ou bloqueio. Pode atingir diferentes articulações, com especial incidência no Joelho (75% dos casos). Raramente (6%), manifesta-se no cotovelo (Pänner), associada a episódios de crescimento rápido, stress em valgo do cotovelo, e forças repetitivas de compressão, resultando em fragmento osteocondral do capitulum umeral. Tem elevada incidência em jogadores de baseball em fase de crescimento, e rara nos países onde este desporto é impopular.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 19 anos, antiga praticante de ginástica acrobática de competição durante adolescência, sem antecedentes de relevo, recorre ao S.U. no dia 2-8-2011, com dor no cotovelo direito, sem história recente de trauma, apresentando défice de extensão de 15º e défice de flexão de 5/10º, com agravamento da dor após esforço. O RX evidenciava já imagem de lesão ecrose\fragmentação possíveis, de grande dimensão, ao nível de toda a superfície articular do côndilo umeral externo, a esclarecer. Colocou-se tala gessada braquipalmar. Posteriormente, na consulta, realizou TAC e RMN, comprovando-se a suspeita prévia de doença de Pänner. Operada a 19-9-2011 por abordagem externa do cotovelo direito, tendo-se identificado e removido o fragmento osteocondral com 18mm de maior diâmetro, destacado do capitellum. No mesmo tempo operatório abordou-se o joelho ipsilateral por via parapatelar externa, efectuou-se colheita de 2 cilindros osteocondrais de 8mm da vertente externa do côndilo femoral externo, e implantaram-se em press-fit na área de defeito osteocondral do capitellum, tentando respeitar a convexidade condiliana anatómica. Aos 15 dias, iniciou mobilizações activas e passivas assistidas.

Resultados:
Foram necessárias apenas 10 sessões de fisioterapia para a recuperação funcional total. Um ano após o tratamento cirúrgico, a doente encontrava-se bem, sem queixas e sem défices nos arcos de flexão/extensão, referindo alto grau de satisfação. Ao raio X, não apresentava sinais de defeito osteocondral. O joelho estava assintomático.

Discussão:
A doença de Panner é uma condição rara, necessitando um alto índice de suspeição para o seu diagnóstico. Deverão ser consideradas várias opções terapêuticas: a simples remoção do fragmento livre é uma opção menos agressiva, mas o a destruição condral e o deficit

articular a longo prazo são expectáveis; dentro da opção por mosaicoplastia, poder-se-á optar por implantação de autólogos ou sintéticos, embora estes apresentem menores índices de osteointegração; o enxerto cartilagíneo e o transplante autólogo de condrócitos estão disponíveis apenas em centros seleccionados, e têm como desvantagens o elevado custo e o facto de ignorarem a componente óssea da lesão osteocondral.

Conclusão:
A OCD do cotovelo é uma doença rara e raramente diagnosticada, acrescida à dificuldade da opção terapêutica devido à idade jovem e fase de crescimento em que se encontram normalmente este tipo de doentes. O tratamento cirúrgico com mosaicoplastia apresentou um resultado altamente satisfatório, pelo que deve ser considerado como uma opção válida. O caso que apresentamos revestia-se de difícil opção cirúrgica devido á grande extensão do envolvimento lesional, abrangendo praticamente toda a superfície articular, com colapso condral e valgo do cot

---

EP47 - **"PEARLS" INSIDE JOINT – A CASE OF CHONDROCALCINOSIS**

Joana Bento Rodrigues, Armando Pires, José Andrade, Manuel Cândido
(Sanfil)

Introdução:
Calcium pyrophosphate dihydrate crystal deposition disease (CPPD) is a well-recognized inflammatory joint disorder characterized by presence of calcium pyrophosphate dehydrate crystals in intrarticular and periarticular tissue. This disorder is termed chondrocalcinosis.

Material e Métodos:
We report a 60-year-old man, carpenter, who suffered from intense chronic hip pain for five years, presenting mechanical and inflammatory rhythm and limited range of motion, that interfered with his job. Osteoarthritis was diagnosed in the X-ray and patient was submitted to a cemented total hip arthroplasty. During surgical intervention, when capsulotomy was performed, a great amount of white crystals extruded from inside. Material was sent to Pathology, calcium pyrophosphate dihydrate crystal were identified and chondrocalcinosis was diagnosed.

Resultados:
After two months patient no longer has pain, walks without support and works without complaints.

Discussão:
CCPPD is the most common cause of the calcification of articular fibrocartilage or hyaline cartilage. Chondrocalcinosis is frequently associated with osteoarthritis. and may cause self-limmiting acute attacks of inflammatory arthritis. Chondrocalcinosis is common in the absence of knee involvement. Previous studies have shown more disability and severity in CPPD deposition disease as compared to osteoarthritis..

Conclusão:
Chondrocalcinosis compromises quality of life and worsens osteoarthritis, independently of age and degenerative disease severity. This disorder does not influence progression and therefore is not a contraindication to arthroplasty.

EP48 - **Fratura Osteocondral do Joelho**

Pedro Teixeira Gomes, Carlos Pintado, Bruno Barbosa, Luís Castelo, António Lemos Lopes, Marta Maio
(Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto-Douro)

Introdução:
As fraturas osteocondrais do joelho ocorrem com frequência nos adolescentes. O côndilo femoral externo e a patela são os locais mais comuns de fratura, traduzindo a associação destas lesões com episódios de luxação patelar, podendo também ocorrer na presença de traumatismos diretos. O melhor método de diagnóstico é manter um elevado nível de suspeição aquando a avaliação de um joelho traumático, sobretudo na presença de hemartrose. Na suspeita de fratura osteocondral obter várias incidências radiográficas do joelho. O diagnóstico e tratamento precoce das lesões osteocondrais do joelho são fundamentais para obter bons resultados.

Material e Métodos:
Adolescente de 11 anos, sexo feminino, sem antecedentes médicos relevantes, sofreu queda com traumatismo do joelho direito em Setembro de 2012. Observada em SU refere dor e impotência funcional do joelho direito, apresenta derrame articular moderado, sem sinais de instabilidade do joelho, radiografia de

perfil do joelho revela fragmento livre intra-articular. Efetuado TAC articular que demonstra erosão óssea no plano anterior do côndilo femoral externo e fragmento intra-articular. Submetida a artroscopia do joelho na semana do traumatismo, que revela lesão osteocondral grau IV da ICRS do côndilo femoral externo com 2x1.5cm, realizada artrotomia mínima por abordagem parapatelar externa e fixação de fragmento com 3 pinos reabsorvíveis.

Resultados:
Aos 6 meses de follow-up a doente apresenta-se sem dor, amplitude articular do joelho 0º - 140º, deambula sem alterações, score IKDC de 87.

Discussão:
As fraturas osteocondrais do joelho são por vezes difíceis de diagnosticar, uma vez que os fragmentos são pequenos o suficiente para permanecerem imperceptíveis nas radiografias de joelho. As fraturas osteocondrais devem alertar para a ocorrência de episódios de luxação patelar, devendo estas ser pesquisadas e avaliadas ativamente, pois por vezes ocorre redução espontânea. Na presença de fragmentos osteocondrais do joelho, a artroscopia é um dos métodos de diagnóstico e tratamento de eleição permitindo a identificação e caracterização da lesão, exérese de pequenos fragmentos e auxiliando na fixação de fragmentos de maiores dimensões. A fixação com pinos reabsorvíveis elimina a necessidade de posterior reintervenção para extração de material de fixação.

Conclusão:
Na presença de lesões osteocondrais o objectivo do tratamento é restabelecer a congruência da superfície articular, revelando-se a fixação interna de fratura osteocondral um método com bons resultados no caso descrito.

Coluna

EP49 - **Síndrome de Klippel–Feil – A propósito de um caso clínico**

Bruno Pereira, Rui Duarte, Carlos Mateus, Cibrão Coutinho, Pedro Varanda, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
A síndrome de Klippel-Feil é uma malformação congénita da coluna cervical. Esta resulta dum défice de segmentação dos somitos mesodérmicos entre a 3ª e 8ª semana, levando à fusão da coluna cervical por segmentos ou como um bloco. Assim sendo, os doentes têm formas de apresentação diversa conforme as diferentes de desenvolvimento. Os portadores desta patologia podem gradualmente desenvolver sintomas de hipermobilidade nas articulações adjacentes às fusões cervicais. Uma das apresentações da síndrome de Klippel-Feil é a occiptilização do atlas e fusão de C2-C3, com elevado risco de instabilidade e de complicações neurológicas a nível occiptocervical O objectivo deste trabalho é fazer uma revisão deste tema com base num caso clínico de Klippel-Feil, com invaginação basilar e mielopatia cervical espondilótica (MEC).

Material e Métodos:
Doente de 52 anos de idade, sexo feminino. Funcionária têxtil, reformada por invalidez. Encaminhada para a consulta de ortopedia por cervicalgias, diminuição da força dos 4 membros com evolução progressiva nos últimos 4 anos, com agravamento recente. Referia alterações do equilíbrio e da marcha (com necessidade de ajuda de uma terceira pessoa), diminuição da força muscular dos membros superiores associada a parestesias e perda da motricidade fina (grau IV de Nurick). Ao exame físico apresentava um pescoço curto, implantação baixa do cabelo, limitação da mobilidade cervical por dor intensa (8/10), hiperreflexia dos membros superiores e inferiores, clonus do tornozelo, sinal de Hoffman e reflexo escapulo-umeral. Realizou estudo imagiológico por radiologia convencional, TAC e RMN, que evidenciaram occipitalização do arco posterior do atlas, fusão de C2-C3, impressão basilar com a apófise odontóide posicionada acima da linha de Chamberlain e luxação atlantoaxial. (Este estudo foi complementado por electromiografia dos membros superiores, que evidenciou alterações compatíveis com mielopatia cervical espondilótica. Foi ainda realizada uma angio-TAC para estudo do trajecto das artérias vertebrais, para planeamento cirúrgico. Foi submetida a descompressão posterior por remoção do arco posterior do atlas, laminectomia de C2-C5 e instrumentação posterior de C0-C6 - fixação occiptocervical – com sistema Vertex® da Medtronic®, sem intercorrências.

Resultados:
No pós-operatório não se verificaram complicações. No seguimento ao 1º, 3º e 6º meses constatou-se uma melhoria das cervicalgias, mantém apenas parestesias esporádicas no membro superior esquerdo, melhoria da motricidade fina e caminha sem ajuda de terceira pessoa (Nurick - III).

Discussão:
A síndrome de Klippel-Feil representa um conjunto de alterações de malformações da coluna cervical raras, em que a forma mais comum, classificada por Feil como tipo II corresponde ao nosso caso clinico, com occiptilização do atlas e fusão de C2-C3. Esta fusão provoca uma alteração da biomecânica da junção occiptocervical promovendo a instabilidade deste segmento e que pode levar à necessidade de estabilização cirúrgica. Existem várias opções para a realização da fixação occipitocervical. A escolha da abordagem posterior permite realizar uma cirurgia mais segura, sem as complicações associadas à via trans-oral, com uma melhor visualização da descompressão e taxas de fusão reportadas próximas de 100%.

Conclusão:
O presente caso evidencia uma das causas raras de instabilidade occiptocervical com compromisso medular, em que a opção cirúrgica é a única forma de abreviar a evolução da doença.

EP50 - **Hérnia Discal Lombar com Fragmento Intradural - relato de um caso**

João Neves, Miguel Carvalho, Mafalda Batista, Francisco António, João Levy Melancia, João Lobo Antunes
(Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar de Lisboa Norte)

Introdução:
As hérnias discais intradurais são extraordinariamente raras. Na pesquisa da literatura mundial encontraram-se 29 casos (Pan et al. 2011). Na avaliação radiológica a HDI assemelha-se a um tumor intradural extramedular.

A RMN é útil no diagnóstico ainda que o mesmo seja difícil no intra-operatório. Impõe-se o diagnóstico diferencial com tumor. A razão da rotura da dura-máter por uma hérnia do disco não se conhece claramente, mas talvez a aderência entre a dura-máter e o ligamento longitudinal posterior seja o mecanismo mais importante.

Material e Métodos:
Os autores relatam um caso de uma mulher de 86 anos, transferida de outro Hospital distrital, com o seguinte quadro clínico: lombalgia, parésia bilateral de Grau III dos membros inferiores, limitação dos movimentos de flexão-extensão bilateralmente e retenção urinária, mas com sensibilidades mantidas. A TAC efectuada revelava uma volumosa hérnia discal ao nível de L3. Foi tomada a decisão de intervir cirurgicamente (8/11/2012) procedendo-se a laminectomia do corpo de L3 com discectomia L3-L4 sem no entanto evidência de hérnia extrusa. Os défices neurológicos da doente mantiveram-se no pós-operatório pelo que foi efetuado novo controlo com RMN que revelou a persistência de massa intradural no nível abordado. Foi tomada a decisão de reintervir (12/11/2012) perante a suspeita de HDL intradural, procedeu-se a alargamento da laminectomia a L2 e L4. O saco durai apresentava-se tenso à palpação, endurecido na sua porção superior. De seguida, efectuou-se a durotomia mediana exploradora que mostrou, entre as raízes da cauda equina, a existência de massa dura, irregular, esbranquiçada, com aspecto de núcleo pulposo que foi integralmente removida, deixando um orifício na face ventral da dura-mater pelo que se procedeu à interposição de Duragen ® na vertente anterior e encerramento posterior da duramáter com neurulon ® e cola biológica. O exame microscópio confirmou tratar-se de núcleo pulposo.

Resultados:
A exposição micro-cirúrgica revelou hérnia discal extrusa que perfurava a dura-mátere penetrava no interior do saco dural. A hérnia foi removida empregando-se técnicas clássicas de microcirurgia e a abertura da dura-máter e da aracnóide ocluída com cola biológica Registou-se a regressão dos défices neurológicos da doente, tendo tido alta ao 14º dia de pós-operatório e mantido a recuperação com fisoterapia em regime de ambulatório. Actualmente, apresenta evolução favorável na fisioterapia, tendo recuperado a função motora dos membros inferiores e controle esfincteriano.

Discussão:
Hérnias do núcleo pulposo por rotura lateral ou mediana do anel fibroso, bem como sua extrusão, já são bem conhecidas. No entanto, a rotura do anel e ligamento com liberação do núcleo pulposo entre as raízes da cauda equina é de ocorrência rara. A hérnia discal intradural é uma apresentação rara. Na revisão de literatura encontrámos 41 casos, embora alguns possam não ter sido publicados (21). Os níveis mais afectados são L4-L5 em 17 casos, seguido de L3-L4 em 10 pacientes. As conexões entre tecidos - dura-máter e ligamento longitudinal posterior e anel fibroso, facilitam a dissecção dos tecidos pelo disco, provocando a entrada do núcleo pulposo dentro da dura-máter. A perfuração da dura-mater pelo núcleo pulposo é de difícil explicação. ?Lyons e Wise relataram um caso e fizeram revisão da literatura, explicando que o que parece ocorrer é uma gradual erosão da dura-mater pela pressão contínua de um fragmento de núcleo pulposo deslocado para o espaço epidural, facilitado, segundo Wilson , por uma aracnoidite de fricção.

Conclusão:
Salienta-se a importância deste caso clínico, pela sua raridade e pela necessidade de proceder a uma durotomia exploradora, não menosprezando o risco significativo de fístula liquórica. A RMN é útil no diagnóstico desta entidade, sendo o diagnóstico pré-operatório difícil e o definitivo deverá ser feit

---

EP51 - **QUISTE DISCAL COMO ORIGEN DE RADICULOPATÍA CRÓNICA.**
Miguel Sanagustin Silano, Beatriz Garcia Martinez, Juan Francisco Blanco Gómez, Jara Badiola Vargas, Enrique Suñen Sánchez, Antonio Tabuenca Sánchez
(HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA)

Introdução:
Los quistes discales son una rara entidad, siendo pocos los casos los descritos. El origen de los quistes discales es desconocido, y cursa con clínica similar a una hernia discal, siendo difícil su diagnóstico diferencial.

Material e Métodos:
A proposito de un caso.

Resultados:
Varón de 24 años con dolor lumbar y radiculopatía

derecha de 7 meses de evolución. A la exploración presentaba radiculopatía derecha, sin déficit motor, disestesia en territorio de raíz L5 y lassague bragard positivo a 30º. La RNM mostraba una imagen compatible con hernia discal L4-L5 con secuestro del espacio epidural posterior con compresión de raíz de L5 y saco, la imagen sugería hernia discal atípica por lo que se solicitó electromiograma y MRI de 3 teslas, la cual evidenció un quiste discal paramedial derecho con compromiso de la raíz. Electromiograma mostró radiculopatía leve derecha. Los test de laboratorio fueron normales. La histología confirmó la estirpe discal y benignidad de la lesión. Se decidió tratamiento quirúrgico con abordaje posterior, liberación de raíz L5 y exéresis del quiste discal. El control al año es satisfactorio con resolución del cuadro.

Discussão:
Los quistes discales son una nueva entidad, cuyas características más comunes son la unilateralidad, en paciente joven, clínica similar a hernia discal, y ausencia de celularidad en su interior. La patogenia es incierta. La clínica en un 75% de los casos es un dolor lumbar bajo, con o sin radiculopatía. Los síntomas pueden llegar a confundirse con una hernia discal típica. La MRI da un diagnóstico de presunción, siendo sugestiva una hiposeñal en t1 y una hiperseñal en t2 mostrando quiste extradural posterolateral conectada con disco, realce con el contraste y, en ocasiones con afectación del receso lateral. La discografía mostrará la comunicación entre quiste y disco, pero no siempre es necesaria. Su evolución natural todavía es desconocida, y en caso de procesos crónicos, la mayoría de autores recomiendan la cirugía excisional del quiste como tratamiento de elección.

Conclusão:
Los quistes discales deberían estar incluidos en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar bajo. La RNM es importante en el diagnóstico. Ante la persistencia de clínica, la escisión del quiste y liberación radicular producen un buen resultado.

EP52 - **Espondiloptose traumática de C6-C7 - Caso Clínico**

Joao Goncalves Correia, Augusto Martins, Joaquim Brito, António Tirado, Pedro Fernandes
()

Introdução:
Introdução: A espondiloptose C6-C7 traumática é uma entidade rara, podendo ocorrer também em contexto de lesão tumoral ou congénito. Dado o aparato da lesão, onde o risco de lesão é elevado, é fundamental delinear cuidadosamente o plano de intervenção terapêutico a fim de alcançar o melhor resultado clinico possível. Os autores apresentam a abordagem de uma espondiloptose traumática de C6 numa jovem de 24 anos com radiculopatia no membro superior direito e a sua evolução clínica.

Material e Métodos:
Material: Jovem do género feminino de 24 anos de idade, raça caucasiana, saudável, vítima de um acidente de viação com capotamento do qual resultou espondiloptose traumática de C6-C7 com retropulsão dos elementos posteriores, fratura das lâminas, do pedículo esquerdo e de ambos os pilares articulares. Não apresenta outros traumatismos referindo cervicalgia intensa e défice sensitivo e motor (grau III) nos territórios C6-C7-C8 do membro superior direito. Métodos: Após eatabilização hemodinâmica a doente foi colocada em tracção, inicialmente com 5kg tendo-se progredido progressivamente até aos 10kg com obtenção de uma listese grau I. Nesta altura, ainda nas primeiras 24 horas, a doente foi encaminhada para o bloco operatório e foi submetida a estabilização cirúrgica. Foi efectuada inicialmente fixação posterior C5-C7 e seguidamente corporectomia de C6 e artrodese anterior com cilindro estabilizada com placa. A cirurgia decorreu sem complicações e a doente teve alta ao fim de 5 dias pós-operatório.

Resultados:
Resultados: Atualmente com 18 meses de follow up encontra-se assintomática com artrodese consolidada e excelente alinhamento sagital.

Discussão:
Discussão: A espondiloptose traumática é caraterizada por extensa lesão óssea e cápsulo-ligamentar com marcada instabilidade e elevado risco de lesão neurológica. A lesão dos elementos posteriores permitiu neste caso a autodescompressão medular, permitindo assim o deslocamento posterior da medula o que explica a ausência de lesão medular. A tração inicial com realinhamento das peças vertebrais e a abordagem inicial por via posterior veio facilitar o tempo anterior e foram determinantes na obtenção do bom resultado clínico.

Conclusão:
Conclusão: A espondiloptose traumática de C6 – C7 é uma entidade rara com um largo espectro de compromisso neurológico. São lesões com elevada instabilidade onde um plano terapêutico tendo em conta os recursos da instituição e experiência do cirurgião são cruciais.

EP53 - **Escoliose e Síndrome de Angelman – Acerca de um caso**

Inês Quintas, André Aires Barros, Sérgio Gonçalves, Ricardo Mendes Almeida, Luís Rodrigues, Nelson Carvalho
(Hospital de Curry Cabral)

Introdução:
A Síndrome de Angelman (Happy Puppet Disease) é um distúrbio genético-neurológico nomeado em homenagem ao pediatra inglês Dr. Harry Angelman, que foi quem descreveu a síndrome pela primeira vez em 1965, causada por uma deleção ou inativação de genes críticos do cromossoma 15 herdado da mãe. A doença manifesta-se habitualmente na infância, com um quadro neuromuscular típico de ataxia, perturbações da fala, escoliose, microcefalia e défice cognitivo, atraso do desenvolvimento, epilepsia e alterações do humor e do comportamento, com fácies feliz e riso fácil. Em doentes com Síndrome de Angelman a escoliose é considerada neuromuscular, sendo na sua maioria as curvas de evolução progressiva, de padrão dorso-lombar, associado a obliquidade pélvica e a fraqueza muscular severa.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 16 anos, com antecedentes pessoais de Síndrome de Angelman, com ataxia marcada e fraqueza muscular nos membros inferiores, deambulando na maioria das vezes em cadeira de rodas. A doente apresenta escoliose neuromuscular, com evolução progressiva nos últimos anos, apresentando na avaliação pré-operatória uma curva torácica esquerda e lombar direita de 55º e 50º de ângulo de Cobb, respectivamente, o equivalente a uma curva 3C da classificação de Lenke. Foi efectuada uma fusão selectiva com instrumentação posterior com parafusos pediculares e ganchos de D2 a L5 e feita artrodese posterior com enxerto autólogo, a 22.01.2013.

Resultados:
Na avaliação radiológica pós-operatória imediata conseguiu-se uma redução do ângulo de Cobb de 55º para 10º da curva dorsal e de 50º para 7º da curva lombar. Aos 6 meses de follow-up, não existem perdas de redução nem outras complicações a referir.

Discussão:
Embora a escoliose associada à Síndrome de Angelman seja considerada neuromuscular, esta comporta-se muitas das vezes como uma escoliose idiopática, uma vez que apresentam pontos de contacto: as curvas têm padrões semelhantes; algumas curvas parecem não ter uma progressão significativa ou têm uma progressão muito lenta; parece não haver relação directa com a fraqueza muscular e o aparecimento precoce da escoliose e em fase pré-puberdade, parecem estar associados a uma maior probabilidade de progressão da curva. No caso apresentado, a correcção conseguida com a intervenção cirúrgica resultou num melhor equilíbrio em ortostatismo, sem necessidade de ajuda externa, levando a uma maior autonomia nas actividades da vida diária.

Conclusão:
Os autores pretendem alertar para a importância desta entidade clínica, pois muito embora a história natural da doença seja de prognóstico reservado, a correcção cirúrgica das escolioses com curvas progressivas por fixação transpedicular, parece resultar num incremento na qualidade de vida destes doentes.

EP54 - **Artritis Septica Cervical en un paciente con Fiebre de origen desconocido**

Diego Alejandro Rendon Diaz, Carlos Cano Gala, Javier Garcia Garcia, David Pescador
(Hospital Universitario de Salamanca)

Introdução:
La artritis séptica de las articulaciones facetarías cervicales son una entidad poco frecuente, medicamente grave, que puede condicionar un déficit neurológico. Es importante realizar una búsqueda de factores predisponentes y saber que en la mayoría de los casos se debe a una diseminación hematogena de otro foco infeccioso. La RMN es la prueba de elección en el diagnostico, extensión y detección de posibles complicaciones secundarias como el absceso epidural o para espinal A continuación se presenta un caso clínico

de un absceso facetario cervical

Material e Métodos:
Paciente masculino de 35 años quien consulta en varias ocasiones por cuadro de 2 semanas de evolución de fiebre objetiva de 38.5° y mialgias sin otro síntoma asociado que inicialmente fue tratado con antipiréticos pero con poca mejoría por lo cual se realizan diferentes pruebas diagnosticas donde se aprecia aumento de reactantes de fase aguda pero con cito químico de orina, Rx de tórax y hemocultivos negativos. A la 3 semana del inicio de los síntomas comienza con cervicalgia posterior y sensación de masa a este nivel sin déficit neurológico. Se procede a realizar estudios radiológicos adicionales como la RNM de columna cervical donde se aprecia colección cervical no tabicada a nivel de C3-C4 con claro compromiso muscular para-vertebral. Una vez realizado el diagnostico se decide realiza una punción guiada por ecografía e iniciar tratamiento antibiótico empírico el cual se redirigió con el resultado del cultivo (Estafilococo Aureus), drenaje y posterior laminectomia a este nivel con mejoría completa del cuadro clínico.

Resultados:
Luego de terminar 6 semanas de tratamiento antibiótico y descenso completo de los reactantes de fase aguda el paciente continua en revisión por nuestro servicio. Actualmente el paciente se encuentra sin ningún déficit neurológico y con resolución completa del proceso infeccioso.

Discussão:
Las patologías infecciosas cervicales son patologias graves las cuales requieren una actuación terapéutica inmediata para evitar complicaciones tan severas como el absceso epidural y posterior déficit neurológico, que en muchos casos podría llegar a ser permanente. El tratamiento se basa en el drenaje de la lesión bien sea de manera percutanea o abierta para luego realizar la respectiva fijación vertebral

Conclusão:
Es importante diagnosticar este tipo de patologías de una manera rápida para evitar secuelas neurológicas y en lo posible tratar de identificar el germen implicado para redireccionar el tratamiento a seguir.

EP55 - **HIPOPLASIA DE ATLAS, TIPO IV DE CURRARINO, COMO ORIGEN DE CERVICALGIA CRÓNICA EN LA INFANCIA**

Miguel Sanagustin Silano, Beatriz Garcia Martinez, Juan Francisco Blanco Gómez, Alberto Aso Vizan, Jorge Camacho Chacon, Antonio Loste Ramos
(HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA)

Introdução:
La hipoplasia del arco posterior a nivel de C 1 se trata de una rara enfermedad. La mayoría de estas lesiones son asintomáticas, y son hallazgos incidentales. Sin embargo en ocasiones tras traumatismos o hiperextensión brusca cervical, desencadena la sintomatología neurológica.

Material e Métodos:
Se trata de una niña de 11 años y un varón de 12, sin ningún, remitidos por un dolor occipito cervical sin traumatismo previo, de 10 y 6 semanas respectivamente de evolución. En ambos casos no existe traumatismo previo, con aparición subaguda de dolor, sin carácter progresivo y constante. El examen neurológico fue normal, sin presentar déficit sensitivo, ni motor. Presentaban dolor con la flexión y extensión cervical sin déficit asociado a la movilización. Los test de laboratorio fueron normales. En la radiografía cervical se apreció la ausencia de arco posterior con la única presencia del tubérculo, resultados que fueron confirmados mediante TAC de reconstrucción. Se completó el estudio con MRI, con ausencia de compromiso medular.

Resultados:
(anterior: caso clínico)

Discussão:
La osificación del arco posterior procede del pericondrio de las masas laterales, dándose la fusión sobre los 3-5 años de edad, puede considerarse incompleta hasta los 5-9 años; variable dentro de la normalidad. La patogenia es desconocido, si bien se ha relacionado con algunos síndromes (Turner, Down…). La incidencia es difícil de estimar y varia según series (0.69%-2.95%), resultando el tipo IV Currarino más infrecuente. Clínicamente el islote óseo posterior puede desencadenar morbilidad neurológica sobre todo con la hiperextensión, y generar molestias crónicas. El tratamiento recomendado puede ser conservador inicialmente, evitando los deportes de contacto, y quirúrgico ante la parición de mielopatía, déficit funcional o dolor crónico, con excisión del fragmento.

Conclusão:
A pesar de su baja incidencia, es una patología a tener presente en el diagnóstico diferencial de cervicalgia crónica

---

EP56 - **Fractura-luxação de C7 – o que pode corre mal?**
Tiago Pinheiro Torres, Rui Rocha, André Sarmento, Maia Gonçalves, Rolando Freitas, Daniel Saraiva
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho)

Introdução:
As lesões da coluna cervical são relativamente comuns estando associadas na maior parte dos casos a mecanismos de elevada energia. Cerca de 2 a 6% dos politraumatizados apresentam fractura da coluna cervical, sendo que apenas 40% destes doentes apresentarão défices neurológicos. De realçar que a presença de um défice focal indica a ocorrência de uma lesão cervical em quase 20% dos acidentados. No caso das fracturas-luxações cervicais que habitualmente requerem fixação interna, esta normalmente é realizada por via anterior com eventual corporectomia, discectomia e artrodese intersomática. A abordagem posterior considera-se para redução das facetas articulares.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, 25 anos de idade, vítima de acidente de viação com queixas de cervicalgia intensa com irradiação para ambos os membros superiores, não apresentando défices sensitivos ou motores destes. A TC revelou uma fractura cominutiva do corpo de C7 associada a um "cavalgamento" bilateral das articulações posteriores C6-C7 e fractura da apófise espinhosa de C6, com anterolistesis de C6 sobre C7 e insinuação de fragmentos ósseos do corpo de C7 para o canal. Foi operado de urgência tendo sido realizada uma corporectomia de C7 e fusão C6-D1 com enxerto e fixação com placa. Dois dias após a cirurgia, o doente desenvolveu um quadro súbito de tetraparésia acentuada com paraplegia, tendo repetido TC que revelou cedência dos parafusos de D1 com desmontagem e agravamento da luxação. Foi reintervencionado no próprio dia com redução da luxação, remontagem da placa cervical anterior e fixação posterior com artrodese às massas laterais em C5-C6 e pedicular em D1-D2. À data de alta, apresentava-se sem queixas álgicas e em recuperação do quadro de tetraparésia.

Resultados:
À data de alta, apresentava-se sem queixas álgicas e em recuperação do quadro de tetraparésia.

Discussão:
: Há uma série de complicações associadas a lesões da coluna cervical, sendo que a mais frequente é o não ser diagnosticada. É deste modo muito importante um alto índice de suspeição. Uma fractura-luxação de uma vertebra cervical é sempre uma lesão instável que requer tratamento cirúrgico podendo-se optar por artrodese por via anterior ou posterior ou ambas. A estabilização anterior envolve discectomia, artrodese com utilização de enxerto ósseo e fixação com placa. Relativamente a artrodese posterior, existem varias possibilidades de fixação, sendo que a estabilidade obtida a longo prazo é elevada e o resultado normalmente bom. Neste caso, trata- se de uma fractura cominutiva de C7 associada a luxação de facetas e a anteroliestese de C6 sobre C7. A redução deste tipo de fractura deverá ser realizada o mais rapidamente possível. No caso apresentado, optou-se por uma corporectomia, artrodese e fixação com placa anteriormente. A redução por esta via tem a grande vantagem de nos podermos dirigir ao disco intervertebral e resolver a grande maioria das lesões. No entanto, esta abordagem mostrou-se ineficaz pelo súbito desenvolvimento de um quadro de paresia acentuada com desmontagem da placa inferiormente. O que provavelmente ocorreu foi a não redução eficaz da luxação de facetas na primeira cirurgia. Deste modo, no segundo tempo cirúrgico optou-se por uma remontagem da placa e uma artrodese por via posterior que decorreu sem intercorrências e com recuperação quase total dos défices neurológicos prévios.

Conclusão:
As lesões da coluna cervical são causa de grande morbi-e mortalidade. Devemos suspeitar sempre de lesões da coluna cervical em casos de politraumatizados vítimas de acidente de alta cinética. Os grandes objectivos do tratamento são a protecção da medula, a estabilização e a redução da lesão. Em fracturas luxações cervicais deveremos sempre reduzir a luxação das facetas articulares e ponderar a artrodese combinada com abordagem definitiva.

EP57 - **Luxaciones Subaxiales Cervicales Inveteradas. ¿Cual es la mejor Estrategia Terapéutica?**

Adrián Gallego Goyanes, Jr Rey Caeiro, Ma Ulloa Diez, JMínguez Pino
(Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela)

Introdução:
Las luxaciones cervicales inveteradas (más de 8 semanas de evolución) presentan serias dificultades a la hora de realizar un tratamiento adecuado, como son el riesgo de producir lesiones iatrogénicas durante su reducción y la escasa y controvertida bibliografía existente a la hora de establecer la estrategia quirúrgica adecuada.

Material e Métodos:
Presentamos 2 casos de luxación cervical subaxial inveterada tratados en la unidad de raquis del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). Caso nº 1 Varón de 21 años que acude presentando una luxación C5-C6 de 18 semanas de evolución tras accidente de trafico en el que paso desapercibida, y clínica de cervicobrquialgia con radiculopatia C6 derecha. Caso nº 2 Varón de 27 años que acude por presentar Luxación inveterada C5-C6 de 12 semanas de evolución, con cuadro de cervicalgia sin clinica de afectación neurológica. En ambos casos se constataron las alteraciones anatómicas descritas por Bartels, que dificultan su reducción y estabilización. Caso nº 1 se realizo abordaje anterior extirpación del disco, abordaje posterior con facetectomia parcial, reducción e instrumentación posterior, nuevo abordaje anterior, para colocación de injerto intersomatico y placa cervical anterior. Caso nº 2 abordaje anterior, reducción y síntesis con placa y abordaje posterior y realización de estabilización posterior.

Resultados:
En ambos casos se consiguió la reducción y artrodesis del espacio afecto, desapareciendo la clinica neurológica.

Discussão:
Dadas las pocas series publicadas, así como la gravedad de la lesión, muchas veces es difícil establecer la estrategia terapeuta adecuada. Se puede realizar abordaje posterior-anterior-posterior, presentando como ventaja: mejor reducción de las facetas , pero como contrapartida: 3 cambios posicionales y el riego neurológico al manejar una luxación por vía posterior, con un disco anterior luxado .

Conclusão:
El abordaje anterior-posterior-anterior su ventaja: extirpación del disco antes de realizar cualquier maniobra, solo 2 cambios posicionales del paciente, pero como contrapartida: mas difícil conseguir una correcta reducción de las facetas articulares. Tras el análisis de los datos obtenidos de la revisión de este caso podríamos concluir que el abordaje quirúrgico de estas lesiones resulta en general difícil, pudiéndose realizar las dos técnicas anteriormente descritas, pero con la precaución de extirpar siempre la totalidad del disco intervertebral afecto antes de realizar las maniobras de corrección axial, por el riesgo de extrusión del mismo hacia canal medular. Con posterioridad a este gesto quirúrgico se procedería a una correcta liberación y reducción de las facetas articulares, siendo necesaria en ocasiones añadir osteotomías en las mismas

---

EP58 - **Piomiosite unilateral do músculo erector da coluna vertebral complicada de falência multiorgânica: caso clínico**

Filipa De Freitas, Manuel Santos Carvalho, Eurico Monteiro, André Pinho, Francisco Serdoura, Vitorino Veludo
(Hospital São João)

Introdução:
A piomiosite é uma infeção bacteriana aguda do músculo esquelético, sem fonte óbvia e que pode estar associada à formação de abcessos. O estafilococcus aureus é o microrganismo mais comumente envolvido.

Material e Métodos:
Descrevemos caso de piomiosite, unilateral, do músculos eretor da coluna vertebral, à direita, em doente sexo masculino, 53 anos de idade, imunocompetente, complicada de sépsis que evoluiu para falência multiorgânica.

Resultados:
Doente recorreu ao Serviço de Urgência (SU) num Hospital Privado por lombalgia com incapacidade funcional e mal estar geral, com cerca de uma semana de evolução. Sem défices neurológicos. Teve alta medicado com AINE's. Por agravamento dos sintomas e aparecimento de febre recorreu, novamente, ao SU onde apresentava, ao exame físico, celulite dorsal à

direita, taquicardia, hipotensão e hipersudorese. Ficou internado e medicado com ceftriaxone e azitromicina, sem melhoria. Durante o internamento desenvolveu quadro de falência multiorgânica com necessidade de técnica de substituição da função renal, pelo que foi transferido para o nosso Hospital. Foi isolado Estafilococcus coagulase negativo e MSSA em hemoculturas pelo que efectuou flucloxacilina. Na TC efectuada um mês após o início do quadro, apresentava extenso abcesso dos músculos paravertebrais à direita, de D11 a S4, que foi drenado cirurgicamente. Pós-operatório precoce complicado de instabilidade hemodinâmica, ventilatória e paragem cardiorrespiratória ao 3º dia, que se conseguiu reverter com medidas de suporte avançado de vida e sem sequelas neurológicas. Ficou medicado com Daptomicina e Meropenem com melhoria progressiva do quadro séptico, o que permitiu a sua descontinuação ao fim de 30 dias. Por melhoria clínica e analítica foi transferido para Hospital da Prelada para reabilitação.

Discussão:
A piomiosite do músculo erector da coluna como causa de lombalgia é raro, sendo de certo uma das razões do atraso no diagnóstico, no nosso caso clínico. A piomisite é rara nas pessoas imunocompetentes, como o nosso doente. Na literatura estão descritos 2 casos. A patogénese da piomiosite é multifactorial, e progride segundo 3 fases clínicas: a fase invasiva, fase pré - supurativa e fase supurativa com formação de abcesso. Quando o abcesso está formado torna-se necessário fazer a drenagem cirúrgica do mesmo, seguida de antibioterapia, no mínino de 6 semanas, dirigida para o microrganismo isolado. Se não tratada precocemente, pode evoluir para toxicidade e choque séptico, levando à morte. O nosso caso acabou bem pois o doente apesar de entrar em falência multiorgânica e ter tido paragem cardiorespiratória, conseguimos reverter a situação clínica, sem sequelas neurológicas.

Conclusão:
O diagnóstico precoce é a chave para o sucesso do tratamento, mas é normalmente atrasado pelos sintomas inespecíficos e manifestações atípicas da doença. Assim, a infecção deve ser sempre considerada quando a lombalgia está associada a sinais clínicos de sépsis.

EP60 - **Osteocondroma da coluna dorsal - a propósito de um caso clínico**

Vera Resende, Fernando Leal, Ricardo Frada, Marta Gomes, Artur Costa Neto, Artur Teixeira
(Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga)

Introdução:
Os osteocondromas, também conhecidos como "exostoses osteocartilaginosas" são dos tumores ósseos benignos mais comuns. Geralmente são encontrados no esqueleto apendicular mas, raramente, também na coluna. O osteocondroma da coluna geralente surge na região cervical e torácica. Compressão do crodão medualr é rara nas lesões solitárias, sendo mais frequente na exostose múltipla hereditária. O objetivo deste trabalho é descrever o tratamento de um osteocondroma da coluna torácica e os métodos de imagem usados no seu diagnóstico.

Material e Métodos:
História clínica, Rx, TAC, RMN e Anatomia Patológica foram revistos, literatura médica também foi revista.

Resultados:
O paciente foi tratado cirurgicamente para remoção do tumor. Os resultados foram muito bons com resolução completa das queixas de dor local e limitação da mobilidade da coluna dorso-lombar.

Discussão:
Dahlin e Unni sugerem que os osteocondromas constituem 36% dos tumores ósseos benignos. Entre 1.3 a 4.1% dos osteocondromas solitários surgem na coluna, sendo 9% dos pacientes afetados por lesões múltiplas. Pensa-se que os osteocondromas surgem por um processo de ossificação encondral progressiva de cartilagem anormal de uma placa de crescimento como consequência de um defeito congénito ou trauma. Na adolescência, os centros de ossificação secundária, que se localizam no processo espinhoso, transverso, articular e na placa terminal do corpo vertebral, são responsáveis pelo crescimento final da coluna vertebral. A cartilagem destes centros de ossificação secundária pode estar na origem de "ilhas aberrantes" de tecido cartilaginoso que causam os osteocondromas. A presença de radiculopatia e/ou mielopatia são raras manifestações do osteocondroma, e quando presentes estão comummente associadas a osteocondromas múltiplos. O défice neurológico é inevitavelmente causado pela compressão da lesão expansiva e dos elementos posteriores. Os osteocondromas da coluna são tipicamente sésseis ou pediculares, em que o córtex e esponjoso estão em continuidade com aqueles da

vértebra originária. O osteocondroma da coluna solitário é raro e raramente está associado a mielopatia e/ou radiculopatia. Mais frequentemente surgem nos elementos posteriores da coluna cervical e torácica alta. O TAC é o exame completar de diagnóstico de eleição e, em conjunto com a RMN, permite avaliar a origem, o tamanho e as características do tumor.

Conclusão:
Os osteocondromas da coluna vertebral são raros. TAC e RMN são necessários para avaliar a origem, tamanho e características do tumor. Neste caso, o tratamento cirúrgico consistiu na remoção do tumor.

EP61 - **Doença de Pott – A propósito de um caso clínico**
Pedro Sá, Bruno Alpoim, Elisa Rodrigues, Pedro Marques, Carolina Oliveira, Luís Silva
(ULSAM)

Introdução:
O primeiro caso de tuberculose vertebral (Mal de Pott) foi documentado em 1799 por Percival Pott. O envolvimento vertebral ocorre em apenas 1% dos doentes com tuberculose pulmonar (TP), mas o crescimento da TP a torna esta patologia um problema de saúde mundial, podendo acarretar morbilidade importante.

Material e Métodos:
Doente com 21 anos, sexo feminino, vem ao serviço de urgência (SU) por dorsalgias com 3 meses de evolução com agravamento progressivo. Nega traumatismo febre, bem como febre/emagrecimento recente. Ao exame objetivo verifica-se dor à palpação das apófises espinhosas da transição dorso-lombar, sem alterações neurológicas associadas. Efetuou Rx Dorso-Lombar e TC Dorsal no SU

Resultados:
O Rx revelou imagens líticas dos corpos vertebrais D8-D9-D10. O TC Dorsal demonstrou destruição lítica das vertebras D8~D9~D10 com acomentimento da parede posterior, embora com as estruturas posteriores integras e canal medular amplo, sendo provavelmente uma lesão infecciosa/metastática. Posteriormente foram realizadas duas cirurgias para estabilização/prevenção da cifose dorsal e colheita de material para realizar diagnóstico diferencial. Num primeiro tempo foi realizado uma abordagem posterior com fixação transpediculares dos níveis D6-D7 e D11-D12. Num segundo tempo cirúrgico foi realizado abordagem antero-lateral para drenagem e colocação de enxerto autólogo (costela) intersomático. Foi isolado no pús - mycobacterium tubercolosis, Iniciando terapêutica com anti-tuberculostáticos. Actualmente em seguimento na consulta externa de Ortopedia, onde se visualiza consolidação da artrodese, permanecendo doente assintómatica.

Discussão:
Foi em 1799 que Percival Pott descreveu pela primeira vez o atingimento vertebral da TP, dando origem à patologia com o seu nome – Mal de Pott. Ocorre em 1% dos casos de TP, mas a coluna vertebral é o local ósseo mais atingido, sobretudo transição dorso-lombar. A lesão básica no mal de Pott apresenta uma combinação de osteomielite e artrite, que geralmente afecta mais de uma vertebra. Pode-se manifestar por destruição óssea progressiva levando ao colapso vertebral e cifose, formação de um abcesso frio, estenose lombar por abcesso ou invasão directa da dura resultando em défices neurológicos. O diagnóstico diferencial da tuberculose vertebral com tumor primário/metastático da coluna vertebral é difícil apenas com os dados clínicos e estudo imagiológico, incluindo Ressonância Magnética (RM). A biópsia/recolha cirúrgica de material é essencial para realizar o diagnóstico diferencial. O tratamento divide-se em duas vertentes: médica e cirúrgica. A terapêutica médica consiste na administração de anti-tuberculostáticos, realizando-se a combinação clássica de rifampicina, etambutol, isoniazida e pirazinamida durante 2 meses. Após esse período, dever-se-á manter a rifampicina e a isoniazida por mais 6 meses no minino. O tratamento cirúrgico está indicado nos casos em que há défices neurológicos, estabilização da coluna vertebral quando há acometimento de mais de duas vertebras ou resistência ao tratamento médico isolado. Uma das opções é a estabilização/fusão posterior com instrumentação seguido de drenagem/descompressão anterior e fusão, sobretudo se a doente for jovem e pelo menos 3 vertebras estiverem acometidas.

Conclusão:
Actualmente assiste-se ao recrudescer da tuberculose na Europa. A tuberculose vertebral, embora rara pode ter repercussões graves, podendo apresentar clínica fruste e requerendo a maioria dos casos tratamento médico/cirúrgico agressivo.

EP62 - **Uma complicação rara na correcção de cifose lombar grave num doente com Mielomeningocelo.**
Miguel Carvalho, Jorge Mineiro, Nuno Lança, Joana Ovidio, Rita Jerónimo, José Miguel Sousa
(Hospital Dona Estefânia)

Introdução:
O doente com mielomeningocelo (também conhecido como espinha bífida), pode ter paralisia motora, sensitiva e alterações de esfíncteres abaixo do nível da lesão. Nestes casos podem coexistir outras lesões da medula espinal (por exemplo, hidromielia) ou anormalidades estruturais do cérebro (por exemplo, hidrocefalia, Arnold Chiari), que podem também comprometer a função neurológica. Anormalidades ortopédicas em pacientes com mielomeningocelo são causadas pelo desequilíbrio muscular em torno das articulações, paralisia e diminuição da sensibilidade nos membros inferiores. Alguns destes problemas são crónicos ou progressivos (por exemplo medula ancorada ou falhas na derivação ventricular), e outros podem surgir de forma aguda.. O principal objetivo do tratamento ortopédico de um paciente com mielomeningocelo é corrigir deformidades que possam interferir com a função e/ou postura. Além disso, o cirurgião ortopédico deve monitorizar o equilíbrio e deformidade da coluna vertebral. Os cuidados ortopédicos da criança com mielomeningocelo são um desafio pela presença de várias co-morbilidades médicas que devem ser tidas em conta em qualquer plano de tratamento. Por esta razão, sempre que possível, os cuidados ortopédicos devem ser integrados na planificação de equipa multi-disciplinar, trabalhando em conjunto com a neurocirurgia,cirurgia, urologia e fisiatria.

Material e Métodos:
Sexo masculino, 13 anos, com antecedentes de cifose lombar grave(>100º), bexiga neurogénica, malformação de Arnold Chiari tipo II, hidrocefalia com derivação ventriculo-peritoneal, alergia ao látex e nível sensitivo e motor T-10. Internado para redução de cifose lombar. Foi efectuado osteotomia de Uang de L2 e L3 (vertebrectomia subtotal a 2 níveis) e artrodese posterior com instrumentação T11/L1 a L4/S1. Intra-operatoriamente foi necessário resolver uma hemorragia peridural no final da cirurgia. Não foram realizadas manobras intra-operatórias que dessem origem a tracção da dura e todos as precauções foram tomadas para evitar a mesma. No pós operatório imediato não houve complicações neurológicas a registar.

Resultados:
Em termos ortopédicos obteve-se um excelente resultado com correcção da cifose lombar que apresentava ângulo inicial de 127º obtendo-se no final da cirurgia uma lordose lombar com 10º. Após 18 horas o paciente inicia um quadro com afundamento neurológico progressivo tendo-se constatado obstrução da DVP. Foi colocada derivação externa com melhoria progressiva do quadro neurológico. Após 72 horas houve novamente agravamento do quadro neurológico. A TC CE mostrou, em contexto de malformação de Arnold Chiari tipo II, o aumento de volume do 4º ventrículo e aspectos sugestivos de descompensação da hirocefalia. A RM mostrava também marcada dilatação do 4º ventrículo e do espaço sub aracnoideo, encontrando-se a protuberância comprimida e aplanada assim como toda a junção bulbo medular deformada e desviada anteriormente. Foi contactada a Neurocirurgia que efectuou descompressão cervical com laminectomia C1-C3, duroplastia e drenagem do 4º ventrículo. Houve melhoria franca e imediata do quadro neurológico tendo o doente tido alta 15 dias após a última cirurgia tendo sido referenciado para consulta externa.

Discussão:
Este caso serve como alerta sobre uma complicação rara da cirurgia da coluna em doentes com mielomeningocelo. Apesar de terem sido seguidas todas as precauções durante a cirurgia para evitar fenómenos de tracção sobre a dura a mesma pode ter ocorrido resultando num edema e fenómenos compressivos a nível cervical que podem ter causado o agravamento do estado neurológico. No entanto não se poderá excluir que o agravamento da hidrocefalia e o facto de este doente ter de base malformação de Arnold Chiari possa ter tido um papel sinergistico para o surgimento desta complicação.

Conclusão:
Os doentes com mielomeningocelo apresentam um conjunto de co-morbilidades que a qu

---

EP64 - **Exérese do Cóccix no tratamento da coccidínia: Será a solução?**
Eunice Carvalho, Vera Resende, Fernando Leal, Ricardo

Frada, Jorge Cruz De Melo, Silvio Dias
(Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga)

Introdução:
A coccidínia caracteriza-se por dor no cóccix. Constitui uma patologia pouco frequente que afecta predominantemente mulheres. Os autores realizaram um estudo prospectivo com uma amostra de 11 pacientes submetidos a exérese do Cóccix por coccidínia, e pretendem concluir sobre a eficácia da técnica no alivio sintomático desta patologia.

Material e Métodos:
Catorze indivíduos foram submetidos a exérese do Cóccix, num período entre Janeiro de 2001 e Dezembro de 2010. Destes, 11 foram reavaliados e incluídos neste estudo. A média de idade na data da cirurgia foi de 32 (15-56) anos sendo que 4 (36,4%) eram homens e 7 (63,6%) mulheres. Como antecedentes pessoais de referir sintomatologia depressiva medicada em 2 mulheres. O tempo entre o inicio da sintomatologia e a cirurgia foi superior a 12 meses em todos os casos. Quanto à etiologia, 7 pacientes referiam história de trauma e em 4 era idiopática. Todos foram tratados conservadoramente numa fase inicial, com analgésicos e antiinflamatórios orais e 4 pacientes também com infiltrações locais com anestésico e corticóide. O período mínimo de seguimento foi de 1 ano. Todos os indivíduos foram operados pela mesma equipa e submetidos a exérese total do Cóccix. Foram recolhidos dados através da consulta dos processos clínicos e entrevista telefónica. Os parâmetros avaliados foram a dor (Escala Visual Analógica - EVA) e incapacidade de permanecer na posição sentada, nos períodos pré e pós operatórios. O estudo imagiológico consistiu em radiografias sacrococcígeas nas incidências anteroposterior e perfil em ortostatismo e posição sentada. Radiologicamente verificaram-se 5 casos de subluxação anterior, 1 caso de subluxação posterior, 3 de angulação anterior com horizontalização do cóccix e 2 casos sem alterações. Quatro doentes incluídos no estudo realizaram tomografia computorizada da coluna lombar.

Resultados:
A dor foi caracterizada em média de 7 (5-8) no periodo pré-operatório tendo passado a 0 (0-3) após cirurgia. 46% (5) dos doentes referiam incapacidade para permanecer sentados por um período superior a 15 minutos antes da cirurgia. No período pós operatório 82% estavam assintomáticos, capazes de permanecer sentados sem dor por tempo ilimitado. 1 doente referia dor ligeira em determinados posicionamentos e 1 doente não melhorou. Quanto à avaliação subjectiva do resultado cirúrgico 9 caracterizaram-no como “excelente” e 1 como “bom” e 1 paciente como “ineficaz”. A única complicação a relatar é uma infecção superficial de ferida cirúrgica verificada em 1 caso que resolveu com antibioterapia. Não houve correlação entre os dados demográficos (sexo, idade e patologia depressiva) e os resultados obtidos.

Discussão:
A coccidínia é uma dor potencialmente incapacitante, que agrava na posição sentada e habitualmente surge após queda sobre o cóccix, podendo relacionar-se também com artrose sacrococcígea, tumores, irradiação de dor vertebral lombar ou ser idiopática. O tratamento não é consensual, e muitos ortopedistas são renitentes a tratar cirurgicamente estes doentes pelas complicações associadas à cicatrização e pelo receio de que o doente não melhore. Alguns autores defendem que o tratamento deve ser estritamente conservador, com analgésicos e anti-inflamatórios orais, infiltrações locais com corticóides e manipulação. Outros relatam excelentes resultados com o tratamento cirúrgico. Quando não existe uma causa traumática conhecida deve ser excluída patologia lombar. Na nossa amostra verificou-se apenas 1 infecção superficial de tecidos moles. Na literatura são relatadas taxas mais elevadas (14-27%). Acreditamos que um período prolongado de profilaxia antibiótica pós-operatória (8 dias) e cuidados de penso regulares podem ter contribuído para a baixa taxa de infecção verificada.

Conclusão:
A exérese do cóccix é um procedimento com baixa incidência de complicações e eficaz no alivio sintomático da maioria das

---

EP65 - **Avaliação clínica e funcional de 30 vertebroplastias realizadas no contexto de fractura vertebral osteoporótica**

Rcorreia Domingos, João Sarafana, João Deus Froufe, Luis Cardoso, Estanqueiro Guarda, Gomes Peres
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A osteoporose é uma doença sistémica de carácter progressivo, caracterizada pela diminuição da massa óssea e pela deterioração da microarquitectura do osso,

resultando no aumento da fragilidade óssea. Recentes estudos revelam que aproximadamente 30% das fracturas osteoporóticas ocorrem na coluna vertebral, por colapso ou implosão do osso trabecular enfraquecido, sendo que nas idades entre os 60 e os 90 anos essa incidência aumenta 10 vezes nos homens e 20 vezes nas mulheres. Apesar da maioria das fracturas vertebrais osteoporóticas serem estáveis e consolidarem em poucos meses, muitas outras associam-se a alterações estruturais importantes ou a dor intensa e refractária, obrigando a tratamento cirúrgico. A vertebroplastia percutânea (VP), injecção percutânea de cimento ósseo – polimetilmetacrilato (PMMA), tem sido cada vez mais utilizada no tratamento da fractura vertebral osteoporótica, reforçando o osso enfraquecido e aliviando significativamente a dor local

Material e Métodos:
Foi realizado um estudo retrospectivo dos doentes submetidos a vertebroplastia percutânea entre Janeiro de 2009 e Maio de 2012. Todos os doentes foram avaliados no pré-operatório com Rx e TAC da coluna dorso-lombar. A dor pré e pós-operatória foi avaliada através da escala visual analógica (VAS) e a incapacidade resultante da dor foi quantificada utilizando o índice de incapacidade de Oswestry 2.0. Questionou-se ainda os doentes sobre se voltariam a realizar o mesmo procedimento na presença de nova fractura vertebral osteoporótica dolorosa. A avaliação foi realizada por entrevista em consulta e a média de tempo entre as VP e a entrevista foi de 27 meses. Os dados foram analisados em SPSS através da realização de teste t para amostras emparelhadas, e o teste Wilcoxon (não paramétrico) sendo considerados valores de $p<0,05$ estatisticamente significativos. Como critérios de exclusão utilizámos a ausência de osteoporose ou dor, a melhoria franca da dor com a terapêutica analgésica e as VP realizadas para reforço vertebral em cirurgias com instrumentação

Resultados:
Foram avaliadas 30 VP em 18 doentes com fractura vertebral osteoporótica dolorosa. Todos os doentes eram do sexo feminino, com média de idades de 71 anos. No período pré-operatório os doentes apresentavam dor média de 9 (VAS), e uma incapacidade funcional de 86% pela escala de Oswestry 2.0. À data da entrevista clínica e com um follow-up médio de 27meses os doentes referiram apresentar uma dor média de 3 e uma incapacidade funcional média de 24%. Ambas as comparações apresentaram significado estatístico ($p<0,05$). Na interpretação do índice de Owestry 2.0 destaca-se que 12 casos (66%) tiveram resultado considerado excelente. Dos doentes estudados 87.5 % responderam afirmativamente, face à vontade de submeterem a uma nova VP em caso de nova fractura.

Discussão:
Os resultados obtidos na nossa série demonstram claramente uma redução da dor e um aumento da capacidade funcional do doente após realização de vertebroplastia. Todos os doentes intervencionados em apenas uma vértebra obtiveram resultados funcionais avaliados como excelentes. Os dois doentes em que não houve melhoria pós-operatória, corresponderam em ambos os casos, a vertebroplastias realizadas em mais do que 2 vértebras. A vertebroplastia percutânea (VP), corresponde então, a um procedimento cirúrgico de grande eficácia no tratamento da fractura vertebral osteoporótica, tendo como objectivo primordial o tratamento da dor e não a correcção da deformidade

Conclusão:
Os resultados obtidos na nossa casuísta estão de acordo com os referenciados nas melhores séries da literatura actual e mostram claramente a importância da VP na melhoria da dor e da incapacidade provocada pelas fracturas vertebrais.

EP66 - **Caso Clínico: Osteotomia de subtracção pedicular em paciente com desequilíbrio sagital acentuado**

Renato Neves, Daniel Soares, Luis Costa, Paulo Costa, Seabra Lopes, António Oliveira
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António)

Introdução:
Os desequilíbrios no plano sagital são uma causa cada vez mais reconhecida de dor e incapacidade nos doentes com patologia da coluna vertebral. Trabalhos recentes apontam o desequilíbrio sagital como o indicador radiográfico mais importante do estado de saúde e qualidade de vida do adulto com deformidade da coluna. Nos doentes acometidos, as queixas mais frequentes são a dor, a fadiga muscular, a sensação de desequilíbrio (que leva a quedas frequentes), a necessidade de adoptar posturas compensatórias e, nos casos mais graves, a incapacidade de manter o olhar

horizontal. Nas situações de deformidade avançada, o tratamento conservador tem um papel limitado, sendo a correcção cirúrgica o método de eleição para restaurar o balanço e aliviar os sintomas.

Material e Métodos:
Os autores descrevem o caso de um paciente do sexo feminino, de 51 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo, observada em consulta por queixas de dor lombar, cansaço e preocupação com a auto-imagem. Ao exame clínico, exibia uma acentuada projecção anterior do tronco, associada a perda da lordose lombar ("flat back"), o que obrigava ao uso de bengala como auxiliar de marcha e à flexão dos joelhos para manter o olhar horizontal. Radiograficamente, apresentava um desequilíbrio sagital grave, com desvio anterior da linha de prumo de C7 superior a 23cm. A doente foi submetida a uma osteotomia de subtracção pedicular de L3, associada a instrumentação pedicular de D10 a S1 e parafusos de fixação aos ilíacos. A cirurgia e evolução pós-operatória decorreram sem intercorrências.

Resultados:
A intervenção cirúrgica permitiu restabelecer o equilíbrio sagital, passando a doente a assumir uma postura normal em ortostatismo, a que se associou melhoria das queixas clínicas. Radiograficamente, verificou-se uma correcção completa do desequilíbrio, sem desvio anterior significativo da linha de prumo de C7 (1cm). Actualmente, passados 8 meses da cirurgia, a doente manifesta-se satisfeita com os resultados obtidos.

Discussão:
Independentemente da abordagem ou técnica utilizadas, o objectivo das osteotomias vertebrais para correcção de desequilíbrios sagitais passa pela obtenção de uma artrodese em posição adequada, que permita realizar as actividades diárias sem grande dispêndio de energia. No caso apresentado, os resultados conseguidos foram encorajadores, o que vem reiterar o interesse desta técnica cirúrgica, em doentes seleccionados. No entanto, as osteotomias associam-se a uma percentagem significativa de complicações, que segundo alguns autores aproxima-se dos 40%. Estas incluem a ocorrência de lesões neurológicas, ruptura de grandes vasos, evolução para pseudartrose, falência do material ou infecção da ferida operatória. Estas complicações devem levar o cirurgião a ponderar bem os riscos/benefícios deste tratamento e a discuti-los com o paciente, de forma a que este tome uma decisão livre e informada.

Conclusão:
Atendendo à reconhecida importância do balanço sagital na manutenção de um bom estado de saúde, com qualidade de vida, é determinante que o cirurgião de coluna não negligencie este tema na sua prática clínica diária. Só um conhecimento profundo dos parâmetros que definem um normal alinhamento espino-pélvico, o domínio das técnicas cirúrgicas disponíveis e uma elevada experiência permitem restabelecer com sucesso o normal balanço sagital.

EP67 - **What shall we do for the treatment of symptomatic lumbar scoliosis in the adult**
Jorge Mineiro, Lbarroso, Jcannas,
()

Introdução:
There is no literature evidence about adequate treatment of painful adult scoliosis, neither for conservative nor operative therapy. Patients with long lasting back and leg pain that do not respond to conservative treatment are candidates for surgery. However localizing the source of pain seems to be one of the key issues when planning a surgical option and the surgeon must be aware of the pros and cons of the different solutions available to help these unfortunate active patients. We present four cases with this condition where an unusual operative solution was taken.

Material e Métodos:
the authors reviewed four patients with lumbar/ thoraco-lumbar scoliosis that were referred to the clinic after >6 months of failed conservative treatment for low back pain with dynamic radiculopathy. Gender was female in all cases and the mean age was 39y (34-45).

Resultados:
The mean follow was 46 months(6-84). On the pre-op assessment all patients were active sports wise, engaged on routine daily gym activities. The pre-op ODI was 81(74-94) and VAS was 7(5-9). We have looked at the spino-pelvic parameters in particular at pre-op coronal imbalance of 16mm(0-28) and 0mm in the saggital alignment. As far as the scoliosis were concerned, there were two Lenke 5C, one 4C and one 2A with a mean lumbar cobb angle of 36º. In the pre-op

work up two patients underwent provocative discography in the lumbar spine. Three patients underwent a single L4L5 anterior and posterior fusion with percutaneous pedicle screws and an anterior fusion through aretroperitoneal approach and a cage filled with autologous bone graft and another patient had a two level total disc arthroplasty at L4L5 and L5S1. Post-op at the last FU all patients remained active with the same physical activity, the two younger ones had children by normal vaginal delivery and the mean improvement in pain and functional score was 59% in the ODI and 4.3 for the lumbar VAS. Dynamic radiculopathy settled in all patients. On post-operative assessment of the spino pelvic alignment there were no changes and the spines remained well balanced in the saggital plain and in the coronal the same figures of mean 1.6mm off the central sacral line. As far as the lumbar cobb angle was concerned there no improvement or aggravation on the curve magnitude at the last FU clinic. All patients would have taken the same decision regarding surgery if faced with the same clinical picture.

Discussão:
When global balance of the curve is satisfactory and the source of back and leg pain can be identified, a limited surgical intervention may be appropriate. Focused surgical approaches present less surgical morbidity and represent an attempt to preserve lifestyle and activity levels that would likely be precluded with a definitive fusion of the entire curve. We do know that lumbosacral fusions are fought with distress due to the fact that they are complex procedures with a high complication rate.

Conclusão:
Active adults patients with lumbar curves and localized back pain remain a challenge for the spine surgeon. Although not addressing the main spinal deformity, patients' quality of life can be improved by focused surgical procedures that help low back pain and preserves the same level of physical activity, leaving all other more aggressive options for a later stage in life whenever needed.

EP68 - **Balanço Sagital - Importância da sua aplicação na prática clínica**

Renato Neves, Daniel Soares, Luis Costa, Paulo Costa, Seabra Lopes, António Oliveira
(Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António)

Introdução:
Trabalhos recentes têm demonstrado que o balanço sagital é o parâmetro radiográfico que mais fortemente se correlaciona com o estado de saúde e qualidade de vida em adultos com deformidades da coluna vertebral. No entanto, apesar da sua importância e crescente divulgação nos últimos anos, são ainda poucos os cirurgiões que na sua prática clínica tomam este tema em consideração e adaptam o gesto cirúrgico às características individuais do balanço espino-pélvico dos pacientes.

Material e Métodos:
Baseando-se numa pesquisa bibliográfica do tema, os autores fazem uma breve introdução, reportando-se às alterações evolutivas que ocorreram desde os primatas até ao Homem (dando enfoque às diferenças biomecânicas resultantes da morfologia da bacia e coluna lombar). Citam a importância de um balanço espino-pélvico harmonioso, fazendo referência aos parâmetros que o definem e indicando os métodos que os permitem aferir na prática clínica. Mencionam os desvios patológicos no plano sagital, indicando os sintomas e sinais a eles associados. Explicam os vários mecanismos compensatórios de adaptação biomecânica e os factores agravantes. Enumeram as causas que podem motivar desequilíbrios sagitais (congénitas, degenerativas, inflamatórias, infecciosas, traumáticas, iatrogénicas).

Resultados:
Os autores estabelecem ainda a relação entre a variabilidade interpessoal dos parâmetros pélvicos (incidência pélvica, inclinação sagrada e versão pélvica), e os diferentes tipos de patologia degenerativa lombar a que predispõem. Fazem referência aos cuidados a ter por parte do cirurgião para manter ou reconstituir o normal balanço sagital e dos obstáculos que mais frequentemente impedem essa concretização. Finalmente, são descritas as opções terapêuticas disponíveis para correcção de desvios sagitais graves, assim como as suas indicações, complicações e resultados descritos.

Discussão:
Pretende-se, com este trabalho, alertar o ortopedista para a importância da aplicação clínica dos conceitos de balanço sagital.

Conclusão:
Através de uma visão abrangente do tema, baseada na literatura publicada e focada na prática clínica, os autores esperam alertar para matérias que levem a uma alteração da conduta por parte do cirurgião de coluna.

EP69 - **Discectomia e Artrodese Cervical Anterior com PeeK cage em Doentes com Radiculopatia cervical: Revisão Clinica e Imagiológica**

Nuno Camelo Barbosa, Luis Torres, Joana Cardoso, Paulo Araujo, Edgar Meira, Hugo Aleixo (ULSM)

Introdução:
O estudo retrospectivo teve como objectivo verificar a existência ou não de associação entre o outcome clínico com a diminuição do espaço intervertebral intervencionado após 1 ano de cirurgia em doentes com radiculopatia cervical pura.

Material e Métodos:
Analisamos retrospectivamente todos os doentes sujeitos a ACDF por radiculopatia cervical pura realizados na nossa instituição desde 2009 (n=33), com Peek cage 1/2 níveis com follow up mínimo de 1 ano. Foi realizada avaliação imagiológica dos Rx perfil em posição neutra pré-operatório, pós operatório imediato e pos operatório 1 ano.Todos os doentes realizaram RMN no pré-operatório. Foi realizada medição da lordose cervical , altura intervertebral do nível e avaliada a existência ou não de subsidence. Clinicamente os doentes foram avaliados da seguinte forma: a dor no pescoço e membro superior foram medidas utilizando o Visual Analogue Scale (VSA), a funcionalidade foi avaliada com o Neck Disability Index (NDI). O outcome clínico geral foi determinado utilizando os critérios de Odom´s . A analise estatística foi usada para caracterizar a amostra e resumir os achados clínicos.

Resultados:
21 doentes com follow up mínimo de 1 ano foram analisados clinicamente. A artrodese foi realizada num único nível em 14 doentes , e em 2 níveis em 7 doentes. Posoperatoriamente o score médio do Neck Disability index foi de 9,38; relativamente à classificação de Odom´s a maioria (71.4%) apresentou resultado favorável; 80,95% estão satisfeitos com o resultado obtido. Radiograficamente verificou-se melhoria da lordose cervical , a média da lordose pós operatória foi de 41,18º não se registou perda da lordose ou cifose cervical. Ao final de 1 ano de follow up registou-se uma diminuição da altura intervertebral média de 12.83%. O grupo satisfeito com o resultado clínico (=16) apresentou menor diminuição do espaço intervertebral (11.77%) face ao grupo insatisfeito (14.63%).

Discussão:
A maioria dos pacientes com espondilose cervical responde bem a tratamento conservador. No entanto quando tal não se verifica, a discectomia e artrodese cervical anterior (Anterior Cervical Discectomy and Fusion -ACDF) é o tratamento preferencialmente utilizado em doentes com radiculopatia e mielopatia cervical. O objectivo da ACDF é a descompressão do nervo afectado através da reposição da altura intervertebral e do espaço inicial do neuroforamen. Muitos autores demonstraram que até 90% dos pacientes têm melhorias sintomáticas com esta técnica cirúrgica. Estudos recentes demonstram taxas de fusão próximas de 100% mesmo com a utilização de aloenxerto . Apesar do seu sucesso, têm sido reportadas complicações associadas ao procedimento nomeadamente : pseudartrose, falha do implante, subsidence e recentemente doença dos níveis adjacentes ao segmento artrodesado .O procedimento Gold standard para a ACDF tem sido a artrodese com autoenxerto de crista iliaca . Este é um procedimento relativamente seguro e com poucas complicações. No entanto a alta morbilidade no local dador de crista iliaca tem levado a que muitos cirurgiões optem pela ACDF com cage artificial. A nossa equipa cirúrgica optou pela transição de AICG para cage artificial PEEK . Neste trabalho tentamos avaliar em doentes com radiculopatia pura a progressão da altura do espaço intervertebral abordado cirurgicamente e verificar a sua relação com os outcomes clínicos obtidos.

Conclusão:
A realização de ACDF nos doentes com radiculopatia cervical pura demonstrou ter bom outcome clínico . Verificou-se tendência para uma maior diminuição do espaço intervertebral em doentes com pior outcome clínico no entanto sem significância estatística.

EP70 - **Planeamento de implantes e de instrumentos cirúrgicos à medida usando um modelo de imagem tridimensional**

Miguel Marta, Tiago Marques, Mário Vaz, Rui Pinto
(São João)

Introdução:
Os implantes usados tradicionalmente são apresentados ao cirurgião ortopédico em formas e tamanhos pré-definidos, nem sempre adaptados ao caso clínico em concreto. A forma tradicional de adaptação do implante necessita da realização de um estudo imagiólogico em TC ou RM, e um processo metalúrgico custoso e demorado. Aproveitando o facto de no planeamento cirúrgico destas situações complexas se dispor já de uma imagem manipulável em 3D, desenvolveu-se um método de aplicação directa da imagem inicial ao planeamento cirúrgico e à realização do implante a utilizar na cirurgia. O método é também aplicável à realização de instrumentos cirúrgicos adaptados a cada caso clínico.

Material e Métodos:
O planeamento pré-operatório foi realizado a três dimensões, a partir de imagens bidimensionais, num software desenvolvido com este intuito. Neste sistema computorizado é permitida a análise da imagem médica, seu tratamento, manipulação e eventual introdução de implante ortopédico. Usou-se a informação disponível de doentes operados no nosso Hospital, dos quais temos acesso ao estudo pré-operatório, planeamento operatório e avaliação pós-operatória. A informação foi obtida de forma anónima. Escolheu-se um caso clínico de um doente com antecedentes de doença displásica da anca, com múltiplas cirurgias correctivas e necrose da cabeça do fémur, e a quem foi proposto uma artoplastia total da anca, para validar este modelo Este caso foi escolhido como modelo de demonstração do método pela necessidade de obtenção de um implante realizado à medida da sua deformidade. O implante foi desenvolvido num sistema de modelação computorizada 3D, e fabricado posteriormente usando um método de impressão 3D, em metal. Com métodos metalúrgicos correntes é possível fazer no implante o tratamento de superfície que se considerar adequado (por exemplo o revestimento com hidroxiapatite). Por se tratar de um trabalho de investigação em fase inicial, não se apresentam ainda resultados da aplicação clínica do método. A prótese obtida não foi implantada.

Resultados:
São apresentados os passos e o resultado final do planeamento computorizado 3D, incluindo o desenho do implante, tendo-se reproduzido a abordagem teórica realizada inicialmente. Como este é um caso que visa demonstrar como é possível modificar um processo clinico que é geralmente padronizado, foram ainda desenvolvidos os instrumentos específicos para a cirurgia. Estas ferramentas são realizadas pelo mesmo método de realização do implante, são únicas e de uso também único para o caso em questão. É ainda apresentada a análise económica de todo o processo.

Discussão:
O objectivo pretendido com este projeto foi o de demonstrar a capacidade de realização, de forma simplificada, de implantes e de instrumentais cirúrgicos adaptados ao paciente a tratar. A maioria dos nossos pacientes é tratada eficazmente com implantes padronizados. Os casos particulares necessitam de implantes adaptados. À medida que os métodos de fabrico evoluírem poderemos vir a usar soluções adaptadas a cada doente. A análise económica mostra-nos que este é um método que poderá vir a ser cada vez mais usado no futuro.

Conclusão:
O método proposto permite a simplificação da análise dos casos mais complexos, sendo uma mais-valia para os mesmos. Um método de planeamento totalmente baseado em imagem 3D é mais intuitivo para o cirurgião e consegue ser directamente transposto para um processo de fabrico de implantes por medida.

EP71 - **Associação entre aumento de IFOCO e Anemia. Estudo Coorte prospectivo**

Ricardo Mota Pereira, Rita Santa Bárbara, Diana Henriques, Celine Marques, Inês Tellechea, Alexandra Resende
(Santa Maria)

Introdução:
Apesar da sua grande heterogeneidade, a população de doentes com indicação para cirurgia ortopédica apresenta um risco aumentado de Infecção da Ferida Operatória (IFO). Entre os diversos factores de risco conhecidos, um baixo valor perioperatório de hematócrito (<39%), assim como a ocorrência de

necessidade transfusional, desempenham um papel determinante. O objectivo deste estudo é avaliar o efeito de valores baixos de hematócrito, assim como da variabilidade perioperatória de hematócrito (HtcCV) na incidência de IFO no primeiro mês pós-operatório em doentes submetidos a cirurgia ortopédica.

Material e Métodos:
Um estudo de Coorte prospectivo e observacional foi conduzido no bloco operatório do Serviço de Ortopedia entre Maio e Dezembro de 2012. Foram excluídos os doentes que apresentavam um dos seguintes critérios: recusa em participar, idade inferior a 18 anos, grávidas, diagnóstico prévio de IFO, cirurgia ambulatória ou incapacidade de dar consentimento informado quer por alterações cognitivas, quer por barreiras linguísticas. A infecção da ferida operatória foi diagnosticada de acordo com os critérios do CDC e do Plano Nacional de Saúde. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, 307 doentes foram recrutados. Para cada doente, foram obtidos valores de hematócrito pré-operatório (baseline), às 2 e às 24 horas pós-operatórias. O Coeficiente de variabilidade (HctCV=HctSD/HctMean*100) e o valor mínimo de Hematócrito (HctMin) foram calculados. A estratégia intraoperatória transfusional não foi influenciada pelo objectivo principal do estudo, pelo que foi adoptada uma terapêutica liberal (doentes transfundidos se apresentassem valores de hemoglobina < 9 g/dL). O outcome primário foi definido como a correlação entre a variabilidade perioperatória de hematócrito e IFO. Os outcomes secundários foram 1) correlação entre o valor baseline de hematócrito e IFO; 2) correlação entre o valor mínimo absoluto de hematócrito (HctMin) e IFO. A análise preliminar univariada usada para determinar potenciais predictores incluiu testes paramétricos e não paramétricos two-tailed. Os dados categóricos foram analisados através do Teste exacto de Fisher (two-sided) e as variáveis continuas com os testes T Student e Mann-Whitney ($p<0.05$).

Resultados:
Não foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre o aumento da variabilidade perioperatória do hematócrito e a ocorrência de IFO ($p=0.561$). Do mesmo modo, nem o valor baseline de hematócrito ($p=0.111$), nem o valor mínimo absoluto de hematócrito ($p=0.957$) estiveram correlacionados com aumento de risco de IFO. No entanto, constatou-se que a prevalência de anemia pré-operatória (baseline <39%), definida de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde, foi de 40,5%. Apesar de não constituir um outcome primário, através de análise post-hoc, observou-se que os doentes que receberam terapêutica intraoperatória transfusional apresentaram maior risco de IFO ($p=0.025$).

Discussão:
Apesar de a anemia estar consistentemente associada a piores outcomes, não encontrámos associação entre o aumento da variabilidade perioperatória de hematócrito e a ocorrência de IFO até 1 mês pós-operatório em doentes ortopédicos. No mesmo sentido a ausência de correlação entre os HtcMin e IFO poderá ser explicada pela estratégia transfusional liberal adoptada. No entanto, 40,5% dos doentes apresentarem valores baseline de hematócrito abaixo dos 39%. Este facto levanta questões relativas à necessidade de adopção de estratégias de optimização pré-operatória dos doentes que poderão contribuir para a prevenção da ocorrência de IFOCO.

Conclusão:
Ao contrário do aumento de variabilidade perioperatória de hematócrito, a necessidade de terapêutica transfusional intraoperatória esteve associada a aumento de incidência de IFO em doentes submetidos a cirurgia ortopédica. A adopção de estratégias pré-operatórias de optimizaç

EP72 - **IFOCO - Infeção da Ferida Operatória em Cirurgia Ortopédica: Estudo Coorte Prospetivo**

Rita Santa Bárbara, Ricardo Mota Pereira, Céline Marques, Diana Henriques, Inês Tellechea, Alexandra Resende
(Hospital Santa Maria)

Introdução:
A infeção da ferida operatória é uma das causas mais comuns de comorbilidade nos doentes cirúrgicos, ocorrendo entre 1 e 5% das cirurgias ortopédicos (IFOCO). Em Portugal não se conhece a incidência de IFOCO, nem são conhecidos estudos de Coorte prospetivos para caracterizar os fatores de risco. O presente trabalho pretende determinar a incidência de IFOCO e ser um estudo exploratório na determinação de potenciais fatores de risco de IFOCO. A realização deste estudo permitirá, no futuro, desenvolver uma metodologia de vigilância e de referenciação dos doentes com IFOCO.

Material e Métodos:
Após aprovação da Comissão de Ética da Comissão Nacional de Proteção de Dados realizou-se um estudo de Coorte prospetivo de doentes propostos para cirurgia ortopédica, em regime de internamento. Foram excluídos os doentes que apresentavam um dos seguintes critérios: recusa em participar, idade inferior a 18 anos, grávidas, diagnóstico prévio de Infeção da ferida operatória (IFO), cirurgia ambulatória ou incapacidade de dar consentimento informado quer por alterações cognitivas, quer por barreiras linguísticas. A infeção da ferida operatória foi diagnosticada de acordo com os critérios do CDC e do Plano Nacional de Saúde. Como objectivo principal, pretendeu-se determinar a incidência de IFO aguda até 1 mês de pós operatório e como objectivo secundário caracterizar a IFO.

Resultados:
Entre Maio e Dezembro de 2012 foram incluídos 307 doentes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e após assinatura de consentimento informado. O estudo compreendeu doentes predominantemente do sexo feminino (52,7%), com idade média de 59,74±18,154 anos, 57,5 % com classificação ASA 2. Foram diagnosticados 25 doentes com IFO (8,1%), das quais 16 (64%) eram superficiais, 3 (12%) profundas e 6 (24%) orgão/espaço. No momento do diagnóstico 96% (24) apresentavam dor localizada; 36% (9) febre; com pus local em 18 (72%) doentes e com scores de ferida operatória 2-4. O intervalo de tempo entre a cirurgia e o diagnóstico da IFO foi em média 17,76 dias (mínimo 5 e máximo 31 dias). Foram isolados agentes em 48% (12) destacando-se Gram – 28% (7), Gram+ 16% (4) e fungos 4% (1). Em 36% dos doentes houve necessidade de reinternamento hospitalar e 44% foram submetidos a cirurgia de limpeza cirúrgica.

Discussão:
Verifica-se neste estudo uma incidência de IFOCO superior ao esperado (8,1% versus 1-5%), com os restantes resultados relativamente concordantes com os já encontrados em estudos anteriores. A infeção da ferida operatória é um dos tipos de infeção mais frequente e está associada a um prolongamento significativo da hospitalização, com consequente aumento exponencial dos custos para os cuidados de saúde.

Conclusão:
Com este estudo, será possível reconhecer os fatores de risco para IFOCO e adoptar estratégias profiláticas que possam minimizar as morbilidades associadas.

EP73 - **INFLUÊNCIA DA DINÂMICA DE BLOCO OPERATÓRIO SOBRE A INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA EM CIRURGIA ORTOPÉDICA**

Céline Marques, Ricardo Mota Peireira, Emanuel João, Diana Henriques, Jorge Jesus, Alexandra Resende
(Centro Hospitalar Lisboa Norte)

Introdução:
A infecção de ferida operatória (IFO) corresponde à infecção nosocomial mais frequente em doentes cirúrgicos, estando associada a importante morbi-mortalidade. A maioria das IFO resultam da contaminação pela flora específica de cada doente, podendo, no entanto, ser causadas por contaminantes do ar, cujos níveis estão dependentes de diversos factores relacionados com a dinâmica do bloco operatório, entre os quais o número de pessoas presentes. O objectivo primário deste estudo foi correlacionar o desenvolvimento de IFO com a mudança de equipas de enfermagem e/ou anestesia durante a actividade cirúrgica. Existiram ainda objectivos secundários, nomeadamente: correlacionar tempo operatório e risco de IFO; IFO e número de elementos presentes na sala; correlacionar IFO com o número de elementos no campo cirúrgico.

Material e Métodos:
Realizou-se um estudo de coorte, prospectivo, observacional no qual foram incluídos 713 doentes consecutivos propostos para cirurgia ortopédica entre Maio-Dezembro de 2012. Constituíram critérios de exclusão idade inferior a 18 anos, cirurgia de ambulatório, cirurgia prévia para resolução de IFO, barreira linguística, limitação cognitiva e recusa em participar. A IFO foi diagnosticada de acordo com os critérios da Center Disease Control e do Plano Nacional de Saúde. Após aplicação dos critérios de inclusão, foram recrutados um total de 307 doentes. Os doentes foram avaliados prospectivamente no internamento, uma semana e um mês após a alta. A análise univariada preliminar dos dados para determinar potenciais preditores incluiu testes paramétricos e não paramétricos. Os dados categóricos foram avaliados através do teste exacto de Fisher e Qui-quadrado. As variáveis contínuas foram comparadas com recurso aos testes t de Student ou Mann-Whitney ($p<0,05$). Posteriormente foi realizada uma regressão logística de

variáveis para determinar variáveis independentes na predição de IFO.

Resultados:
Observou-se a ocorrência de mudança de equipas em 67 cirurgias (21,8%). Os elementos presentes na sala operatória foram, em média 7,86 (mín:6, máx:12); os elementos presentes no campo cirúrgico foram em média 3,16 (mín:2, máx:7). Relativamente ao tempo operatório, 116 doentes foram operados em 1º tempo, 80 em 2º tempo, 71 em 3º tempo, 28 em 4º tempo e 4 em 5º tempo operatório. Em último tempo operatório foram intervencionados 63 doentes (21,1%). Da análise univariada, as variáveis tempo operatório - TempOp (p = 0,019), e cirurgia em último tempo (p = 0,002), apresentaram relação estatística com a presença de IFO. Na regressão logística verificou-se relação estatisticamente significativa entre a IFO e cirurgias realizadas em último tempo operatório (p = 0,001) com RR de 4,036 (1,760-9,364)

Discussão:
Com este estudo, demonstramos haver uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de IFO e o tempo operatório. Assim, constatou-se um aumento de risco de IFO em doentes intervencionados em último tempo quando comparado com os de primeiro tempo (p= 0,002). Este facto pode ser devido a alterações das condições ambientais da sala operatória, assim como a fadiga dos profissionais de saúde com perda do rigor nas condições de assepsia. Ao contrário de outros trabalhos, não encontrámos diferença estatisticamente significativa entre o aumento da ocorrência de IFO e o número de elementos presentes na sala, no campo operatório, bem como com a necessidade de mudança de equipa durante o procedimento.

Conclusão:
Este estudo é relevante porque demonstra, pela primeira vez, que o tempo operatório está associado a um aumento do risco de ocorrência de infecção da ferida operatória em cirurgia ortopédica (IFOCO

EP74 - **Um factor de risco modificável na prevenção da Infeção da Ferida Operatória (IFO)**
Rita Santa Bárbara, Inês Tellechea, Marlene Monteiro, Joana Alves, Emanuel Almeida, Alexandra Resende
(Hospital Santa Maria)

Introdução:
A incidência de IFO após cirurgia ortopédica varia entre 0,67% e 6% e está associada a um prolongamento do internamento, aumento da taxa de readmissões e dos custos em cuidados de saúde. A relação entre o tabagismo e a IFO tem sido descrita na literatura. O mecanismo responsável por esta associação parece ser o efeito adverso do tabaco na oxigenação dos tecidos, comprometendo a cicatrização e a defesa imunológica, contribuindo para a infeção. O objectivo deste estudo foi determinar a incidência de IFO em fumadores submetidos a cirurgia ortopédica e verificar se existe relação entre as duas variáveis.

Material e Métodos:
Após aprovação pela comissão de ética do hospital, foi realizado um estudo de coorte prospectivo com doentes propostos para cirurgia ortopédica eletiva em regime de internamento com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos grávidas e doentes com incapacidade de dar o consentimento informado. Os dados foram colhidos entre 1 de Maio e 31 de Dezembro de 2012. A IFO foi diagnosticada de acordo com os critérios do Centers for Disease Control and Prevention e do Plano Nacional de Saúde e foram considerados fumadores todos os doentes que tinham consumo diário de tabaco até à data do internamento. O outcome primário foi estabelecer uma associação entre a incidência de IFO aguda (até 1 mês após cirurgia) e o tabagismo. Para análise estatística foi utilizado o teste exato de Fisher (p<0,05).

Resultados:
Foram incluídos no estudo 307 doentes, 52,7% do sexo feminino, idade média 59,74 (±18,15) e 18,8% de fumadores. A incidência de IFO foi 24% no grupo dos fumadores e 7,8% no grupo dos não fumadores. A análise estatística mostrou uma relação estatisticamente significativa entre o tabagismo e a infeção da ferida operatória (p=0,038, OR 2,645 (1,140-6,135)).

Discussão:
Existe uma relação entre o tabagismo e a incidência da IFO. Verificou-se uma incidência muito elevada de IFO em fumadores (24%). Os resultados encontrados são concordantes com estudos anteriores. Warner et al. revela que apenas 58% dos cirurgiões e 30% dos anestesiologistas aconselham rotineiramente a cessação tabágica antes do procedimento cirúrgico. Isto deve-se provavelmente à desvalorização dos efeitos do tabaco nas complicações do pós-operatório. Moller et

al. estudou o efeito de um programa de intervenção na cessação tabágica durante seis a oito semanas em fumadores submetidos a artroplastias e encontrou uma redução significativa na IFO. Por outro lado, um período de abstinência tabágica antes da cirurgia, ainda que temporária, pode aumentar a confiança dos doentes na sua capacidade de deixar de fumar.

Conclusão:
É fundamental reconhecer o tabagismo como um fator de risco acrescido para complicações no pós-operatório. Sendo um fator de risco modificável, é um dever do médico recomendar a cessação tabágica no pré-operatório.

EP75 - **TRATAMIENTO DOMICILIARIO POSTQUIRURGICO EN CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA**
Miguel Angel Hernan Prado, Ana Sofia Neves Teixeira, Elena Martin Flores, Rafael Llopis Miro
(Hospital Universitario Santa Cristina)

Introdução:
Los programas de CMA permiten que el paciente vuelva a su domicilio el mismo día de la intervención, disminuyendo los niveles de ansiedad y reduciendo los indices de infección . Sin embargo, ofrecen dificultades en el seguimiento del tratamiento prescrito: se desconoce el cumplimiento terapéutico, la efectividad, los efectos adversos y si la información recibida ha sido clara y suficiente. El control de la analgesia debe ser un objetivo primordial para el confort del paciente en el postoperatorio, especialmente en los pacientes de traumatología.

Material e Métodos:
Se formó un grupo de trabajo con los Servicios de Farmacia, Anestesia y Traumatología para la implantación de un kit de medicación postoperatoria que se entregaba al paciente antes de irse a su domicilio tras la intervención de CMA. El kit viene precintado de Farmacia, con el nombre, fecha y numero de quirófano. Dentro de él se encuentran indicaciones precisas de como administrar cada fármaco y sus efectos adversos. Se definieron diferentes protocolos de tratamiento que son modificados anualmente. Desde Enero de 2010 hasta Enero de 2013 se han dispensado kits a 2948 pacientes. En el último corte se analizaron 204 pacientes. Se monitorización los resultados farmacoterapéuticos y los efectos secundarios durante la primera semana mediante llamada telefónica a las 24, 48h y a los 7 días.

Resultados:
Las intervenciones realizadas fueron principalmente artroscopias de rodilla (73) y deformidades del antepié (131). Se ha comprobado un alto grado de cumplimento del tratamiento de entre 90-95% a lo largo de la semana. Un 90% de los pacientes considera estar satisfecho o muy satisfecho con el tratamiento analgésico recibido, a pesar de los efectos secundarios que había provocado el empleo de algunos fármacos (nauseas y mareos en un 28%). Sólo un 15% presentaba un EVA =7 a las 24h. El 90% considera estar satisfecho o muy satisfecho con la información recibida sobre su tratamiento. El coste de cada kit para el hospital es de 13..81-14.10 euros. El coste medio de la medicación mediante receta es de 58.14 euros. Se consigue un ahorro en cada paciente de 44.14 euros.

Discussão:
El empleo del kit de medicación garantiza que el paciente dispone de la medicación necesaria para su tratamiento en las cantidades justas y con una adecuada información para su uso. Mejora la seguridad de aplicación y evita su acumulación innecesaria.

Conclusão:
La entrega del kit de medicación mejora el control del dolor y la calidad percibida por el paciente que no tiene que desplazarse para su adquisición. Supone un importante ahorro farmacéutico para el Hospital.

Joelho

EP76 - **Joelho de Charcot: a propósito de um caso clínico**
Alfredo Figueiredo, Marcos Carvalho, Sandra Santos, Rui Ferreira, Carlos Alegre, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
A artropatia neuropática ou articulação de Charcot é uma forma de artropatia degenerativa que se desenvolve quando há compromisso de inervação sensitiva, propriocetiva e do controlo motor fino. O processo degenerativo artropático é progressivo e culmina na destruição articular com reabsorção e deformidade ósseas. A sua etiologia inclui patologias como Diabetes Mellitus, neuropatia alcoólica, lesão medular, paralisia cerebral, neurosífilis e injecções intra-articulares repetidas de corticóides.

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso de um doente com neurosífilis diagnosticada cerca de doze anos antes e referindo história de gonalgia direita de tipo mecânico que se apresentou à consulta com joelho edemaciado, deformado em valgo, com instabilidade marcada, reflexos osteo-tendinosos abolidos e reflexo cutâneo-plantar em extensão à direita. O doente foi submetido a exames radiográficos que evidenciaram subluxação articular e destruição óssea importante das extremidades de fémur e tíbia, consolidando o diagnóstico de artropatia neuropática ou joelho de Charcot. Realizou-se cirurgia com artrodese em compressão com fixador tubular externo em barras paralelas (montagem de Hoffman-Felix).

Resultados:
A intervenção cirúrgica decorreu sem incidentes e o pós-operatório sem complicações, tendo resultado numa artrodese sólida e alinhada, com o doente assintomático e a referir satisfação com o seu estado funcional pós-artrodese do joelho.

Discussão:
A artropatia neuropática com envolvimento do joelho secundariamente a neurosífilis representa uma forma rara da doença e o seu grau de destruição óssea à apresentação vai condicionar o procedimento terapêutico a adotar. A amputação, a artrodese e em casos selecionados a artroplastia são as intervenções mais frequentemente equacionadas; efectuou-se artrodese em compressão com fixador tubular externo em barras paralelas como a solução terapêutica com melhor relação risco-benefício.

Conclusão:
O caso clínico apresentado ilustra a artropatia neuropática com uma apresentação clínica pouco comum na atualidade e mostrou como mesmo na presença de elevado grau de destruição óssea é possível devolver ao doente uma função satisfatória para a globalidade das suas actividades diárias.

EP77 - **Revisão em 2 tempos de infecção de Prótese total do Joelho (PTJ) de revisão**
Manuel Caetano, Sandra Alves, Joana Bento, Carlos Alegre, Rui Dias, Fernanado Fonseca
(CHUC)

Introdução:
A infecção de PTJ é a complicação relacionada com o implante mais frequente, responsável por cerca de 25% de todas as revisões realizadas. Pode ser classificada como aguda ou crónica e o diagnóstico é realizado baseado em critérios clínicos , imagiológicos e analíticos. O diagnóstico de certeza implica o isolamento do microorganismo responsável. O tratamento da infecção pode passar apenas pela limpeza cirúrgica sem substituição dos componentes, pela revisão num único tempo ou pela revisão em 2 tempos cirúrgicos. Os autores apresentam um caso clínico, de uma revisão em 2 tempos de uma PTJ de revisão infectada por Staphylococus epidermidis metilcilino-resistente

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino de 68 anos de idade, submetida a artroplastia total do joelho primária há 3 anos, 6 meses depois foi submetida a revisão da PTJ num único tempo operatório por descolamento asséptico do implante recorrendo à colocação de uma PTJ de revisão com hastes femoral e tibial. Este diagnóstico foi estabelecido pela ausência de cultura de microorganismos no liquido sinovial e pelo resultado da cintigrafia realizada. 1 ano após a revisão, novo descolamento do implante acompanhado de sinais inflamatórios locais e fistulização cutânea. A cultura microbiológica do exsudato revelou desta vez a presença de um Staphylococus epidermidis metilcilino-resistente. A doente foi então submetida a uma revisão em 2 tempos da PTJ, num primeiro tempo tendo sido realizada a extracção do material e colocação de espaçador de metilmetacrilato com gentamicina. Realizou tratamento médico com Vancomicina 5 semanas de acordo com o teste se sensibidade aos antibióticos. 5 meses após colocação do espaçador foi realizada a colocação do novo implante, utilizando uma PTJ de revisão com hastes femoral e tibial sobredimensionadas tendo ainda sido realizada uma plastia de deslizamento da asa externa da rótula.

Resultados:
A doente teve um pós operatório sem complicações e teve alta hospitalar sem sinais clinico e laboratoriais de infecção.

Discussão:
O diagnóstico diferencial entre descolamento séptico e asséptico de artroplastias do joelho é de extrema importância no plano de tratamento de uma PTJ descolada. Os valores de PCR e VS, em conjunto com a

cintigrafia osteo-articular com leucócitos marcados são importantes , mas o diagnóstico de certeza implica o isolamento do micro-organismo responsável. Não existe consenso relativamente à revisão num único tempo operatório ou em dois tempos, no entanto o sucesso das revisões em dois tempos operatórios em artroplastias infectadas na literatura é superior e pode atingir os 90%. Este caso clínico tem particular interesse por levantar a questão sobre o diagnóstico inicial do primeiro descolamento que poderia corresponder já a uma infecção de PTJ sem identificação de gérmen. Por outro lado, a opção de partir para uma revisão em 2 tempos de uma artroplastia de revisão infectada só foi possível por a doente ainda manter um bom capital ósseo, sendo que em muitos casos uma nova revisão não é possível e a artrodese do joelho é a única solução.

Conclusão:
A revisão em 2 tempos de uma infecção de PTJ de revisão recorrendo à colocação de uma PTJ de revisão com hastes tibial e femoral sobredimensionadas após extracção do material e aplicação de espaçador de cimento e terapêutica antibiótica de acordo com o teste de sensibilidade aos antibióticos após identificação do gérmen é um tratamento eficaz quando existe capital ósseo suficiente. O diagnóstico de uma infecção de PTJ é complexo e para além dos parâmetros analíticos ainflamatórios, dos exames imagiológicos e de Medicina Nuclear disponíveis é de extrema importância a identificação do gérmen com teste de sensibilidade aos antibióticos para planeamento do tratamento adequado.

EP78 - **Sucesso com o tratamento conservador de infecção periprotésica por Pasteurella multocida**
Ana Correia Lopes, Ricardo Gonçalves, Glória Magalhães, Pedro Campos, João Alves Da Silva, Clara Júlio
(Vila Franca de Xira)

Introdução:
A infecção é uma das complicações mais temidas que afectam os doentes com artroplastia total do joelho e deve-se mais frequentemente a Stafilococos aureus. Pasteurella multocida é uma causa rara de infecção de próteses articulares, resultando de mordeduras ou arranhões de cão ou gato. A maioria destes casos resolve somente com artroplastia de revisão em dois tempos.

Material e Métodos:
Este caso reporta um homem de 58 anos de idade, com uma PTJ com um ano, com queixas de gonalgia, edema, eritema e febre alto com cinco dias de duração. Refere história de mordedura e arranhões por gato no membro inferior ipsilateral dez dias antes. Na observação inicial, tinha edema local marcado e calor, com arco de movimento doloroso. As radiografias mostravam edema das partes moles, sem alterações ósseas ou dos componentes. Analiticamente, verificou-se neutrofilia; aumento dos parâmetros de função renal (creatinina 9,3 mg/dL, ureia 294 mg/dL); aumento da PCR (35, 70mg/dL). Foi submetido a drenagem, lavagem e desbridamento por via artroscópica tendo sido deixado sistema de lavagem. Iniciou antibioterapia empírica intravenosa.

Resultados:
Foi isolada Pasteurella multocida e foi realizada antibioterapia dirigida durante seis semanas. Verificou-se melhoria clinica e analítica. No seguimento ao ano, encontrava-se assintomático, sem evidência de recorrência, recuperação completa do arco de movimento, sem evidência de falha na artroplastia.

Discussão:
Pasteurella multocida faz parte da flora normal de muitos animais e é o agente etiológico de uma variedade de doenças infecciosas, desde abcessos, artrites sépticas e osteomielites, que podem progredir para septicémia ou meningite. O tratamento contempla a antibioterapia, incluindo penicilinas ou cefalosporinas de 2ª ou 3ª geração e as opções cirúrgicas incluem drenagem artroscópica, lavagem e desbridamento por artrotomia, artroplastia de revisão em um ou dois tempos e, por último, amputação.

Conclusão:
O diagnóstico precoce de infecção periprotésica por P. multocida é a chave para o tratamento com sucesso e prevenção de complicações, nomeadamente de complicações sistémicas potencialmente fatais. Se atempado, o tratamento definitivo poderá ser menos agressivo, passando pela lavagem por via artroscópica e preservação dos componentes.

EP79 - **Falência Bilateral de Prótese Total do Joelho em Doente com Artrite Reumatóide**

Teresa Oliveira, João Deus Froufe, Ricardo Antunes, Emanuel Varela, João Faria, António Martins
(Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A Artrite Reumatóide (AR) é uma artrite inflamatória, sistémica e crónica, que afecta cerca de 1-2% da população mundial, a maioria das quais mulheres (proporção de 2,5:1). Esta doença pode afectar virtualmente qualquer articulação sinovial, sendo que 90% dos doentes apresentam queixas envolvendo um ou ambos os joelhos. A artoplastia total do joelho é o tratamento de escolha quando se esgotam as restantes terapêuticas, permitindo melhorar de modo muito satisfatório a função e dor articular. No entanto, as alterações fisiopatológicas inerentes à AR (nomeadamente maior incidência de infecção protésica, evento trombo-embólico e atraso de cicatrização), aumentam o risco cirúrgico e podem comprometer o sucesso e durabilidade da prótese implantada.

Material e Métodos:
Descreve-se o caso clínico de uma mulher com AR diagnosticada aos 41 anos, submetida a artoplastia total do joelho direito em 2003 e esquerdo em 2006. A doente apresentava óptimo resultado clínico e funcional (sem dor, com ROM 0-120º bilateralmente) até 2009, quando sofreu queda da própria altura da qual resultou fractura da tuberosidade tibial interna e descelamento do componente tibial à direita. Em 2012 sofre novo episódio de queda, observando-se fractura da tuberosidade tibial interna e descelamento do componente tibial, desta vez à esquerda. Ambos os episódios descritos obrigaram à realização de cirurgia de revisão da prótese do joelho direito em Agosto de 2009 e do joelho esquerdo em Março de 2013. Nas duas cirurgias procedeu-se a colocação de componente tibial com haste e bloco de aumento interno de 10mm.

Resultados:
Ambos os períodos pós-operatórios decorreram sem intercorrências. À data da última consulta a doente encontrava-se sem dores, com ROM de 0-120º à direita e 0-110º à esquerda e deambulando com o auxílio de uma canadiana.

Discussão:
Este caso pretende ilustrar o risco aumentado de fractura periprotésica em doentes com AR, decorrente de osteopénia peri-articular característica desta doença. Estudos publicados demonstram que a utilização de componente tibial com haste diminui os micro-movimentos do componente, diminuindo a destruição do osso peri-protésico em doentes com má qualidade óssea.

Conclusão:
Tendo em conta os factos acima descritos, coloca-se a hipótese da utilização de componente tibial com haste como opção válida na primeira abordagem cirúrgica dos doentes com AR.

EP80 - **Artrodese do joelho com cavilha modular press-fit sem fusão óssea após infeção de ATJ**
Pedro Teixeira Gomes, Adélia Avelar, Bruno Barbosa, Luís Castelo, António Lemos Lopes, Marta Maio
(Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto-Douro)

Introdução:
A artrodese do joelho é uma das últimas opções disponíveis para obter um joelho estável e sem dor no doente com lesão extensa do joelho sem indicação para artroplastia. A indicação mais comum para artrodese do joelho é a falência de artroplastia do joelho (séptica/ asséptica). As contra-indicações são amputação contralateral acima do joelho, artrodese da anca ou joelho contralateral, artrose da anca ou tornozelo ipsilateral. Existem diversas técnicas de artrodese do joelho, resumindo artrodese com fixadores externos, placas, cavilhas.

Material e Métodos:
Doente de 73 anos, sexo masculino, antecedentes de HTA, Hipertiroidismo, Hiperplasia Prostática, medicado habitualmente com losartan, dutasterida. Antecedentes de traumatismo do joelho direito por queda há cerca de 38 anos, submetido a osteossíntese dos pratos tibiais. Realizada artroplastia total do joelho em 2004 por artrose pós-traumática. Em 2010 apresentava drenagem purulenta por ferida do joelho, não foi isolado microrganismo nas culturas efetuadas, submetido a extração de artroplastia, colocação de espaçador com gentamicina, administrada antibioterapia com ceftizoxima durante 6 semanas. Reintervencionado em 2012, apresentava culturas negativas e parâmetros inflamatórios normalizados, efetuada artrodese do joelho com cavilha modular "press-fit" a 6º de valgo e 7º de flexão.

Resultados:
O doente obteve uma reabilitação precoce, alívio de

queixas álgicas, deambula sem auxílio, não apresenta sinais clínicos nem analíticos de infeção.

Discussão:
A artrodese do joelho efetuada revelou-se uma opção indicada dado tratar-se de um joelho submetido a cirurgias de osteossíntese e posteriormente de artroplastia, tendo o segmento envolvido adquirido um défice ósseo considerável após a extração de artroplastia por infeção. Trata-se de uma artrodese efetuada com cavilha modular, hastes femoral e tibial em "press-fit" não sendo necessário obter fusão óssea, permitindo um início de carga imediato e uma reabilitação precoce. Este tipo de artrodese artificial permite uma melhor correção do encurtamento do membro afetado, uma vez que elimina a necessidade de contacto entre os topos ósseos, pré-requisito fundamental na artrodese do joelho com fusão óssea.

Conclusão:
Com a artrodese artificial do joelho por cavilha modular "press-fit", pode prevenir-se um encurtamento excessivo do membro, obter-se alívio da dor e reabilitação funcional precoce sem necessidade de fusão óssea.

EP81 - **Artroplastia Total do Joelho Dolorosa: Causa Rara**

Carlos Pedrosa, Hugo Constantino, António Camacho, Ventura Pereira, Nuno Diogo, Francisco Nogueira (Hospital Curry Cabral)

Introdução:
A artroplastia total do joelho tem vindo a assumir-se como a opção cirúrgica mais frequente no tratamento de doentes com alterações degenerativas da articulação do joelho em consequência dos óptimos resultados em termos funcionais e da melhoria das queixas álgicas. No entanto, a percentagem de doentes com queixas dolorosas após a realização deste procedimento atinge em algumas estatísticas publicadas valores muito significativos que oscilam entre os 10 e os 20%. Em alguns casos a dor não é facilmente explicável, representando um desafio para o cirurgião.

Material e Métodos:
Os autores relatam o caso de uma doente de 71 anos submetida a artroplastia total do joelho primária, no contexto de patologia degenerativa idiopática associado a desvio axial em varum. As queixas álgicas localizavam-se na face antero-externa do joelho ao nível da interlinha articular e tiveram início no pós-operatório de forma gradual associadas ao aumento da mobilidade. Os exames imagiológicos evidenciavam bom alinhamento, sem sinais de descelamento ou alterações da interlinha articular e o estudo analítico não apresentava alterações relevantes. Devido à presença de um sintoma associado a actividade mecânica, foram colocadas várias hipóteses, entre as quais a possibilidade de conflito com resquício intra-articulares do compartimento externo do joelho. A doente foi submetida a artroscopia da articulação do joelho que revelou a existência de um fragmento meniscal que provocava conflito entre o côndilo externo do componente artroplástico femoral e o polietileno no movimento de extensão máximo do joelho. Procedeu-se a remoção artroscópica do fragmento e a lavagem articular.

Resultados:
O pós–operatório decorreu sem intercorrências e um mês após a artroscopia a doente estava assintomática. Seis meses após a artroscopia a doente mantinha-se assintomática, com um arco de movimento de 0-130º de flexão, sem limitação funcional.

Discussão:
No caso relatado, o algoritmo diagnóstico proposto por Hofmann et al, permitiu a exclusão das causas mais frequentes e lesivas de artroplastia total do joelho dolorosa e a identificação de dor associada ao movimento de extensão completa do joelho. Foi colocada a hipótese de conflito de partes moles e, de acordo com as observações de Barr et al, procedeu-se a artroscopia do joelho para esclarecimento da sua etiologia. Foi identificado um resquício de menisco externo que era pinçado entre o côndilo externo do implante femoral e o polietileno. Uma vez que não existiu um intervalo livre de dor desde a artroplastia total do joelho, considerou-se que o resquício de menisco foi devido à sua remoção incompleta na cirurgia inicial.

Conclusão:
A artroplastia total do joelho é um procedimento cirúrgico de sucesso com óptimos resultados na maioria dos doentes tratados por osteoartrose primária da articulação do joelho. Contudo, num pequeno número, mas significativo de doentes surgem complicações no pós-operatório de difícil diagnóstico e tratamento que se prolongam no tempo, constituindo um desafio

diagnóstico e fonte de inquietação para o médico e para o doente. Os autores pretendem com este caso evidenciar a importância do diagnóstico para o tratamento da dor inexplicável, e o valor terapêutico da artroscopia nos casos de provável conflito.

EP82 - **Rotura aguda do aparelho extensor num joelho com patelectomia prévia: a propósito de um caso clínico**

Joana Ovídio, Diogo Gomes, João Vide, Tânia Freitas, Acácio Ramos, Jorge Salvador
(Hospital de Faro)

Introdução:
A rotura do aparelho extensor num doente submetido previamente a uma patelectomia é uma situação clínica rara. Logo, não existe disponível na comunidade científica, um protocolo cirúrgico para o seu tratamento. Há casos descritos que referem a utilizam de enxerto autólogo do semitendinoso e gracilis, ou enxerto de cadáver. Há ainda alguns autores que defendem a reparação directa topo a topo. O objetivo deste trabalho é reportar uma entidade clínica rara e a opção de tratamento encontrada para um bom resultado funcional.

Material e Métodos:
Avaliação clínica e consulta do processo de doente do sexo masculino, com 43 anos, que após traumatismo recorre ao Serviço de Urgência por dor e impotência funcional ao nível do joelho direito. Ao exame objetivo verificava-se ausência da estrutura anatómica correspondente à rótula, dor à palpação face anterior do joelho e solução de continuidade parcial na região correspondente ao tendão quadricipital. A extensão ativa era dolorosa e incompleta, ou seja, verificava-se um défice de extensão de 20º. Como antecedentes pessoais patológicos, o doente apresentava uma patelectomia total no joelho direito, em contexto de fratura da rótula, há vinte anos. O doente não tinha outras comorbilidades associadas, nem tomava medicação crónica, nem tinha história prévia de antibioterapia com quinolonas. O estudo radiológico do joelho não mostrava outras alterações para além da ausência da rótula. O doente foi, então proposto para reparação da rotura, traumática e unilateral do aparelho extensor.

Resultados:
Intraoperatoriamanente confirmou-se a rotura subtotal, cuja área atingida macroscopicamente era de aparência não saudável e que corresponderia à área do tendão quadricipital. Fez-se a reparação direta topo a topo da rotura. O estudo histológico confirmou a existência de tecido fibro-adiposo com hemorragia. O doente teve um período de imobilização de 6 semanas, com um cilindro gessado. Iniciou, nessa altura, programa de reabilitação. Aos 6 meses de pós-operatório encontrava-se assintomático, apresentando uma atrofia do quadricípite (diâmetro inferior em 7 cm em relação à coxa contralateral). Fazia a extensão completa e apresentava um défice de flexão de cerca de 15º (sobreponível à mobilidade pré-operatória). O doente regressou à sua atividade profissional habitual.

Discussão:
A rotura do tendão quadricipital ocorre mais frequentemente em doentes do sexo masculino, com idade superior a 40 anos. Pode ser traumática ou estar associada a patologias com envolvimento sistémico, como a insuficiência renal crónica. A rotura do aparelho extensor num doente com uma patelectomia total prévia é uma entidade clínica rara. Há por isso poucas referências na literatura. Neste caso, tal como descrito por Shanmugam, admitiu-se que apesar de uma patelectomia poder levar alteração da biomecânica do aparelho extensor e este tendão estar sujeito a microtraumatismos ou alterações degenerativas, seria possível fazer a sua reparação directa, mantendo o alinhamento e o seu braço de alavanca, sem tensão. No caso acima descrito não foi necessário o recurso a qualquer tipo de enxerto, como relatado noutros artigos.

Conclusão:
Este caso mostra a importância de uma elevada suspeição clínica para o diagnóstico raro de rotura, traumática e unilateral do aparelho extensor num doente submetido a uma patelectomia prévia. Por outro lado apoia a decisão de reparação directa topo a topo, com uma técnica mais simples, com menor morbilidade e com garantia de sucesso clínico e funcional.

EP83 - **Neuropatia do nervo safeno - caso clínico**

Goncalo Martinho, Tiago Paiva Marques, Miguel Brites Moita, Jaime Babulal, Levi Fernandes, Leonor Paulo
(Hospital Distrital de Santarém)

Introdução:
A neuropatia do safeno é uma entidade rara, e por isso facilmente negligenciada como causa de dor na região interna do joelho. Apresentamos um caso de neuropatia do safeno, seu diagnóstico e tratamento.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, de 34 anos de idade, com antecedentes de três cirurgias ao joelho direito, duas delas artroscópicas. Recorre à consulta de Ortopedia por dor persistente na região interna do joelho, tipo queimadura, com irradiação à face interna da coxa e perna. Apresentava testes meniscais negativos, mas tinha dor à palpação da interlinha interna, do canal dos adutores e da pata de ganso. A dor era exacerbada com a percussão do trajecto do nervo safeno. Foi submetida a infiltração do nervo safeno no ponto de maior dor, com Bupivacaína e Betametasona, com alívio imediato.

Resultados:
Após seis meses de alívio completo da dor na região interna houve recorrência da sintomatologia que motivou nova infiltração. Apresenta alívio sintomático desde então (há 18 meses).

Discussão:
A neuropatia do safeno é uma causa pouco comum de dor no joelho. Pode resultar de iatrogenia quer em procedimentos abertos, quer em procedimentos artroscópicos, sendo inclusivamente a lesão neurológica mais comum após artroscopias do joelho. Pode confundir-se com patologias mais frequentes como lesões meniscais, artrose ou dor patelo-femoral. O diagnóstico é clínico, já que não existem exames complementares disponíveis para a confirmação da patologia. Recorde-se que o safeno é um nervo exclusivamente sensitivo, sem inervação de qualquer músculo, pelo que a electromiografia não tem qualquer interesse clínico. A confirmação faz-se pelo bloqueio do nervo, como teste diagnóstico. Em alguns casos o bloqueio pode ser terapêutico.

Conclusão:
A neuropatia do safeno é uma causa de dor na região interna do joelho que deve estar na mente do Ortopedista durante a realização do exame objectivo. Em caso de suspeita não se deverá protelar o bloqueio do nervo uma vez que o diagnóstico é imediato, e pode ter um efeito terapêutico permanente.

EP84 - **Fractura periprotésica de tibia en paciente intervenido de artroplastia unicompartimenal de rodilla. A propósito de un caso.**
Ruben Perez Mañanes, Raul Garcia Bogalo, Antonio David Murillo Vizuete, David Escobar Anton, Oliver R. Marin Peña, Ricardo Larrainzar Garijo
(Hospital Universitario Infanta Leonor)

Introdução:
La artroplastia unicompartimental se ha establecido como un procedimiento de referencia en pacientes bien seleccionados que presenten gonartrosis del compartimento medial, discreta desaxación y buena competencia ligamentosa. Entre las complicaciones potenciales se encuentra la fractura periprotésica que puede acontecer intra o postoperatoriamente. Presentamos el caso de una paciente que fue intervenida por esta complicación que se diagnosticó en el postoperatorio temprano.

Material e Métodos:
Paciente de 66 años, con el antecedente médico de interés de osteoporosis en tratamiento antirresortivo y poliartrosis, diagnosticada de gonartrosis femorotibial interna izquierda y genu varo artrósico. Intervenida de artroplastia unicompartimental medial modelo OXFORD / BIOMET. Desde el postoperatorio inmediato refiere dolor y limitación funcional, siendo diagnosticada a las 2 semanas de la intervención de fractura periprotésica desplazada de meseta tibial interna, que podía ya apreciarse en una de las proyecciones radiológicas realizadas al día siguiente de la intervención.

Resultados:
La fractura aconteció de forma desapercibida durante la intervención quirúrgica. Tras confirmar el diagnóstico en el control radiológico realizado a las dos semanas de la cirugía, se procedió a reducción abierta de la fractura y síntesis mediante placa LCP. Se objetiva durante la intervención quirúrgica la normocolocación de los implantes cementados, considerando sólo necesaria la sustitución del inserto meniscal de polietileno por uno de mayor altura (7 mm). La prueba de estabilidad y balance articular intraoperatorio fueron satisfactorios.

Discussão:
La incidencia de fracturas periprotésicas de tibia está estimada en un 0,5% tras protésis primaria. Durante la cirugía de una artroplastia unicompartimental se realizan dos pasos en la preparación tibial que pueden

predisponer a la aparición de esta complicación: el labrado del surco para la quilla del implante tibial y la propia impactación del implante, más aún cuando acontecen factores de riesgo como la osteoporosis.

Conclusão:
Hay que tener especial precaución durante la preparación del componente tibial de la artroplastia unicompartimental de rodilla para evitar concentrar fuerzas de estrés en la meseta tibial. Si sucede la fractura periprotésica, el implante puede salvarse tras fijación estable de la misma. Si la prótesis se ve comprometida, imperaría la opción de recambio a artroplastia total.

EP85 - **Mosaicoplastia do joelho: tratamento integral por via artroscópica**
Helder Nogueira, Daniel Lopes, Sara Lima Araújo, Sofia Esteves Vieira, Sara Alves Da Silva, Joana Leitão
(Centro Hospitalar Tâmega e Sousa)

Introdução:
A mosaicoplastia consiste num procedimento pelo qual se assegura a contiguidade da superfície articular, pelo preenchimento de defeitos na cartilagem articular através de transplante de enxerto ósteo-cartilaginoso obtido na mesma articulação, em áreas não sujeitas a contacto articular estrito ou transmissão de cargas.

Material e Métodos:
Caso clínico de um jovem de 38 anos, sexo masculino, com lesões condrais do côndilo interno do joelho direito. Foi realizada artroscopia com visualização de área extensa de lesão condral ao nível da zona de carga do côndilo medial, assim como lesão do menisco interno. Efectuada regularização da lesão meniscal. Remoção e regularização de áreas com atingimento do osso subcondral. Preparação da mosaicoplastia, por via artroscópica, com colheita de enxerto ao nível da face lateral do côndilo femoral externo. Colocação de 3 cilindros de enxerto com cerca de 0,8mm x 15mm e preenchimento do defeito condral, sem recurso a realização de artrotomia do joelho.

Resultados:
No pós-operatório imediato iniciou mobilização activa do joelho. Iniciou carga progressiva ao 10ºdia, com carga completa aos 30 dias. 4 meses após o procedimento cirúrgico apresenta arco de mobilidade completo do joelho, com capacidade funcional preservada para as actividades diárias e desportivas prévias à cirurgia, sem qualquer limitação.

Discussão:
A mosaicoplastia realizada apenas por via artroscópica condiciona um grau superior de dificuldade técnica, permitindo no entanto um menor grau de agressão cirúrgica ao joelho.

Conclusão:
Esta abordagem possibilitou um excelente resultado em termos cirúrgicos, clínicos e radiológicos, pelo que os autores recomendam o uso desta técnica em procedimentos futuros.

EP86 - **Artropatia Neuropática do Joelho - Caso Clínico**
André Simões Carvalho, Tiago Rebelo, João Moreno, Francisco Agostinho, José Gomes, Manuel Sousa
(Centro Hospitalar Tondela Viseu)

Introdução:
A artrodese é uma opção de recurso para obter um joelho estável e indolor quando a lesão articular não é passível de reconstrução. As principais indicações para artrodese do joelho são falência de artroplastia, neoplasia, artrose pós-traumática, lesão irreparável do aparelho extensor, infeção crónica e artropatia neuropática. Estão descritas diferentes técnicas desde fixadores externos, compressão com placas, fixação endomedular com cavilhas modulares ou anterógradas longas com ponto de entrada na fossa piriforme, com ou sem recurso a enxerto ósseo. Este trabalho pretende mostrar o caso clínico de uma paciente com paramiloidose amiloidótica familiar, que iniciou gonalgia unilateral com agravamento progressivo e que com menos de um ano de evolução culminou com artrodese do joelho.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 47 anos, portadora de paramiloidose amiloidótica familiar, obesa, hipertensa, transplantada hepática e sob imunossupressão, encaminhada para consulta externa de Ortopedia por gonalgia esquerda de início súbito e não associada a traumatismo. Realizado estudo imagiológico através de Rx, TC, Cintigrafia Óssea e procedimentos terapêuticos como Viscosuplementação e Artroscopia Tendo em conta evolução clínica desfavorável foi realizada

artrodese com cavilha longa com ponto de entrada na fossa piriforme com enxerto ósseo autólogo, bloqueio proximal dinâmico e bloqueio distal estático.

Resultados:
Artrodese do joelho esquerdo com 10º valgus e 15º flexo com boa evolução clínica e radiologicamente sinais de evolução para artrodese, deambulando com o apoio de canadianas. Queixas álgicas difusas, sem lesão neurovascular ou de tecidos moles. Retomou progressivamente as atividades de vida diária.

Discussão:
Perante uma paciente com artropatia neuropática do joelho, secundária a paramiloidose, altamente incapacitante e com evolução tão rápida a opção tomada permitiu o tratamento definitivo num tempo cirúrgico único, sem intercorrências ou complicações. As artroplastias encontram-se contraindicadas nos casos de artropatia neuropática. A opção pela artrodese com cavilha longa permite uma melhor mobilidade em bloco do membro no pós-operatório (sem mecanismos externos), carga precoce e uma taxa de sucesso que vai até aos 95% (segundo a literatura). Comparativamente às outras técnicas de artrodese verifica-se maior tempo cirúrgico e perdas hemáticas aumentadas. As complicações mais frequentes são a migração ou falência da cavilha, lesão neurovascular, fratura da tíbia durante a inserção e atraso de consolidação para artrodese.

Conclusão:
As opções de tratamento de uma artropatia neuropática passam por diminuição das atividades, imobilização com ortóteses e em casos avançados o recurso à artrodese, nunca esquecendo que as artroplastias encontram-se contraindicadas. A opção tomada possibilitou o tratamento num tempo cirúrgico único, sem intercorrências ou complicações e o retorno progressivo às atividades de vida diária. O cirurgião deve ponderar as vantagens e limitações de cada técnica de artrodese antes de selecionar o método apropriado para o doente, tendo o cuidado de explicar as limitações funcionais decorrentes do procedimento.

EP87 - **Artrodese do joelho como tratamento de fractura periprotésica – caso clínico**
João Moreno Morais, André Carvalho, Tiago Rebelo, Eduardo Mendes, Manuel Sousa (Centro Hospitalar Tondela Viseu)

Introdução:
As fracturas periprotésicas são complicações comuns após artroplastia total do joelho. O número de artroplastias do joelho realizadas continua a aumentar e, com o crescente de população idosa, o número de fracturas periprotésicas continua também a aumentar. A opção de tratamento depende se a fractura ocorreu no fémur ou na tíbia e se a prótese se encontra descolada ou não. A artrodese do joelho é uma opção de última linha quando a lesão não é passível de reconstrução, podendo ser realizada em um ou dois tempos cirúrgicos, dependendo das circunstâncias. Entre as várias opções encontram-se a fixação externa, compressão com placas, encavilhamento ou a combinação destes métodos.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 71 anos de idade, com antecedentes de obesidade e alcoolismo crónico, submetida a artroplastia total do joelho esquerdo em 2002, tendo feito fractura periprotésica do fémur em 2008 tratada com placa LCP-LISS. Dá entrada no Serviço de Urgência em Fevereiro 2012 devido a queda com traumatismo do membro inferior esquerdo. Apresentava fractura periprotésica da tíbia, desmontagem da placa LCP-LISS com pseudartrose do fémur, e descolamento dos componentes da prótese. Operada 15 dias após a admissão, tendo sido realizada extração da prótese do joelho e da placa LISS, artrodese com cavilha longa com ponto de entrada na fossa piriforme, aplicação de enxerto autólogo e factores de crescimento plaquetar.

Resultados:
Atrodese do joelho esquerdo com 10º de valgo e 15º de flexo com boa evolução clínica. Apresentava aos exames radiológicos sinais de consolidação. Faz marcha com canadianas tendo retomado parcialmente as actividades da vida diária.

Discussão:
Foi realizada extracção de material e artrodese com cavilha intramedular longa num único tempo cirúrgico sem qualquer complicação ou intercorrência. As vantagens do encavilhamento incluem carga precoce, reabilitação mais facilitada e alta taxa de sucesso. As desvantagens em relação a outras técnicas são risco aumentado de embolia gorda, potencial disseminação intramedular de infecção, perdas hemáticas aumentadas e dificuldade de obtenção do alinhamento

correcto. As complicações mais frequentes são a migração ou falência da cavilha, lesão neurovascular, fractura da tíbia durante a inserção e atraso de consolidação.

Conclusão:
A escolha do tratamento deve ser adequada ao doente. Neste caso, dados os antecedentes da doente, a artrodese permite uma melhor recuperação e um melhor resultado funcional.

EP88 - **ROTURA BILATERAL DOS TENDÕES ROTULIANOS, SEM DOENÇA SISTÉMICA NEM USO DE CORTICÓIDES, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**
Pedro Costa Rocha, Joana Teixeira, Joaquim Brito, Miguel Botton, João Correia, Marco Sarmento
(Hospital Santa Maria - CHLN)

Introdução:
A rotura bilateral dos tendões rotulianos é uma lesão rara estando descritos aproximadamente 50 casos na literatura geralmente associada a patologia sistémica, uso de corticóides ou microtraumatismo repetitivos. A rotura simultânea e bilateral sem comorbilidade é uma entidade excepcional.

Material e Métodos:
homem, 49 anos, com dor e incapacidade para a marcha após queda com traumatismo indirecto sobre joelhos . Na avaliação clínica identificou-se perda da integridade do tendão rotuliano bilateral com migração proximal da rótula, e incapacidade para extensão ativa de ambos os joelhos. A avaliação radiográfica confirmou migração proximal das rótulas, sem evidência de fraturas. Sem doenças conhecidas e sem consumo de fármacos. tratado cirurgicamente em fase aguda, verificou-se rotura irregular intra-substância do tendão rotuliano e da cápsula antero interna e externa bilateralmente. reconstruiu-se a capsular com linha multifilamentar reabsorvível e sutura topo-a-topo com linha multifilamentar não reabsorvível dos tendões rotulianos. Carga parcial progressiva desde a cirurgia e uso de ortótese dos joelhos com bloqueio 0-60 nas 1ªs 4 semanas; 0-90 nas 4 semanas seguintes e sem ortótese desde a 8ª semana.

Resultados:
Aos 8 meses pos-operataório apresentava amplitude articular dos joelhos completa (0-150º), força grau 4+ do aparelho extensor e grau 5 do aparelho flexor dos joelhos. Ambos os tendões rotulianos mantinham integridade, consistência e homogeneidade na avaliação clínica. A avaliação funcional, segundo a escala de Tegner-Lysholm era 86/100.

Discussão:
A rotura bilateral dos tendões rotulianos é um evento raro, particularmente se considerarmos os doentes sem patologia sistémica associada, uso de corticóides ou história de microtraumatismos de repetição. A rotura do tendão rotuliano é a terceira causa mais frequente de disrupção do aparelho extensor, depois da fratura da rótula e da rotura do tendão quadricipete com maior prevalência nos homens A rotura do tendão pode ser classificada em três grupos: tipo 1 - na origem do tendão, no polo inferior da rótula; tipo 2 - rotura intra-substância; e tipo 3 na inserção do tendão no tubérculo tibial. O tratamento deve ser a reparação cirúrgica primária, o mais precoce possível pela ocorrência de retração do tendão, que pode complicar o tratamento e eventualmente obrigar ao uso de enxertos.

Conclusão:
Apresentamos este caso clinico pela raridade da bilateralidade da rotura simultânea do tendão rotuliano, acrescida pela ausência de patologia sistémica ou uso de corticóides. A reparação precoce com sutura topo-a topo do tendão, aliada a reabilitação progressiva com uso de ortótese permitiu-nos obter um bom resultado funcional

---

EP89 - **Teria amputado?**
Miguel Pádua Figueiredo, Patrícia Gomes, Mafalda Lopes, João Mendes Correia
(Prof Dr. Fernando Fonseca)

Introdução:
MLAS, 60 anos, reformada. Artroplastia total do joelho esquerdo em 2007 por gonartrose primária. Episódio de Luxação do joelho prostésico em 2009, sem consequências aparentes. Queda em Janeiro de 2013, com nova luxação anterior da prótese, complicada por défice neurológico total abaixo do joelho. Foi feita redução de emergência no bloco operatório, constatando-se ausência de pulsos distais, comprovando-se lesão da artéria popliteia por Eco-doppler. Foi submetida a bypass poplíteo-popliteu com veia safena interna homolateral e foi reintervencionada

por trombose precoce da interposição, efectuando-se trombectomia distal e proximal e fasciotomia interna da perna esquerda para alívio da pressão compartimental sobre o bypass. A articulação aparentava instabilidade clinicamente. Durante o internamento não houve recuperação da sensibilidade e da motricidade da perna esquerda, com possível neurotemese do nervo ciático de acordo com electromiograma. Verificou-se ainda infecção das partes moles expostas por fasciotomia e úlcera de pressão no calcâneo, iniciando antibioterapia. Foi contactada a equipa de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva para desbridamento e eventual retalho cutâneo. No entanto manteve-se com exsudado purulento e subida dos parâmetros inflamatórios.

Material e Métodos:
A pedido da doente, discutiu-se em reunião multidisciplinar a amputação do membro acima do joelho. O procedimento foi executado às cinco semanas após a queda.

Resultados:
Às 14 semanas de pós-operatório encontra-se a fazer fisioterapia, caminhando com duas canadianas. Sem necessidade de recurso a analgésicos e em adaptação a ortótese do membro inferior.

Discussão:
A funcionalidade deste membro dependia de vários factores: a recorrência da lesão aponta para uma articulação instável com eventual necessidade de revisão. Apesar de vascularmente suficiente, a interposição vascular poderia complicar qualquer cirurgia de revisão ou reconstrução. A lesão neurológica não perspectivava evolução favorável Sem garantias de funcionalidade e perante a evolução do quadro séptico a decisão cirúrgica parece-nos adequada.

Conclusão:
A luxação de joelho prostésico é uma complicação rara, em particular com lesão grave neuro-vascular. A decisão de amputar um membro é das mais difíceis com que o cirurgião se pode confrontar. O peso desta decisão implica que muitas das vezes a cirurgia seja protelada em demasiado, muito embora devam ser ponderados os riscos deste adiamento.

EP90 - **Existe alguma vantagem na utilização da navegação em artroplastia do joelho para um cirurgião pouco experiente, quando comparada com a artroplastia clássica realizada por um cirurgião experiente?**

Alexandre Brandão, Manuel Caetano, Miguel Nascimento, Carlos Pina, Pedro Simões, Fernando Fonseca
(CHUC)

Introdução:
O incorrecto alinhamento dos componentes pode afetar grandemente a sobrevida da artroplastia total do joelho (ATJ). Está descrito que um mau alinhamento em varo ou valgo superior a 3º pode aumentar o risco de falência do implante.

Material e Métodos:
Foram comparados os resultados de dois grupos. Um deles era constituído por 1 cirurgião pouco experiente em ATJ, utilizando a navegação (menos de 20 ATJ/ano) e o outro por 1 ou mais cirurgiões experientes (mais de 100 PTJ/ano). O sistema de navegação utilizado foi a versão 2.1 da Brainlab. Comparou-se o posicionamento final do implante entre os 2 grupos do estudo, comparando-se o angulo anca-joelho-tornozelo. Foram incluídos 8 doentes no total divididos pelos 2 grupos

Resultados:
Verificou-se que no grupo cirurgião pouco experiente utilizando a navegação, os angulo anca joelho tornozelo, variou menos de 1º em relação ao alinhamento padrão em 100% dos 4 casos. Relativamente ao grupo cirurgião experiente 2 casos (50%) 1º em relação ao alinhamento padrão estavam com menos de 1º em relação ao alinhamento padrão e 2 casos (50%) estavam com um alinhamento desviado mais de 3º do alinhamento padrão.

Discussão:
A navegação fornece informações importantes quanto a orientação dos cortes ósseos a efectuar de forma a obter um alinhamento próximo do alinhamento padrão. Nos casos estudados a navegação aparentemente permitiu alinhamento mais perfeitos, ajudando o cirurgião pouco experiente a orientar adequadamente os seus cortes de forma a obter um alinhamento adequado da ATJ

Conclusão:
Usando a navegação até cirurgiões com pouca experiencia podem aplicar adequadamente ATJ, verificando-se até melhores alinhamentos no grupo cirurgiões pouco experiente auxiliados pela navegação

quando comparados com os resultados do grupo cirurgião experientes

EP91 - **Ruptura atraumática do tendão rotuliano**
Maria Luísa Fardilha, Renato Neves, Raul Cerqueira, Ana Façanha, Susana Pinto, Afonso Ruano
(Unidade Local de Saude do Nordeste)

Introdução:
A ruptura do tendão rotuliano é uma lesão infrequente, que surge sobretudo em atletas jovens, tanto em contexto de trauma directo como indirecto. Estão descritos alguns casos de ruptura espontânea, até bilateral, mas associados a doenças sistémicas (doenças reumatológicas, colagenopatias, insuficiência renal, etc) ou a corticoterapia, oral ou local (injecção intra-tendinosa).

Material e Métodos:
Caso clínico de homem de 51 anos, antecedentes irrelevantes, fotógrafo, enviado ao Serviço de Urgência por gonalgia esquerda súbita associada a incapacidade de marcha e da extensão do joelho, com uma hora de evolução, após passe de bola a baixa velocidade, sem qualquer sintomatologia prévia dessa área. Ao exame objectivo apresentava: posição anormalmente alta da rótula esquerda, 'gap' infrarotuliano, derrame articular moderado, incapacidade de extensão activa do joelho esquerdo ou de sustentação da perna em extensão após mobilização passiva. O estudo imagiológico por raio-X simples mostrou um posicionamento da rótula esquerda francamente superior à linha de Blumensaat, sem sinais de fractura ou avulsão concomitante. Intra-operatoriamente, observou-se ruptura completa intra-substancial, média e transversal, do ligamento rotuliano esquerdo, com alterações degenerativas – fibrilação e diminuição de espessura do tendão-na área peri-ruptura, sem qualquer lesão óssea associada. Optou-se por desbridamento das áreas com características degenerativas, sutura trans-tendinosa longitudinal com fio não absorvível, ancoragem óssea na rótula distal e tuberosidade anterior da tíbia, em várias linhas paralelas, complementada por 'cerclage' de descarga com fio de arame através de túnel ósseo transversal médio-rotuliano e na tuberosidade anterior da tíbia, permitindo a flexão do joelho a 90º, sem tensão do aparelho extensor e mantendo um alinhamento rotuliano anatómico. No período pós-operatório manteve-se o joelho em extensão com tala de DePuy, permitindo carga parcial com duas canadianas. No final da segunda semana iniciou fisioterapia, aumentando gradualmente o arco de flexão activa do joelho e extensão assistida (objectivo: 0º-90º activos) até à oitava semana, altura em que foi realizada extracção da 'cerclage', prosseguindo com aumento gradual da carga sobre o membro inferior esquerdo e exercícios de mobilização activa, com incrementos semanais de 10º a 20º de flexão do joelho e extensão activa.

Resultados:
Na avaliação clínica ao 10º mês verificou-se uma recuperação total relativamente à marcha, arcos de mobilidade (sobreponível ao contralateral, 0º-140º) e força muscular, não referindo o doente qualquer queixa.

Discussão:
As rupturas do tendão rotuliano associam-se habitualmente a uma faixa etária mais jovem do que as rupturas tendinosas em geral, com incidência predominante em atletas e num contexto de trauma ou de contracção forçada do quadricípete com o joelho em flexão, ocorrendo a maioria junto ao pólo inferior da rótula. Este caso apresenta alguns pontos incomuns, pela faixa etária superior à habitual, ausência de trauma significativo, sintomatologia prévia, co-morbilidades ou qualquer forma de corticoterapia ou toma recente de antibióticos. O tratamento das rupturas intra-substanciais, por norma cirúrgico, reveste-se de algumas dificuldades pela habitual má qualidade do tecido lesado, oferecendo a extensão aos pólos ósseos proximal e distal, através de túneis ósseos, e a realização de uma 'cerclage' de descarga uma segurança extra. Relativamente ao programa de reabilitação, não existe um consenso no que diz respeito aos 'timings' VS graus de mobilização activa permitida, início da marcha sem auxiliares ou altura óptima para a remoção da 'cerclage', sendo indicada uma orientação caso-a-caso, dependente da percepção intra-operatória da qualidade da tenorrafia conseguida, evolução clínica registada e cooperação do doente.

Conclusão:
A ruptura do tendão rotuliano é uma lesão in

EP92 - **Quisto sintomático do hiato do tendão do poplíteo - Caso clinico**
Luís Sá Ecastelo, Bruno Barbosa, Pedro Teixeira Gomes,

António Lemos Lopes, Marta Maio, Carlos Cerca
(Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Introdução:
A gonalgia referida ao compartimento externo num individuo jovem pode ter diversas origens. A história clínica, o exame físico e exames auxiliares de diagnósticos orientam-nos na etiologia da dor e na definição da melhor opção terapêutica. A artroscopia é no entanto um procedimento útil na determinação de um diagnóstico definitivo e permite uma intervenção terapêutica. Este poster retrata o caso clinico de uma jovem do sexo feminino, com 23 anos, estudante, referenciada à consulta externa de Ortopedia por gonalgia esquerda postero-lateral, com 4 meses de evolução e agravamento progressivo, sem historia de um traumatismo desencadeante. A sintomatologia era agravada pela actividade física normal, com episódios autolimitados de derrame intra-articular mas sem bloqueio associado. Objectivamente apresentava joelho morfologicamente sem alterações, sem desvios de eixo, sem instabilidades e com arco de mobilidade fisiológico. Apresentava no entanto sinais meniscais positivos para o compartimento externo, pelos testes de Mcmurray e Apley. Realizou RMN que mostrou uma "formação cística, multiloculada, com cerca de 4cm de diâmetro, adjacente ao corpo e ao corpo posterior do menisco externo". Cumpriu descarga durante 20 dias, sem melhoria da sintomatologia. Perante este achado e a falência da terapêutica conservadora, foi realizada uma artroscopia que confirmou a existência de um volumoso quisto, independente do menisco externo, anterior ao tendão do poplíteo, que emergia do seu hiato e o comprimia. Foi drenado com saída de conteúdo sinovial.

Material e Métodos:
Exame objectivos serido. Exames auxiliares de diagnóstico : Rx e RMN Registo fotográfico de artroscopia do joelho

Resultados:
A doente iniciou carga parcial que progrediu para carga total ao 2º dia de pós-operatório por ausência de queixas. Mantem-se assintomática e com exame físico sem alterações após 24meses de followup.

Discussão:
A presença de quistos parameniscais do joelho é um achado comum. No entanto, a presença de quistos sinoviais intra-articulares em relação com o tendão do poplíteo é um achado raro, pouco descrito na literatura. De facto, numa pesquisa na pubmed utilizando as palavras-chave " ganglion", "cyst" e "popliteus" encontrou-se apenas três case reports, sendo apenas dois elegíveis como casos semelhantes.

Conclusão:
A pertinência do caso clinico prende-se com a raridade da sua descrição e a sua implicação clinica.

EP93 - **Título Caso Clínico - Necrose Cutânea após Prótese Total do Joelho**
Ricardo Pinto Da Rocha, Jose Anacleto
(Hospital Fernando da Fonseca - EPE)

Introdução:
A necrose da pele é uma complicação grave das artroplastias totais do joelho, e um dos maiores desafios para quem realiza cirurgias de reconstrução dessa articulação. A má cicatrização pode levar rapidamente à infecção peri-protésica, à revisão da prótese ou até à amputação do membro. A deiscência da sutura operatória, a necrose das margens de incisões longitudinais ou a exposição completa dos componentes protésicos advém normalmente de problemas de vascularização relacionados com o doente ou secundárias à realização de múltiplas incisões devido a cirurgias anteriores.

Material e Métodos:
Apresentação de um caso clínico com suporte radiográfico e fotográfico. Apresentamos o caso de um doente sexo masculino, 67 anos, com antecedentes de fractura da extremidade proximal da tíbia direita há cerca de 10 anos, tratada por redução cruenta e fixação interna, a quem é proposta Artroplastia Total do Joelho após não apresentar melhoria com tratamentos conservadores da gonartrose.

Resultados:
A Artroplastia Total do Joelho foi realizada por via anterior apesar da existência de incisão lateral prévia. A necessidade de revisao cirurgica por descelamento tibial levou ao desenvolvimento de lesao da pele com necrose extensa. Após várias tentativas de desbridamento e recobrimento cirúrgico a exposição dos componentes evoluiu para infecção, e o doente acabou por ser submetido a uma artrodese do joelho.

Discussão:

A infecção é a complicação mais grave e mais frequente das artroplastias totais do joelho, facto que advém da superficialidade desta articulação em comparação, por exemplo, com as artroplastias totais da anca. Daí ser do máximo interesse incluir na avaliação pré operatória a previsão de quaisquer dificuldades à cicatrização da ferida operatória, relativas a comorbilidades médicas ou a complicações da própria técnica, e que podem influenciar a decisão da realização da artroplastia.

Conclusão:
As alterações patológicas e cirúrgicas da vascularização cutânea do joelho e de todo o membro inferior devem ser tidas em conta na avaliação e execução das artroplastias do joelho, e contrabalançadas com a real incapacidade e morbilidade causadas pela patologia de base.

EP94 - **Síndrome Cyclops – Caso Clínico**
Tiago Rebelo, André Carvalho, João Moreno, Luis Lima, Francisco Agostinho, Manuel Sousa
(Centro Hospitalar Tondela-Viseu)

Introdução:
O Síndrome Cyclops é uma das causas de perda de extensão do joelho após reconstrução do ligamento cruzado anterior (LCA). É causado por um nódulo pediculado de tecido fibrovascular proliferativo que preenche a fossa intercondiliana durante a extensão. A maioria dos casos desenvolve-se nos primeiros 2 meses de pós-operatório. Este síndrome manifesta-se por perda progressiva de extensão do joelho associada a dor e à existência de um "click" no fim da extensão total.

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso de um doente de 36 anos, ex-jogador profissional de futebol, que sofreu entorse do joelho direito enquanto brincava com o filho da qual resultou numa rotura completa do LCA. Devido à instabilidade e dor provocada foi realizada ligamentoplastia com isquiotibiais em Janeiro de 2012. Iniciou programa de reabilitação com o objetivo de fortalecimento muscular, controlo da dor e inflamação e aumento das amplitudes de movimentos. Cerca de 1 mês após a cirurgia iniciou aumento da dor e sinais inflamatórios locais, apresentando deficit de extensão (-10°) e flexão (80°). Os sintomas continuaram a progredir e após discussão do caso em equipa optou-se pela realização de artroscopia. O paciente foi submetido a artroscopia do joelho direito, tendo-se observado um LCA curto, que explica o deficit de flexão e a presença de um nódulo fibrótico na face anterior do ligamento, associado à diminuição da extensão. Foi realizada exérese do nódulo e trocleoplastia femoral, sem intercorrências.

Resultados:
O paciente cumpriu programa de reabilitação no pós-operatório, sendo que após cerca de 2 semanas o paciente realizava extensão e flexão com amplitudes normais, sem queixas de dor ou instabilidade.

Discussão:
O LCA tem como função impedir a translação anterior da tíbia em relação ao fémur, atuando igualmente na restrição da rotação da tíbia. Roturas deste ligamento provocam instabilidade e dor. A correção cirúrgica não está isenta de complicações, sendo uma delas a síndrome Cyclops, responsável por diminuição da extensão do joelho no pós-operatório. Esta entidade deve ser tratada cirurgicamente, com exérese artroscópica do nódulo. Deve ser realizado um programa de reabilitação pós-operatório com o objetivo de recuperação do nível funcional. Este não deve apenas ser direcionado para a recuperação do arco de movimentos normal mas também para o fortalecimento muscular periarticular de forma a prevenir futuros problemas com a ligamentoplastia do LCA.

Conclusão:
Apesar de se tratar de uma entidade clinica pouco frequente, a existência de um síndrome Cyclops deverá ser ponderada no caso de pacientes sujeitos a ligamentoplastia e que apresentem diminuição de extensão, dor e sinais inflamatórios do joelho nos primeiros meses de pós-operatório. O tratamento cirúrgico realizado associado ao programa de reabilitação pós-operatório no caso apresentado permitiu a melhoria sintomática e funcional do paciente com retorno progressivo à vida ativa.

EP95 - **Ruptura bilateral do tendão do quadricípite - Caso clínico**
António Lemos Lopes, Bruno Barbosa, Pedro Teixeira Gomes, Luís Sá ECastelo, Marta Maio, António M. Dias
(Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Introdução:
Ruptura bilateral do tendão do quadricípite. Doente de 69 anos de idade com ruptura do tendão do quadricípite bilateral , após extensão forçada da perna após contracção do quadricípite súbita e vigorosa ao tentar travar um movimento indesejado do seu cão, com a trela. Incapacidade de fazer extensão das pernas.

Material e Métodos:
Avaliação clínica pré e pós operatória. Estudo imagiológico. Registo fotográfico.

Resultados:
Submetido a cirurgia de urgência: Re-inserção do tendão do quadricípite bilateral e tenorrafia + cerclage com fio de aço após tunelização das rótulas. Teve alta para a consulta externa com imobilização bilateral com talas de Depuy (4 semanas). Fez Fisioterapia. Recuperou a função na totalidade.

Discussão:
Diagnóstico: clínica e meios complementares de diagnóstico. O tipo de tratamento cirúrgico. Tratamento pós-operatório: imobilização + Fisioterapia.

Conclusão:
A Re-inserção do tendão do quadricípite bilateral e tenorrafia + cerclage com fio de aço após tunelização das rótulas é um tratamento válido e eficaz em doentes com ruptura do tendão quadricipital.

EP96 - **Plicatura Patelar "all inside": uma opção no tratamento da instabilidade patelar com displasia troclea femoral - caso clínico.**
Tiago Paiva Marques, Gonçalo Martinho, Miguel Moita, Jaime Babulal, Levi Fernandes, Francisco Mendes
(Hospital Santarém EPE)

Introdução:
A instabilidade patelar com alinhamento defecitário do aparelho extensor é uma problemática comum. A maioria destas situações responde bem ao tratamento conservador. Alguns doentes mantem-se sintomáticos e por vezes existem episódios de luxação da patela havendo necessidade de tratamento cirurgico. Nos casos de instabilidade patelar e sem alterações da anatomia óssea maioritariamente é realizado um procedimento realinhamento proximal de partes moles mas, quando há alterações da anatomia óssea da troclea femoral as opções não são lineares.

Material e Métodos:
Análise de um caso clínico. Doente sexo feminino 28 anos de idade. Quadro de dor anterior do joelho direito com limitação nas actividades vida diária. Ao exame objectivo apresentava amiotrofia quadricipital, bascula 3 quadrantes, tilt test medial positivo, grind test positivo e dor papação facetas. Radiologia convencional com subluxação externa, patela normoposicionada, angulo sulco >145º, angulo congruência 14º, angulo de Laurin >0º e patela tipo III de Wiberg. TC com displasia da troclea femoral, TA-GT normal báscula externa e condromalácia patela. RM mesmos achados que TC. Diagnosticada com instabilidade patelar com bascula externa e displasia da troclea. Score Lysholm 28 e IKDC subjectivo 33. Fez 5 meses de fisioterapia, autoreabilitação, AINEs, condroprotectores sem melhoria. Foi após submetida a plicatura medial artroscópica "all inside".

Resultados:
Neste momento 1 ano de follow up. Queixas residuais nas actividades vida diária.Regressou actividades fisicas lúdicas. Sem clinica de instabilidade. Score Lysholm 80 e IKDC subjectivo 60. Está satisfeita com resultado da intervenção.

Discussão:
Ao 1 ano de follow up os resultados são animadores, como se comprova pelo regresso às actividades fisicas, aumento significativo dos scores qualidade de vida e ausência de clinica de instabilidade. Esta técnica foi descrita por Jeffrey Hallbrecht em 2001, tendo publicado novo ensaio em 2009 do follow up dos mesmos doentes com bons resultados.Há algumas referencias na literatura no uso desta técnica em doentes com displasia da troclea estando os resultados equiparaveis nas displasias tipo A (caso desta doente) aos doentes sem displasia.Assim obteve-se um bom resultado com técnica pouco invasiva, baixo risco, esteticamente pouco agressiva e que não invalidafuturas intervenções.

Conclusão:
A técnica da plicatura medial "all inside" poderá ser uma alternativa em casos selecionados de doentes com instabilidade patelar e displasia da troclea tipo A

EP97 - **Quisto de Baker condiciona limitação funcional em doente com Doença de Strumpell-Lorrain**

Joana Leitão, Sara Alves Silva, Sandra Martins, Sofia Esteves Vieira, Diogo Robles, Daniel Lopes
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
O quisto de Baker é uma entidade frequente que, na população adulta, surge com prevalência de cerca de 5%. Tem origem na comunicação da bursa gastrocnémio-semimembranoso e geralmente encontra-se associado a lesões intra-articulares do joelho, o que justifica a frequência da sua recidiva. Clinicamente, e dependendo das suas dimensões, o doente pode apresentar dor, derrame articular e mesmo limitação funcional do arco de mobilidade do joelho. Os Autores apresentam um caso clínico de um quisto de Baker de grandes dimensões num doente com o diagnóstico de doença de Strumpell-Lorrain.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino com 46 anos de idade, com antecedentes de doença de Strumpell-Lorrain (diagnosticada aos 30 anos), que apresentava quadro clínico de dor na fossa poplítea e derrames de repetição associado a diminuição do arco de mobilidade do joelho direito, com vários meses de evolução. O diagnóstico foi confirmado com tomografia computorizada que descrevia o quisto com cerca de 6 x 3,7 cm de diâmetro. A doente foi submetida a aspiração do quisto.

Resultados:
Aos 6 meses de follow-up a doente evidenciava bom resultado clínico, sem queixas álgicas e marcada melhoria funcional. Um ano após iniciou gonalgia no mesmo lado e limitação funcional. O estudo imagiológico confirmou a recidiva de quisto de Baker de pequenas dimensões.

Discussão:
A doença de Strumpell-Lorrain – também conhecida como paraplegia espástica familiar hereditária – é uma doença neurodegenerativa incomum, cuja principal característica clínica é a parésia espástica progressiva dos membros inferiores. Esta espasticidade que a caracteriza localiza-se particularmente nos músculos posteriores da coxa, quadríceps e do tornozelo. Os quistos de Baker podem tornar-se incapacitantes pelo tamanho e sintomatologia que produzem, alterando a qualidade de vida do doente. Apesar das várias opções de tratamento serem bem sucedidas a curto prazo, a taxa de recidiva desta entidade é elevada. A aspiração do quisto de Baker nesta doente provocou alívio sintomático e melhorou o arco de mobilidade do joelho direito a curto prazo, mas revelou-se um procedimento falível. Podemos considerar este caso clínico pouco frequente pelo tamanho e pela sintomatologia marcada que produz numa doente já com limitação funcional de base.

Conclusão:
Pela alta taxa de recidiva que a ressecção cirúrgica acarreta, medidas temporárias de alívio (aspiração, injecção local de corticóides) constituem a melhor opção no tratamento do quisto de Baker nesta doente.

EP98 - **Luxação de artoplastia total do joelho – caso clinico raro**

Artur Antunes, Manuel Santos Carvalho, André Sá Rodrigues, Manuel Seara, Paulo Oliveira, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João EPE)

Introdução:
A artroplastia total do joelho é um procedimento que apresenta bons resultados funcionais. A luxação de artroplastia é um evento raro, com uma incidência estimada de 0,15 a 0,5%, estando descritos casos em artroplastias unicompartimentais, artroplastias póstero-estabilizadas e em artroplastias com preservação do ligamento cruzado posterior. Apresentamos um caso clínico raro de luxação de uma artroplastia póstero-estabilizada primária do joelho.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, de 76 anos de idade, com índice de massa corporal de 28,65 Kg/m2, com queixas de gonalgia esquerda progressiva e limitante para as atividades de vida diária, com avaliação radiográfica evidenciando joelho varo – 7º - com alterações degenerativas grau IV/V na escala de Ahlbäck, submetida a artroplastia primária do joelho esquerdo com prótese póstero-estabilizada. Realizamos avaliação clínica, avaliação processual e revisão bibliográfica sobre o tema.

Resultados:
Após a intervenção primária a utente foi acompanhada em ambulatório, referindo queixas de gonalgia anterior e sensação de instabilidade antero-posterior. Apresentava um arco de mobilidade de 0 – 120º, extensão da perna grau IV/V, sem instabilidade em

varo/valgo aos 0 e 30º de flexão e sem derrame articular. Aos 5 meses de pós operatório recorreu ao serviço de urgência na sequência de uma queda do mesmo nível com dor e incapacidade funcional imediata do membro inferior esquerdo. Ao exame objetivo apresentava deformidade do joelho, pulsos periféricos palpáveis e simétricos e não eram evidentes défices neurológicos. Realizou estudo radiográfico (face e perfil) do joelho esquerdo, evidenciando luxação anterior de artroplastia total do joelho, sem imagens de fraturas associadas. Foi submetida a redução incruenta sob sedação e posterior imobilização. O controlo radiográfico demonstrou redução da luxação e a avaliação por EcoDoppler não revelou alterações vasculares. Em avaliação funcional após um mês de luxação, apresentava clinica de incompetência do ligamento colateral medial com instabilidade em valgo forçado tendo sido submetida a revisão de artroplastia, com um implante constritivo. Não se registaram complicações no procedimento ou no período pós operatório. Aos dois de seguimento encontra-se assintomática, sem episódios de derrame, com um arco de mobilidade de 0 - 90º e marcha autónoma sem apoios externos.

Discussão:
A luxação de artroplastia do joelho é uma complicação rara. São causas descritas, o mal posicionamento dos componentes, assimetria dos gaps de flexão e extensão, excessiva libertação ligamentar e incompetência do aparelho extensor. O caso descrito não revelava aparentes alterações de posicionamento dos componentes, nem a deformidade pré-operatória exigiu libertação extensa durante o balanço ligamentar. Assim, inferimos que a causa mais provável para este episódio de luxação, terá sido por incompetência do aparelho extensor associado a traumatismo minor. Nos poucos casos descritos na literatura atual, é aconselhável a realização de revisão de artroplastia, sendo preconizada a utilização de implantes póstero-estabilizados ou implantes de charneira, dependo do implante primário e da estabilidade ligamentar presente.

Conclusão:
Apresentamos um caso raro de luxação de artroplastia total do joelho aos 5 meses de pós-operatório, que por apresentar instabilidade após redução foi submetida a revisão de artroplastia com prótese de charneira, com bom resultado clínico e funcional aos dois anos de seguimento.

EP99 - **Sinovite vilonodular pigmentada agressiva do joelho – a propósito de um caso clínico**
Sofia Esteves Vieira, Virginia Do Amaral, João Das Dores Carvalho, Helder Nogueira, Daniel Lopes, Jorge Mendes
(Centro Hospitalar do Tamega e Sousa)

Introdução:
A sinovite vilonodular pigmentada é um tumor benigno, difuso e raro caracterizado por hiperplasia de vilosidades da membrana sinovial em articulações e bainhas tendinosas. É de difícil diagnóstico pelo facto da sua apresentação clínica se sobrepor a outras entidades tais como artropatias inflamatórias pós traumáticas ou ainda a processos tumorais. Clinicamente caracteriza-se por derrames de repetição, dor, desconforto, bloqueio articular e massa palpável. O tratamento passa pela sinovectomia por via artroscópica ou artrotomia.

Material e Métodos:
Doente de sexo masculino, 34 anos, com desconforto constante, segundo o doente “sensação de peso” no joelho com evolução de 2 anos sem eventos traumáticos precipitantes. Nos últimos meses o doente apresentou agravamento da sintomatologia com aumento das queixas álgicas, derrames de repetição e diminuição da mobilidade do joelho. O diagnóstico foi confirmado por RMN que revelou uma formação proliferativa de estrutura heterógenea nos planos superiores dos recessos articulares compatível com manifestação de sinovite vilonodular pigmentada agressiva. Foi decidido tratamento por sinovectomia artroscópica.

Resultados:
Com um follow-up de 6 meses, o doente apresenta um bom resultado clínico e imagiológico, não se verificando recidiva da lesão nem das queixas iniciais.

Discussão:
A sinovite vilonodular pigmentada é uma entidade rara de difícil diagnóstico. Do diagnóstico diferencial fazem parte a osteoartrite, a artrite reumatoide, a gota, os corpos livres intra-articulares, a osteiomielite ou ainda o sarcoma sinovial.

Conclusão:
O tratamento artroscópico constitui uma excelente arma terapêutica nos casos de sinovite vilonodular pigmentada sendo no entanto necessária realizar uma

sinovectomia extensa de forma a prevenir as recidivas.

EP100 - **Revisão de Ligamentoplastia do LCA**
Tiago Rebelo, Maria Inês Simões, André Carvalho, João Moreno, José António Gomes, Francisco Agostinho
(Centro Hospitalar Tondela-Viseu)

Introdução:
A reconstrução do ligamento cruzado anterior (LCA) é um procedimento comum nos dias de hoje, realizado pela maioria dos cirurgiões ortopédicos. Este procedimento apresenta elevadas taxas de sucesso, no entanto, e apesar da evolução da técnica cirúrgica, estão descritas taxas de insucesso que vão de 3 a 15%, de acordo com a literatura. As falências de ligamentoplastias ocorrem na maioria das vezes devido a erros técnicos, podendo também estar associados a traumatismos repetitivos, lesões concomitantes, entre outras causas.

Material e Métodos:
Apresentamos o caso de um paciente com 38 anos, com antecedentes de rotura total do LCA à direita em 2006, tendo na altura sido realizada ligamentoplastia com osso-tendão-osso. Referenciado a consulta externa de Ortopedia por instabilidade e dor referida ao joelho direito, com teste Lachman positivo. O paciente foi operado em Fevereiro de 2013. Foi observado por via artroscópica rotura da ligamentoplastia, túnel femoral com posição demasiado anterior e fractura em asa de cesto do menisco interno. Realizada extração de grampo tibial, plastia do LCA com tendões ísquio-tibiais e meniscectomia parcial interna.

Resultados:
O paciente cumpriu programa de reabilitação no pós-operatório, observado ao mês e meio de pós-operatório, faz marcha sem apoio e sem claudicação, sem derrame articular, sem instabilidade e sem alterações à mobilização ativa e passiva do joelho.

Discussão:
De todas as possíveis causas de falência, os erros técnicos são a mais comum, sendo responsáveis por 77% a 95% de casos de falência de ligamentoplastia do LCA. O erro mais comum diz respeito ao posicionamento não anatómico dos túneis, estando o posicionamento do túnel femoral na origem da maioria dos casos. O túnel femoral é posicionado demasiado anterior frequentemente, resultando em constrição do enxerto em flexão e laxidez em extensão.

Conclusão:
A revisão de ligamentoplastia do LCA constituiu um desafio para o cirurgião, estando associada a piores resultados do que a reconstrução primária. A realização de uma revisão de ligamentoplastia do LCA requer um planeamento pré-operatório preciso de forma a identificar a causa da falência e evitar a repetição dos mesmos erros na cirurgia de revisão.

EP101 - **TRATAMENTO DA TENDINOPATIA CALCÁRIA DO JOELHO COM ONDAS DE CHOQUE**
Elson Sousa Miranda, Elson José S. Miranda
()

Introdução:
Apresentação de pacientes com TENDINOPATIAS COM OU SEM CALCIFICAÇÃO DO JOELHO (TENDÃO PATELAR), tratados com ONDAS DE CHOQUE (TOC), no Centro de Ortopedia e Traumatologia, Natal-RN. Todos já tratados clinicamente sem êxito e recusaram os métodos invasivos.

Material e Métodos:
Nossa casuística é de 04 casos, seleção pela análise de prontuários de pacientes atendidos em nossa Clínica ou encaminhados de outros serviços, já realizados outros tratamentos sem êxito, todos avaliados e submetidos à TOC, no período de março de 2009 a julho de 2011. Utilizamos o Equipamento Eletro-Pneumático com 6.000 impulsos, feito avaliação clínica e radiológica em; 60, 120, 180, 240 e 360 dias.

Resultados:
Dos 4 casos tratados, os 3 com CALCIFICAÇÃO houve cura funcional e absorção total da calcificação, o que apresentava TENDINOPATIA HIPERTRÓFICA, teve recuperação total do quadro.

Discussão:
Sempre esclarecendo que a TOC tem objetivo e melhorar a dor, recuperar a função e levar à absorção total da calcificação (1), podendo evitar o procedimento cirúrgico.

Conclusão:
Pela literatura e a nossa experiência, a TOC mostrou

bons resultados, sendo uma importante opção em casos que não resolvidos com tratamento clínico. Deve ser indicada antes das técnicas invasivas, de aplicação ambulatorial, não retarda a programação de outros tratamentos em caso de insucesso.

EP102 - **OSTEOTOMIA PROXIMAL DA TÍBIA NA GONARTROSE: RETROSPECTIVA DOS DOENTES OPERADOS EM 17 ANOS**

Ana Bia, Ricardo Alves, Rodriguez De Sousa, Luiz Santiago, José F. Mateus
(Hospital de Torres Vedras (Centro Hospitalar do Oeste))

Introdução:
A osteotomia supratuberositária de valgização é eficaz no tratamento da gonartrose secundária ao desalinhamento em varo. Os objectivos fundamentais deste procedimento consistem na transferência da carga da superfície articular lesada para a restante articulação e na correcção da deformidade angular femuro-tibial. Apesar do sucesso clínico da Artroplastia total do joelho, com diminuição do número de osteotomias realizadas durante a última década, a osteotomia supratuberositária da tibia continua útil no tratamento de casos selecionados. O retomar do entusiamo por esta técnica prende-se com a incidência aumentada de Gonartrose unicompartimental interna em doentes fisiologicamente mais novos, activos, para os quais a Artroplastia constitui uma má solução a longo prazo. Por outro lado, o avanço de técnicas de fixação interna diminui os efeitos adversos da osteotomia, nomeadamente a rigidez articular, a perda de correcção e as complicações cutâneas. Neste trabalho, os autores avaliam o resultado a longo prazo das osteotomias supratuberositárias de valgização da tíbia nos doentes operados no período de 17 anos.

Material e Métodos:
O estudo consistiu na consulta e análise dos processos clínicos dos doentes operados entre Janeiro de 1995 e Dezembro de 2011. Analisámos: idade, sexo e conversão em artroplastia total/unicompartimental do joelho, período decorrente entre osteotomia e artroplastia, bem como complicações e alinhamentos pós-operatórios obtidos. Por limitações do ficheiro radiográfico subdividimos a amostra seleccionando um grupo de doentes operados nos últimos 5 anos para reavaliação em consulta.

Resultados:
No período de 17 anos foram realizadas 123 osteotomias de valgização da tíbia em 105 doentes (51 mulheres e 54 homens). Na maioria dos casos, foi complementada com osteotomia de ressecção do perónio. A idade média dos doentes rondou os 47 anos e o período médio de follow-up de cerca de 9 anos. A conversão para artroplastia total (PTJ) ou unicompartimental (PUJ) do joelho constitui o critério major de avaliação da eficácia da osteotomia, com 14 casos de conversão em PTJ e 4 em PUJ, num período médio de 6,4 anos.

Discussão:
O objectivo deste estudo retrospectivo foi o de avaliar a sobrevida a longo prazo das osteotomias de valgização da tíbia, nomeadamente através da conversão a PTJ/PUJ. A amostra é estatisticamente significativa, com uma percentagem de 14,6% de conversão num período de 6,4 anos. Estes casos foram submetidos a análise crítica detalhada.

Conclusão:
A osteotomia proximal de valgização da tíbia deve ser considerada em doentes com gonartrose em varo, antes dos 60 anos de idade e com uma actividade física e profissional exigentes.

EP103 - **Degenerescência lipomatosa do músculo quadricípite complicada de rotura crónica do tendão – a propósito de um caso clínico**

João Neves, Miguel Carvalho, Amílcar Araújo, Mafalda Batista, Rita Ricardo, Pedro Pessoa
(Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal)

Introdução:
O tendão quadricipital é fundamental na transmissão da força dos músculos à patela nos movimentos de extensão do joelho. As roturas do tendão quadricipital são relativamente raras e geralmente unilaterais, mas podem aparecer simultaneamente nos dois joelhos. Mais frequente no sexo masculino após os 40 anos de idade. Essa rotura poderá estar relacionada com comorbilidades oriundas de doenças reumáticas ou sistémicas. A atividade desportiva em excesso e/ou uso crónico de certos medicamentos também favorecem a lesão.

Material e Métodos:
Os autores relatam um caso de uma doente de 61 anos, com antecedentes de poliomielite com importante atrofia do membro inferior direito, que recorre a uma consulta privada de ortopedia com uma importante atrofia muscular do quadricípite esquerdo associado a uma rotura do tendão com cerca de 4 meses de evolução. O exame físico revelou uma patela baixa e um gap palpável na região supra-patelar, tendo incapacidade de estender ativamente a perna. Realizou RMN que confirmou a rotura do tendão e permitiu o planeamento pré-operatório.

Resultados:
A cirurgia decorreu sob raquianestesia com o uso de garrote e incisão mediana no joelho. A técnica cirúrgica empregue consistiu na sutura do tendão conjunto e plicatura do músculo quadricípite recorrendo a âncoras. No intra-operatório verificou-se uma importante degenerescência do quadricípite particularmente do vasto interno, tendo-se aplicado factores de crescimento sobre a plicatura e sutura. No pós-operatório o joelho foi imobilizado por seis semanas com uma ortótese, que era removida para exercícios isométricos de reabilitação ativa, a fim de evitar atrofia adicional e rigidez com progressivo aumento do arco de movimento. Sobrevem à data um défice de extensão de cerca de 15º e a flexão atinge os 110º. Aplicada a escala de avaliação funcional do joelho (Lysholm modificado) obtivemos a pontuação de 80 pontos, considerada um resultado regular segundo o mesmo sistema de avaliação.

Discussão:
Há controvérsia entre manter ou não imobilizado no pós- operatório e qual o período de imobilização. O uso de ortótese foi mantido por seis semanas, com retirada diária para exercícios de ganho de arco de movimento e desenvolvimento muscular. Há pesquisas sobre alterações estruturais no tendão decorrentes de microtraumatismos ou degenerescência dos mesmos, ocasionando as roturas traumáticas. Na verdade, pensamos que alterações estruturais incrementam o risco de lesões do aparelho extensor do joelho, como no caso da nossa doente. O diagnóstico da rotura é basicamente clínico, por meio da palpação do gap e a observação da insuficiência do mecanismo extensor. Em relação aos exames complementares, a radiografia do joelho é útil na confirmação diagnóstica, além de baixo custo. No entanto, a ressonância magnética é o exame complementar gold standard para o diagnóstico.

Conclusão:
A rotura do quadricípite é totalmente incapacitante, resultando na inabilidade de realizar a extensão completa do joelho. A rotura total de um tendão geralmente é o somatório de múltiplas microroturas, que vão se formando durante a vida desportiva. As microlesões fazem parte do processo degenerativo que o tendão pode sofrer, fruto de má adaptação às cargas impostas durante as atividades físicas. O diagnóstico da lesão e a sua reparação precoce permitem a recuperação do movimento e da força Avanços recentes nas técnicas cirúrgicas como o reforço com enxerto (ex: semitendinoso) da sutura do tendão , bem como técnicas de retalho em V-Y favorecem uma boa recuperação. O uso de âncoras para a sutura do tendão quadricipital é outra opção e gera menor agressão cirúrgica.

EP104 - **Realinhamento distal do aparelho extensor - follow-up aos 5 e aso 10 anos de pós-operatório.**
Vera Resende, Manuel Mendonça, Fernando Leal, Ricardo Frada, João Teixeira, Artur Neto
(Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga)

Introdução:
A instabilidade da articulação femoro-patelar é uma das causas mais comuns da dor anterior no joelho. A incidência pode acometer entre 10 a 40 pessoas em 100.000 habitantes, sendo responsável por aproximadamente 11% das queixas musculo-esqueléticas, principalmente em jovens do sexo feminino. A estabilidade patelar depende de alguns fatores como o alinhamento dos membros inferiores, o formato da patela, a geometria da tróclea, os restritores passivos das partes moles, a atividade adequada da musculatura e a ângulo de flexão do joelho. O objectivo do estudo e avaliar a evolução dos pacientes ao fim de 5 e 10 anos pós cirurgia de realinhamento do aparelho extensor.

Material e Métodos:
Material e métodos: avaliação retrospectiva dos doentes submetidos a realinhamento distal do aparelho extensor com 5 e 10 anos de follow-up. Fez-se a avaliação das queixas pré-operatórias, do idade a data da cirurgia, do número de luxações prévias à cirurgia e a comparação do estudo radiográfico pré e pós-operatório (avaliação do ângulo troclear, do ângulo de

congruência e o índice de Caton). Fez-se, ainda, o registo da complicações pós-operatórias, incluindo o desenvolvimento de artrose femoro-patelar. Avaliação estatística com o test t student.

Resultados:
Foram avaliados 13 doentes com 5 anos de follow-up e 11 com 10 anos. As idades variaram entre os 15 os 42 anos, com uma média de 20,7. Eram 58% do sexo feminino e 42% do sexo masculino. 19% apresentaram episódios de luxação da rótula prévios à cirurgia. Em termos de comparação radiográfica verificamos a presença de um ângulo troclear médio de 143º (intervalo confiança de 95% [137-149], um ângulo de congruência médio de -4,6º e uma patela alta (Caton >1.2). Foram encontradas 33% de complicações no pós-operatório, sendo que 5% desenvolveu artrose femoro-patelar aos 10 anos de follow-up, 9,5% desenvolveu sobrecarga no compartimento interno, 5% excesso de medialização da pastilha, 5% atrito femoro-patelar e 9,5% dor residual. Estatisticamente verificou-se uma correlação positiva entre o ângulo troclear e o ângulo de congruência ($p<0.001$). Definiu-se uma taxa de prevalência de artrose femoro-patelar aos 5 anos de 0 e de 5% aos 10 anos.

Discussão:
A rótula é o maior osso sesamóide do corpo humano e encontra-se entre o tendão do músculo quadricipital proximal e o tendão patelar distal. A principal função da rótula é aumentar a eficiência do mecanismo extensor do joelho. A dor na região anterior do joelho foi desde o inicio do século XX até cerca dos anos 60 atribuida a lesões condrais. Nos anos 70 este conceito modificou-se, passando a relacionar-se a dor da região anterior do joelho com o desalinhamento da rótula. O tratamento das instabilidades rotulianas é inicialmente, conservador. O tratamento cirúrgico fica reservado para aqueles em que o tratamento conservador falhou. Consiste no realinhamento do aparelho extensor proximal e/ou distal, libertação do retináculo externo e reconstrução do ligamento patelo-femoral medial. O realinhamento distal é das cirurgias mais frequentemente realizadas no tratamento da instabilidade rotuliana. Bandi e Maquet reportaram bons resultados nas suas publicações, no entanto, também são reportadas complicações como: necrose de pele, fratura da pastilha óssea, trombose venosa profunda, síndrome compartimento.

Conclusão:
Apesar da pequena amostra de doentes, podemos confirmar a eficácia desta cirurgia aos 10 de follow-up. Definiu-se uma taxa de prevalência de artrose femoro-patelar aos 5 anos de 0 e de 5% aos 10 anos.

EP105 - **Eficacia da reconstruçao do LCA por via artroscopica com isquiotiibiais na funçao do joelho e na prevençao de osteoartrose**
Daniel Saraiva, Andre Costa, Andreia Ferreira, Filipe Lima Santos, Tiago Pinheiro Torres, Paulo Carvalho (CHVNG/E)

Introdução:
A rotura do ligamento cruzado anterior (LCA) é um situação comum nos jovens praticantes de desporto e poderá estar associada a um aumento da incidência de osteoartrose (OA) do joelho, assim como limitação funcional do joelho, dor e diminuição da qualidade de vida. A reconstruçao do LCA por via artroscopica com isquiotiibiais está bem estabelecida na literatura mas existem poucos estudos a comprovar a sua eficacia a medio e longo prazo. Os objectivos deste estudo foram estudar os resultados clínicos relatados em relação a dor e função do joelho, assim como a prevalência de OA radiológica em doentes submetidos a reconstruçao do LCA por esta tecnica.

Material e Métodos:
Neste estudo retrospectivo foram incluídos os doentes submetidos a reconstrução artroscópica do LCA com isquiotibiais pela mesma equipa cirúrgica e na mesma instituição entre Abril de 2005 e Dezembro de 2012. Foram excluidos doentes com lesoes associadas (meniscais ligamentares ou condrais). A avaliação clínica e functional no follow up foi efectuada com base no International Knee Documentation Committee (IKDC) e no Lysholm Knee Scoring Scale (LKSS). A avaliação da incidência de OA do joelho foi realizada obtendo radiografias em 3 planos: face, perfil e incidencia de Schuss e graduadas de acordo com a classificação de Kellgren e Lawrence.

Resultados:
Obteve-se um total de 76 doentes, 62 do sexo masculino e 14 do sexo feminino. O follow up médio foi de 4 anos. A idade média obtida foi de 28,2 anos. Foram operados 47 joelhos esquerdos e 29 joelhos direitos. A avaliação clinica usando o score IKDC revelou 29 doentes (38,2%) com uma classificação IKDC classe A, 33 (43,4%) classe B, 12 pacientes (15,8%) com classe C e

2 (2,6%) com classe D. A avaliação clínica usando o score LKSS revelou um score médio pos operatoriio de 86. O score médio pré operatório foi de 66. No follow up médio de 4 anos, 11 doentes (14,5%) tiveram um score < 76; 48 (63,2%) tiveram um score > 91 (excelente) e 17 (22,4%) tiveram um score entre 77 e 91 (bom). A avaliação radiográfica segundo a classificação de Kellgren e Lawrence revelou no follow up médio de 4 anos 63 doentes classe 0 (82,9%), 11 doentes classe 1 (14,5%) e 2 doentes classe 2 (2,6%) e nenhum doente nas classes 3 ou 4.

Discussão:
Este estudo retrospectivo, apesar do baixo recuo e relativamente baixo número de doentes, apresenta dados sobreponiveis aos dados relatados na literatura internacional. Mais de 80% foram classificados com um Score IDKC normal (classe A e B). O score LKSS médio revelou uma melhoria de 20 pontos, o que está dentro dos resultados encontrados na literatura. A avaliação radiográfica mostrou uma classificação de Kellgren e Lawrence classe 1 e 2 em mais de 97% dos doentes, o que está dentro dos resultados encontrados na literatura.

Conclusão:
A rotura do LCA acelera a degenerescência articular e conduz a OA do joelho numa elevada proporção de doentes, assim como a limitação da capacidade de participação em actividades desportivas, com impacto directo na qualidade de vida dos doentes. A reconstrução do LCA não está comprovadamente associada a uma diminuição do risco de OA, apesar do seu sucesso na estabilização do joelho afectado. A reconstrução artroscópica do LCA com isquiotibiais tem sido associada a resultados positivos quer no retorno sem limitaçoes à actividade deportiva, quer na prevenção de OA. No entanto, são necessários mais estudos controlados e randomizados para comprovar a eficácia deste método de tratamento após rotura do LCA na prevenção da OA do joelho.

EP106 - **Implantes Nex Gen: 10 anos de experiência clínica (2001-2010)**

Teresa Oliveira, João Faria, Ricardo Antunes, António Martins
(Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A gonartrose é uma patologia com elevada prevalência para a qual a artroplastia total do joelho representa uma técnica de tratamento com elevada taxa de sucesso.

Material e Métodos:
Os autores pretendem apresentar a sua experiência em artroplastia total do joelho no tratamento da gonartrose, pelo que procederam ao estudo de 758 artroplastias primárias efectuadas num período de dez anos (2001-2010). Todos os doentes foram operados pela mesma equipa cirúrgica, tendo havido uniformidade na técnica utilizada (incisão longitudinal anterior e via parapatelar interna) e nos implantes escolhidos (Nex-Gen - Zimmer). Em 89 casos optou-se preservação do LCP (CR) e nos restantes 669 optou-se pelo seu sacrifício (LPS, LPS-Flex e LC-CK) tendo sido sempre efectuada a substituição da rótula. Foi dada particular importância ao balanço ligamentar e alinhamento do aparelho extensor. Os parâmetros avaliados foram: etiologia, sexo, idade, lateralidade e desvio axial.

Resultados:
A avaliação deste grupo de doentes baseou-se nos parâmetros da "Knee Society Score", tendo-se verificado 90,1% de excelentes e bons casos, 7,2% razoáveis e 2,7% maus. A taxa de complicações foi de 4,1% (n=31) e a taxa de revisão foi de 2,3% (n=17).

Discussão:
Procedeu-se a análise estatística de correlação das variáveis em estudo (SPSS), com particular ênfase nos parâmetros mobilidade e dor, tendo-se verificado que a dor condiciona uma menor mobilidade (P-0,010), a idade não condiciona o grau de mobilidade (P-0,179), o implante LPS-Flex tem correlação directa com o grau de mobilidade (P-0,021) e o LPS com uma maior probabilidade de revisão (P-0,050)

Conclusão:
Os autores consideram os resultados encorajadores, com uma grande percentagem de doentes satisfeitos com o tratamento a que foram submetidos, não obstante ser necesssário o aprofundamento da análise casuística e estatística.

EP107 - **Artroplastia unicompartimental do joelho com prótese Oxford em pacientes com artrose**

unicompartimental medial.
Ricardo Frada, Manuel Mendonça, Nuno Tavares, Fernando Leal, Vera Resende, João Teixeira (CHEDV)

Introdução:
A artroplastia unicompartimental do joelho permite que pacientes com artrose unicompartimental do joelho possam recuperar mais rapidamente e com melhor performance quando comparada com artroplastia total do joelho. Também a nível de custos os últimos estudos demonstram a sua relação positiva. Pretendemos com este estudo avaliar os pacientes submetidos na nossa instituição a artroplastia unicompartimental medial do joelho, de 2005 a 2011.

Material e Métodos:
Avaliação retrospectiva dos pacientes submetidos a artroplastia unicompartimental do joelho entre 2005-2011. Foram avaliados 65 pacientes com artrose unicompartimental do joelho com idade média de 60 anos (máx: 78, mín: 41), sendo 50 mulheres e 15 homens. Todos foram submetidos à artroplastia unicompartimental do tipo Oxford, BIOMET. O follow-up mínimo é de 1 ano. Foi efectuada uma revisão dos processos clínicos, uma avaliação radiológica e avaliação funcional através do "Knee Society Score" e " Knee Society Score – function". Foi estabelecido como "end-point" a necessidade de revisão para artroplastia total do joelho.

Resultados:
Foram realizadas 65 artroplastias unicompartimentais mediais do joelho. O KSS médio foi de 90,5 e KSS-function médio foi 71. O alinhamento do eixo mecânico do joelho passando por 50% da região central do prato tibial foi conseguida em 49 das 65 artroplastias. Dois pacientes foram submetidos a revisão para artroplastia total do joelho por descolamento asséptico ao final de 3 anos de artroplastia. Um paciente foi submetido a revisão de polietileno por luxação do polietileno.

Discussão:
É determinante na artroplastia unicompartimental do joelho um correto alinhamento do eixo mecânico do joelho. A prótese Oxford quando corretamente seleccionado o paciente permite um bom alinhamento do joelho o que vai ser importante para a sua longevidade. Os resultados que obtivemos foram muito satisfatórios pese embora o curto follow-up da série apresentada.

Conclusão:
A artroplastia unicompartimental do joelho oferece a uma opção viável com resultados muito satisfatórios no tratamento da artrose unicompartimental do joelho. Os nossos resultados estão sobreponíveis com os apresentados na literatura parecendo-nos fundamental a correta seleção dos doentes e rigor da técnica cirúrgica.

EP108 - **Prótese unicompartimental como solução para a artrose unicompartimental do joelho**
Pedro Miguel Marques, António Sousa, Juan Rodriguez, Edmundo Ford, Luis Lozano, Dragos Popescu (Hospital Clinic)

Introdução:
O tratamento da artrose unicompartimetal constitui um desafio sobre qual o melhor tratamento a efectuar. As próteses unicompartimentais surgem como soluções de tratamento cirúrgico com menor taxa de complicações e morbilidade pós-operatória, para além de permitirem uma recuperação mais rápida, não ser necessário o sacrifício dos ligamentos cruzados e ressecar menos ossos quando comparadas às artroplastias totais ou osteotomias. O objectivo deste trabalho consistiu em apresentar a nossa experiência com a prótese unicompartimental Sigma.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo, avaliando os doentes com diagnóstico de artrose unicompartimental clínica e imagiológica, submetidos a artroplastia unicompartimental do joelho no período entre 2010 a 2012, com período mínimo de follow-up de 1 ano. A todos os pacientes avaliou-se clinicamente atraves do score de WOMAC e KSS-F e K (function e knee) e imagiologicamente com medição do eixo mecânico, slope tibial e angulo de superficie tibial, tanto no pré como no pós-operatório. Valorizou-se também a ocorrência de complicações que necessitaram de cirurgia de revisão.

Resultados:
29 pacientes foram intervencionados por artrose medial e 1 por lateral. Um paciente foi perdido para o follow-up. Clinicamente, no período pré-cirúrgico, apresentavam WOMAC médio de 55 e KSS-K e KSS-F médio de 62, enquanto que no pós-operatório foram de 13, 88 e 93 respectivamente. O eixo mecânico médio

era de 5º varo pré-operatoriamente, tendo passado para 2º de varo. 83% do pacientes apresentaram melhoria clínica no pós-operatório relativamente ao pré, 10% mantiveram o quadro clínico e 7% agravaram sintomatologia. 1 paciente necessitou de cirurgia de revisão para artroplastia total a 2 tempos, devido a infecção, e outros 2 foram submetidos a artroscopias por manterem quadro algico. 89& dos pacientes repetiriam o procedimento cirúrgico e recomendariam a outro paciente.

Discussão:
Os resultados em termos gerais são muitos bons, tendo em conta que a maioria dos pacientes melhoraram da suan sintomatologia pré-operatória, sendo que são resultados semelhantes aos apresentados na literatura (entre 85-90%). Esta é a primeira série de casos apresentada na península Ibérica com a prótese unicompartimental Sigma.

Conclusão:
A prótese unicompartimental Sigma é uma opção válida de tratamento para a artrose unicompartimental, sendo necessário um correcto planeamento cirúrgico de forma a definir o tratamento adequado ao doente.

EP109 - **Tratamento Cirúrgico da Gonartrose Tricompartimental do Joelho: Comparação dos Resultados Funcionais Entre Duas Próteses com Filosofias de Estabilização Diferentes (High-flexion vs Standard)**

Joana Leitão, Sara Alves Silva, Diogo Robles, Sandra Martins, Sofia Esteves Vieira, Jorge Alves
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
A artroplastia total do joelho (ATJ) constitui uma cirurgia bem-sucedida e segura no tratamento da gonartrose tricompartimental, alcançando valores superiores a 90% na satisfação geral do doente. O arco de mobilidade do joelho (particularmente a sua flexão) constitui um dos factores mais determinantes no sucesso da artroplastia. Foram desenvolvidos modelos de próteses inovadores, com filosofias diferentes de estabilização após sacrifício do ligamento cruzado posterior, que potenciam o grau de flexão do joelho. O objectivo deste estudo foi avaliar e comparar os resultados funcionais entre duas próteses com filosofias de estabilização diferentes (high-flexion vs standard) .

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo de uma série de 84 doentes (84 joelhos) submetidos a ATJ no ano de 2011. Quarenta e nove (49) doentes eram mulheres e 35 eram homens. A idade média foi de 68.3 anos na altura da realização deste estudo. Trinta e nove (39) doentes apresentavam a prótese high-flexion e 45 a prótese standard. O follow-up médio foi de 22 meses. Em contexto de consulta foi medido o grau de flexão (com goniómetro) e avaliou-se o grau de satisfação geral através de uma escala subjectiva (pouco satisfeito; moderadamente satisfeito; muito satisfeito). O tratamento estatístico dos dados foi realizado recorrendo ao programa informático SPSS Statistics v. 20.

Resultados:
A média da flexão máxima foi de 88º nos doentes com a prótese standard e de 101º naqueles com a prótese high-flexion. Determinou-se que, entre o grau de flexão máximo e os 2 modelos apresentados, existe uma relação estatisticamente significativa ($p<0.05$) para as próteses high-flexion. Relativamente à satisfação geral 66% dos doentes com prótese high-flexion e 60% com prótese standard estavam muito satisfeitos.

Discussão:
A prótese high-flexion constitui uma inovação relativamente recente na ATJ que permite um grau de flexão máximo maior que a prótese standard. Apesar de serem escassos os estudos existentes que comprovam esta relação, ainda não há consenso na literatura. A satisfação geral constitui um factor cada vez mais importante na avaliação dos doentes submetidos a este procedimento. Os resultados relativamente a esta variável não foram díspares.

Conclusão:
Este estudo demonstrou que as próteses high-flexion permitem um grau de flexão máximo superior às próteses standard, havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois modelos relativamente a esta variável. Não encontramos diferenças significativas no que concerne à satisfação geral.

EP110 - **A Osteotomia de valgisação de adição da tíbia e a aplicação da placa de Puddu: a propósito de 15 casos**

Rui De Freitas Dias, Manuel Caetano, Carlos Alegre,

Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
As alterações degenerativas do joelho e particularmente da articulação femoro-tibial medial ocasionam graves transtornos e apresentam inúmeros tipos de tatamento. Muitas das técnicas cirúrgicas conhecidas têm o objectivo de transferir as forças de carga diminuindo assim a pressão exercida no compartimento lesado. As técnicas de osteotomia da tíbia ocupam um lugar de destaque na resolução destes problemas, exigindo no entanto uma boa mobilidade do joelho e uma boa conservação do estado cartilagíneo. Uma das técnicas utilizadas para o tratamento da atrose unicompartimental medial é a osteotomia de adição e a fixação com a placa de Puddu. O objectivo deste trabalho é a apresentação dos resultados obtidos com a aplicação da técnica de osteotomia de valgisação de adição da tíbia e fixada com a aplaca descrita por Puddu.

Material e Métodos:
Durante o período entre 1 de Janeiro de 2008 e 31 Dezembro de 2012, foram operados 15 doentes com osteotomia de adição interna e fixação com placa de Puddu, com alterações degenerativas da articulação fémoro-tibial medial e joelho varo. A idade dos doente variou entre os 43 e os 65 anos com uma média de 54 anos e 2 meses. O numero de doentes do sexo masculino foi de nove e do sexo feminino foi de 6. A média de idade do sexo masculino foi de 49 anos e 3 meses e do sexo feminino foi de 58. Em 8 casos foi aplicado aloenxerto esponjoso granulado. Os estudo imagiológico consistiu na realização de Rx em carga, em apoio bipodal, Rx pangonograma em carga, incidência axiais da patela e Rx da bacia com coxo femorais. O calculo do eixo do membro era calculado por medição no Rx digital. O cálculo da osteotomia foi efectuado previamente pelo Rx digital e na cirurgia com o auxilio do intensificador de imagens. Todos os doentes foram submetidos a artroscopia de diagnóstico para visualização do estado da cartilagem do compartimento medial. Na cortical externa foi realizada a osteoclasia. Não foi realizada a osteotomia da fíbula. Quatro doentes que estavam com indicação prévia de osteotomia de adição apresentavam lesões osteocartilageneas de grau III em 2/3 da superfície do compartimento medial. Dois destes doentes apresentavam igualmente lesões no compartimento externo. A estes quatro doentes não foi realizada a osteotomia.

Resultados:
Para realizar a avaliação dos resultados, foi elaborada uma escala com 3 escalas: bom, regular e não satisfatório. 14 casos foram avaliados em bom e 1 em não satisfatório, tendo como parâmetros a dor, mobilidade, consolidação e tempo de retorno às atividades profissionais. Não foi registado nenhum caso de infeção, necrose tecidular, desmontagem e não consolidação. Não foi registada nenhuma lesão do aparelho extensor. O caso considerado de não satisfatório foi de um doente que apresentava alterações do foro psíquico. Nos casos que foi aplicado aloenxerto ósseo crioperservado, houve boa integração óssea. A carga total foi preconizada aos 45 dias.

Discussão:
A osteotomia de adição e a aplicação da placa de Puddu é um procedimento com bons resultados em doentes bem triados. O procedimento de artroscopia é fundamental para a realização e o bom resultado desta técnica porque permite a visualização dos compartimentos medial e lateral, permitindo assim alterar o procedimento.

Conclusão:
A qualidade dos resultados obtidos assim como o facto de a técnica ser de simples realização, a segurança e a reduzida taxa de mau resultados (1 caso) assim como a ausência de complicações, permite concluir que é uma cirurgia alternativa segura.

EP111 - **Re-rotura de tendão rotuliano após artroplastia total do joelho**
José Neves Pinto, Mário Tapadinhas, Teresa Granate Marques, João Sarmento Esteves, João Protásio, Ricardo Ferreira
(Hospital Garcia de Orta)

Introdução:
Descreve-se caso clinico de re-rotura de tendão rotuliano após artroplastia total do joelho (ATJ)

Material e Métodos:
Material: Descreve-se caso clinico de mulher, 82 anos, com antecedentes pessoais (AP) conhecidos de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hiperparatiroidismo primário, submetida a ATJ à dta, por gonartrose primária em Maio de 2012 (P.F.C®

Sigma® RP, Depuy®). Cirurgia e pós-operatório decorreram sem intercorrências, apresentando aos 3 meses pós-op. com amplitude de arcos de movimento 0º-110º. Recorre ao S.U. em Agosto de 2012 por gonalgia intensa pós queda. À observação apresentava equimose na região anterior do joelho, palpando-se solução de continuidade a nível da porção proximal do tendão rotuliano, não conseguindo fazer extensão activa. Rx perfil apresentava patela alta. Operada a 20-08-2012: Alectomia medial e lateral, libertação do quadricipete, e reinserção do tendão com 2 âncoras. Cirurgia e pós-operatório sem intercorrências, com imobilização do joelho em extensão durante 4 semanas com tala dorsal, recuperando extensão completa do joelho aos 2 meses. Reavaliada em consulta, constata-se limitação à extensão 30º, apresentando ao rx perfil patela alta. Doente nega história de traumatismo directo. Operada 20-10-2012: Reinserção do tendão com sutura topo a topo tipo Bunnell, reforço com isquio-tibiais e aramagem, com imobilização do joelho em extensão durante 4 semanas com tala dorsal. Assistiu-se a ganho progressivo de amplitude de arcos de movimento apresentando 0º-110º, igual ao pré rotura tendão. Métodos: Descrição de caso clínico e apresentação de exames radiológicos.

Resultados:
Seguimento de 8 meses: sem queixas álgicas e sem limitações de amplitude de arcos de movimento.

Discussão:
A disrupção do mecanismo extensor após ATJ é uma complicação pouco frequente, podendo ocorrer no intra ou pós-op. sendo necessário quase sempre correcção cirúrgica, estando descritos várias técnicas, com novidades recentes de reconstrução com alo-enxertos. Casos de re-roturas descritos na literatura e como tratar são raros.

Conclusão:
A prevenção de rotura tendão rotuliano é importante, devendo-se ponderar: Avaliar a necessidade de libertação do quadricipite, fazer translação em vez de inversão da rótula, não remoção de tecido adiposo se não necessário, reconhecendo o elevado risco de lesão do tendão rotuliano em revisões de próteses.

EP112 - **Lesão do Ponto de Ângulo Postero-Externo em atleta de alta competição**

Ricardo Mata Antunes, Teresa Oliveira, João Faria, António Martins
(Hospital de Sant´Ana)

Introdução:
As lesões do Ponto de Ângulo Postero-externo (PAPE) do joelho são raras e difíceis de diagnosticar, não só pela sua complexidade anatómica, como também pela sua associação a outras lesões ligamentares. Estas lesões podem ser classificadas como agudas (quando o seu diagnóstico ocorre nas primeiras 2 semanas após a lesão), ou crónicas (considerando aquelas que não foram diagnosticadas na fase inicial ou que recidivaram após tratamento inicial)

Material e Métodos:
Esta comunicação tem como objectivo fazer uma breve referência da anatomia e biomecânica desta estrutura e apresentação de um caso clínico, diagnosticado na fase aguda, referente a um futebolista profissional, vítima desta lesão, o qual foi submetido a reparação directa do PAPE, reinserção meniscal externa e ligamentoplastia artroscópica do LCA. Foi efectuado todo o seguimento e acompanhamento até à integração total no treino e retorno à competição, tendo sido convocado para a seleção Nacional de Sub-21, 10 meses após a cirurgia.

Resultados:
O atleta foi submetido a cirurgia , iniciando marcha sem auxiliares entre o 2º e o 3º mês pós-operatório, tendo iniciado corrida após o 3º mês. Foi efectuado todo o seguimento e acompanhamento até à integração total no treino e retorno à competição, que ocorreu após 7 meses e treze dias pós-op, tendo sido convocado para a seleção Nacional de Sub-21, 10 meses após a cirurgia.

Discussão:
O PAPE compreende um conjunto de estruturas (elementos ósseos, estruturas ligamentares, musculo-tendinosas e neuro-vasculares) passíveis de sofrer lesão associadas a outras lesões ligamentares, podendo estas prejudicar a realização de um diagnóstico correcto. Embora controverso, optámos pela reparação directa do PAPE e não por plastia da referida estrutura como alguns autores advogam, mesmo em lesões agudas.

Conclusão:
Tendo em atenção que se trata de uma lesão de extrema gravidade, particularmente num atleta de alta competição, obtivemos um bom resultado funcional e sem instabilidade residual evidente, facto particularmente referenciado por alguns autores

quando se opta pela reparação directa. O caso apresentado reveste-se de particular interesse, pois é acompanhado de vários vídeos e imagens do mecanismo de lesão, da 1ª observação efectuada no próprio jogo, das imagens RMN, da avaliação realizada sob anestesia, do procedimento cirúrgico, da avaliação periódica durante o periodo de reabilitação e do seu retorno à competição.

Ombro e Cotovelo

EP113 - **Exérese pela via de Judet modificada de osteocondroma da articulação escapulo-toráxica**
Edgar Meira, Joana Cardoso, Nuno Camelo Barbosa, Hugo Aleixo, Luís Carvalho, Pedro Costa
(Hospital de Pedro Hispano)

Introdução:
O osteocondroma é o tumor ósseo benigno mais comum, sendo uma lesão benigna com origem em cartilagem aberrante. A sua incidência é desconhecida visto que a maior parte deles são assintomáticos. Devem ser removidos se forem dolorosos ou apresentarem um crescimento suspeito.

Material e Métodos:
Uma doente submetida a exérese cirúrgica de osteocondroma da face ventral do corpo da omoplata direita. Sexo feminino, 40 anos de idade. Follow-up de 10 meses. Apresentava omalgia direita moderada e sensação de ranger do ombro direito durante movimentos articulares. O exame objectivo revelou mobilidades amplas mas dolorosas e dor à palpação do corpo da omoplata. Durante a mobilização do ombro era perfeitamente possível sentir o atrito articular provocado pela lesão. Foi submetida a exames radiográficos e a uma Tomografia Axial Computadorizada que revelaram a presença de uma massa esférica de 5cm x5cm de maiores dimensões adjacente à face ventral do corpo da omoplata. Tratou-se de uma avaliação retrospetiva. Foi conduzida uma entrevista clínica, consulta processual. Avaliação clínica e radiográfica.

Resultados:
A doente referiu melhoria completa das queixas álgicas com a mobilidade após a cirurgia. O procedimento cirúrgico decorreu sem complicações. Após análise anátomo-patológica foram confirmados os critérios de benignidade e o diagnóstico de osteocondroma.

Discussão:
A via de Judet permite um bom acesso à vertente posterior da omoplata. A incisão da via clássica cursa pelo bordo posterior do acrómio e curva-se num ângulo recto ao longo do bordo interno da omoplata. Usa o plano internervoso entre o infra-espinhoso (nervo supra-escapular) e o pequeno redondo (nervo axilar). Neste caso só o braço inferior da incisão foi necessário e o plano profundo também foi diferente da via clássica. Os rombóides foram desinseridos da sua inserção escapular dando acesso à face ventral da omoplata. Foi retirada a massa de bordalete cartilagíneo com osteótomo.

Conclusão:
Um osteocondroma isolado tem um risco de degenerescência maligna em condrossarcoma de <1%, no entanto neste caso era sintomático e procedeu-se à sua exérese.

EP114 - **Luxatio erecta humeri bilateral: relato de um caso**
Ricardo Goncalves, Ana Lopes, Glória Magalhães, Pedro Campos, Bárbara Rosa, Jorge Santos
(Hospital Vila Franca de Xira)

Introdução:
A luxação glenoumeral inferior, também conhecida como luxatio erecta humeri, é a forma mais rara de luxação do ombro, com uma incidência de apenas 0,5%. As luxações inferiores bilaterais são ainda mais raras (até 2011, na literatura médica, apenas se encontravam descritos 12 casos). Este trabalho tem como objetivo rever um destes casos, incluindo a sua apresentação clínica e radiológica, abordagem terapêutica e resultado final.

Material e Métodos:
Mulher, 62 anos, que recorreu ao serviço de urgência após queda na via pública, com os membros superiores em extensão. No exame físico apresentava os ombros abduzidos (90-100º), cotovelos fletidos e os antebraços supinados. Era incapaz de aduzir os braços e aparentava dor intensa à mobilização passiva dos membros superiores. Não foram detetados défices neurológicos ou vasculares. O estudo radiológico inicial demonstrou uma luxação glenoumeral inferior bilateral, associada a avulsão bilateral da grande tuberosidade do úmero. Procedeu-se a redução incruenta (sob sedoanalgesia) através de tração axial e contra tração simultânea. A doente teve alta com suspensão braquial bilateral, tendo iniciado mobilização passiva e exercícios pendulares de Codman às duas semanas pós trauma.

Resultados:
No seguimento da doente, com recurso ao score de Constant, procedeu-se a uma avaliação clínica da dor, posicionamento, atividades diárias, amplitude articular e força. Aos 6 meses apresentava um score de 94

pontos, sem qualquer registo de compromisso neurológico ou vascular pós redução, com consolidação das fraturas e normal relação anatómica das estruturas articulares.

Discussão:
A articulação glenoumeral, em função da sua hipermobilidade, multidirecionalidade, estrutura anatómica e habitual exposição a traumas, é frequentemente luxada. A luxatio erecta é uma luxação glenoumeral inferior, inicialmente definida por Middeldorpf e Scharm. A apresentação típica caracteriza-se por uma híper abdução do braço afetado, flexão do cotovelo e posicionamento das mãos acima e posteriormente à cabeça. No exame físico a cavidade glenoideia está vazia, sendo possível palpar a cabeça umeral na axila ou na parede torácica. As radiografias convencionais demonstram habitualmente a cabeça umeral abaixo do rebordo da glenoide, com a diáfise umeral paralela à espinha da omoplata (permitem concomitantemente a identificação de fraturas associadas). As luxações inferiores ocorrem preferencialmente por trauma direto. São frequentemente encontradas lesões associadas de partes moles (avulsões do supraespinhoso, infraespinhoso e redondo menor, lesões do labrum), complicações neurológicas (neuropraxia do axilar), vasculares e lesões ósseas (fraturas do úmero, tuberosidades e da glenoide). A capsulite adesiva e a subluxação/luxação recorrente poderão ser complicações tardias.

Conclusão:
A redução precoce diminui o risco de complicações tardias, sendo a técnica de contra tração (tração e ligeira abdução do braço afetado no sentido axial do úmero, associada a contra tração simultânea) o método fechado mais eficaz. Em caso de falência da redução fechada, a correção cirúrgica poderá ser necessária. A luxatio erecta é uma forma rara de luxação do ombro, dado o seu mecanismo específico de ocorrência e respetiva apresentação clínica. Todos os profissionais de saúde deverão estar familiarizados com a sua existência, no sentido de evitar eventuais complicações resultantes de tentativas de redução, com recurso a técnicas impróprias.

EP115 - **Lesão do Nervo Axilar – Complicação de Bankart artroscópico**

André Simões Carvalho, Tiago Rebelo, João Moreno, Francisco Agostinho, Joaquim Nelas, Manuel Sousa
(Centro Hospitalar Tondela Viseu)

Introdução:
A artroscopia do Ombro revelou-se um procedimento fiável e seguro. Apesar da evolução na multiplicidade de técnicas, as complicações associadas à artroscopia do ombro descritas na literatura são escassas e raras. Contudo, torna-se necessária a prevenção, o reconhecimento e tratamento precoces quando surgem. Estão descritas lesões neurológicas, geralmente transitórias (neuropraxia), relacionadas com a tracção aplicada ao membro superior durante o procedimento (geralmente no posicionamento em decúbito lateral). O objectivo do trabalho é apresentar um caso clínico de lesão do Nervo Axilar após Bankart artroscópico por luxação recidivante do ombro.

Material e Métodos:
Homem de 32 anos com vários episódios de luxação anterior do ombro, com o diagnóstico imagiológico (RMN) de lesão de Bankart e operado por via artroscópica. Doente referenciado à Consulta Externa por luxação recidivante do ombro direito. Fez RMN que revelou lesão de Bankart. Score ISIS = 5 e foi proposta reparação artroscópica. Feita reinserção do labrum com 3 âncoras, com o doente em decúbito lateral e tracção longitudinal no membro operado. Cirurgia sem intercorrências.

Resultados:
Na 1ª consulta pós operatório o doente refere diminuição da sensibilidade na face lateral do ombro e limitação da abdução e antepulsão. Foi orientado para fisioterapia. Fez EMG às 8 semanas tendo revelado neuropraxia do axilar com evolução favorável com tratamento médico. Aos 6 meses apresentava recuperação total.

Discussão:
Os procedimentos artroscópicos no ombro tendencialmente cursam sem morbilidade. As complicações podem ser relacionadas com o acto anestésico (bloqueio interescalénico), com a cirurgia e posicionamento (infecção, alterações neurológicas ou vasculares) e com o procedimento em si (rigidez, lesão musculotendinosa, lesão óssea,..) Alguns estudos demostram até 20% lesões neurológicas transitórias do membro superior como parestesias ou parésias. Neste caso, a parésia do axilar reverteu com tratamento médico apenas, como se encontra descrito na maioria

dos casos. Alguns autores referem que existem 2 posições favoráveis preventivas de lesão neurológica: 45 graus de flexão com 0 ou 90 graus de abdução diminuindo a tensão no plexo braquial.

Conclusão:
As complicações da artroscopia do ombro são raras. A parésia do axilar por lesão transitória do plexo braquial decorrente da tracção do membro em decúbito lateral geralmente reverte com tratamento médico. O tratamento cirúrgico é excepção mas pode estar indicado em sintomas > 6 meses.

EP116 - **Um caso raro de lesão tendinosa – avulsão traumática do tendão do músculo tricípete braquial**
Pedro Miguel Campos, Ana Correia Lopes, Ricardo Gonçalves, Glória Magalhães, Bárbara Rosa, Quinaz Neto
(Hospital de Vila Franca de Xira)

Introdução:
A avulsão do tendão do músculo tricípete braquial é uma entidade pouco frequente, considerada como uma lesões tendinosas menos comuns. Ocorre sobretudo em indivíduos jovens do sexo masculino e trata-se habitualmente de uma lesão de etiologia traumática. No entanto, também pode surgir espontaneamente associada a condições como Lúpus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Marfan e infiltrações locais com corticóides.

Material e Métodos:
Apresentamos o caso clínico de uma doente de 82 anos, sexo feminino, que recorreu ao Serviço de Urgência após queda com traumatismo direto do cotovelo direito, do qual resultou ferida da face posterior do cotovelo com exposição da face posterior da palete umeral.

Resultados:
Clinicamente a doente apresentava queixas de dor local. À observação constatou-se ferida contusa com sinais de desinserção do tendão do tricípete braquial. Verificava-se ainda incapacidade de fazer extensão ativa do cotovelo. Após a exploração da ferida confirmou-se a avulsão completa do tendão do músculo tricípete braquial. Iniciou de imediato antibioterapia endovenosa com Ceftriaxone e Gentamicina e no mesmo dia foi submetida a limpeza e desbridamento da ferida e reinserção do tendão do músculo tricípete braquial com âncora de sutura e fiberwire. Ficou com imobilização do membro superior com tala gessada posterior, que foi retirada ao fim de 3 semanas. A partir desta altura iniciou mobilização assistida e posteriormente mobilização ativa do cotovelo direito. Aos 3 meses de pós-operatório iniciou exercícios de força do cotovelo direito. A Ressonância Magnética confirmou reinserção adequada do tendão do músculo tricípete. Aos 6 meses de seguimento apresentava-se assintomática e com recuperação completa do arco de movimento e da força do membro superior direito.

Discussão:
A avulsão do tendão do tricípete braquial é uma entidade que deve ser suspeitada em doentes com dor e défice de extensão do cotovelo, normalmente após traumatismo. Em caso de dúvidas, a Ressonância Magnética é o exame de eleição para estabelecer o diagnóstico definitivo. O doente deve ser submetido a intervenção cirúrgica para reparação da lesão, sendo que a reabilitação é progressiva, de modo a permitir a cicatrização do tendão e assim diminuir o risco de recorrência. O tratamento desta entidade na fase aguda tem geralmente resultados ótimos, desde que seja utilizada a técnica cirúrgica adequada e sejam cumpridos todos os requisitos estabelecidos no processo de reabilitação.

Conclusão:
A avulsão do tendão do tricípete braquial é uma lesão rara com indicação para tratamento cirúrgico urgente, o qual permite o restabelecimento dos níveis funcionais prévios.

EP117 - **Luxação acromioclavicular associada a fractura da coracóide com integridade dos ligamentos coraco e acromioclaviculares.**
Miguel Alves De Botton, Pedro Rocha, Augusto Martins, Joaquim Brito, Mário Vale, Marco Sarmento
(HOSPITAL DE SANTA MARIA)

Introdução:
A luxação acromioclavicular (AC) está frequentemente associada à rotura dos ligamentos coracoclaviculares. A luxação AC com integridade dos ligamentos coracoclaviculares e fractura-avulsão da coracóide é no entanto uma lesão rara.

Material e Métodos:
Jovem de 18 anos de idade, género feminino, sofreu queda após atropelamento, com traumatismo directo do membro superior esquerdo. Ao exame objectivo, com proeminência da extremidade distal da clavícula, abrasão local e dor difusa à palpação da articulação acromio-clavicular. Sem qualquer défice neurológico ou vascular.

Resultados:
Radiografia convencional e TC do ombro com diagnostic de luxação grau III da acromio-clavicular com avulsão dos ligamentos coraco-claviculares. A doente foi submetida a redução cruenta e fixação anatómica da base da coracóide com sutura de ancoragem. intra-operatoriamente Verificou-se a integridade ligamentar em toda a extensão dos AC e CC Às 12 semanas apresentava um arco de mobilidade completo e indolor do complexo escapulo-umeral.

Discussão:
A lesão AC é comum sendo que o mecanismo da mesma é habitualmente associado a impacto directo sobre o ombro. A avulsão/epifisiolise da coracóide pode ser isolada ou associada à disrupção AC, fractura da clavícula, fractura do acrómio ou fracturas da omoplata. Neste caso ocorreu associada à luxação AC. A apófise coracóide tem dois centros de ossificação, um na base e outro acessório, na ponta. As lesões por avulsão resultam habitualmente de uma fractura na epifise da base ou pela ponta da apófise coracóide. Nos adolescentes, a separação epifisária deve-se à menor resistência da placa epifisária perante os ligamentos CC. O tratamento cirúrgico e conservador estão descritos nos poucos casos encontrados na literatura referente a esta variante da lesão AC.

Conclusão:
No nosso caso, o tratamento cirúrgico permitiu a redução anatómica, sem dor ou queixas no pós-operatório imediato. Do ponto de vista estético, sem deformidade óssea ao exame clínico. Concluímos que o tratamento cirúrgico permitiu, neste caso, um rápida recuperação com função completa e satisfação da doente.

EP118 - **Fractura da omoplata e da clavícula tratadas cirurgicamente: a propósito de um caso clínico**
Alvaro Sampaio Santos, Augusto Martins, João Correia, Jorge Arvela, Marco Sarmento, Samuel Bonito Martins (Santa Maria)

Introdução:
A ocorrência de fractura da omoplata é extremamente incomum, representando 3-4% de todas as fracturas da cintura escapular. Ocorrem predominantemente no adulto jovem do sexo masculino, estando associados a trauma directo de alta energia. O tratamento é habitualmente conservador, sendo que a maioria das fracturas se localiza no corpo da omoplata. O tratamento cirúrgico está habitualmente reservado para fracturas cominutivas ou de componente articular. As indicações para tratamento cirúrgico das fracturas da clavícula são alvo de debate e de pouco consenso. A presença de ombro flutuante é uma indicação cirúrgia destas fracturas.

Material e Métodos:
Doente do género masculino, 42 anos, vítima de acidente de viação, deu entrada no serviço de urgência com fractura da omoplata Ideberg tipo II associada a fractura segmentar da clavícula. O doente foi operado ao 5º dia de internamento, tendo-se procedido a uma redução cruenta e osteossíntese com três placas de reconstrucção à escama e três parafusos de compressão ao corpo da glenoide da omoplata, e placa de compressão da clavícula.

Resultados:
À sexta semana não apresentava queixas álgicas e apresentava flexão anterior e abdução de 45º, rotação externa de 30 graus e rotação interna com mão a T12. Ao sexto mês o doente voltou à prática desportiva (abdução e flexão anterior de 170º, rotação externa de 60º e rotação interna de mão a T12). Apresentava força muscular do Supra-espinhoso, Infra-espinhoso e Sub-escapular normais e simétricas ao ombro contralateral.

Discussão:
A opção pelo tratamento cirúrgico das fracturas da omoplata não é consensual. A indicação cirúrgica tem vindo a ser alargada devido aos maus resultados funcionais demonstrados em fracturas cominutivas e/ou articulares. A fractura cominutiva da omoplata associada a fractura da clavícula torna o ombro instável. A escolha da via de acesso não é consensual, tendo surgido modificações à via de Judet. Segundo alguma literatura, vias de acesso menores permitem uma recuperação cirúrgica mais rápida, devido à menor dissecção muscular. A via posterior de Judet permitiu a exposição da superfície articular, do colo e do corpo da

omoplata.

Conclusão:
O tratamento cirúrgico da fractura da omoplata com três placas de reconstrução em triângulo, e com três parafusos de compressão ao corpo da glenoide, associado a osteossíntese da clavícula com placa de compressão, mostrou-se eficaz no tratamento deste doente.

EP119 - **TRATAMENTO DA TENDINOPATIA CALCÁRIA DO OMBRO COM ONDAS DE CHOQUE.**
Elson Sousa Miranda, Elson José S. Miranda
()

Introdução:
O uso do Tratamento por Ondas de Choque (TOC) tem como objetivo tratar as TENDINOPATIA CALCÁRIA do OMBRO, que é uma doença de resolução difícil e demorado, principalmente quando associada com limitação funcional.

Material e Métodos:
Nossa casuística é de 12 casos, seleção pela análise de prontuários de pacientes atendidos em nossos serviços, já realizados outros tratamentos sem êxito, todos avaliados e submetidos à TOC, no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2011. Incluídos apenas pacientes com diagnóstico de TENDINOPATIA CALCÁRIA DO OMBRO, feito avaliação clínica e radiológica em; 60, 120, 180, 240 e 360 dias.

Resultados:
Usamos a classificação, Tipo I, II, III (Gartner). Sendo 75% de cura funcional e absorção total da calcificação, 15% com melhora importante dos movimentos, porém com a calcificação ainda presente, 10% sem alteração do quadro inicial.

Discussão:
Apresentação de pacientes portadores de TENDINOPATIA CALCÁRIA DO OMBRO, tratados com TOC,. Com finalidade de curar a dor, recuperar a função na maioria dos casos leva à absorção total da calcificação (1), podendo evitar o procedimento cirúrgico.

Conclusão:
Pela literatura e nossa experiência, o TOC mostrou bons resultados, sendo uma importante opção em casos não resolvidos com tratamento clínico. Deve ser indicada antes das técnicas invasivas, de aplicação ambulatorial, não retarda a programação de outros tratamentos em caso de insucesso.

EP120 - **FRACTURA MULTIGRAGMENTARIA DE HÚMERO PROXIMAL, Y COMPLICACIONES A MEDIO PLAZO**
Miguel Sanagustin Silano, Victor Roda Rojo, Nuria Perez Jimeno, Jorge López Subías, Jara Badiola Vargas, Ignacio Carbonel Bueno
(HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET ZARAGOZA)

Introdução:
Las fracturas del húmero proximal suponen el 2-3% de las fracturas de la extremidad superior. En los casos en que afecta a gente joven, suele estar sujeta a un traumatismo de alta energía, lo que condiciona mayor conminución, astricción de tejidos blandos y posibilidad de luxaciones; y supone mayor dificultad de reconstrucción, incluso la imposibilidad de la misma abocando al cirujano a la necesidad de sustitución protésica.

Material e Métodos:
Mujer de 52 años, tras caída por las escaleras, presentando fractura en cuatro fragmentos de húmero proximal izquierdo. Se realiza abordaje deltopectoral, y, ante la imposibilidad de osteosíntesis, se decide sustitución protésica a hemiartroplastia, con reanclaje de tuberosidades, dada la integridad del manguito. Presenta omalgía crónica e importante limitación funcional, por la cual consulta a los 12 meses, siendo secundaria a fracaso del reanclaje tuberositario y manguito. Seis meses después se se realiza recambio a prótesis total de hombro invertida. Al mes post intervención, refería dolor y en las radiografías se aprecia luxación protésica. Se realizó reducción cerrada; en el TAC no se observan alteraciones en la implantación, y las series EMG muestran neuroapraxia del nervio axilar; 4 meses más tarde se retira la prótesis invertida y se coloca una prótesis tipo CTA. En el momento actual tras tres años de seguimiento, no presenta dolor, con un balance flexión 90º, abducción 60º, rotación interna 80º, rotación externa 50º, y puntuación test constant 65.

Resultados:
(anterior)

Discussão:
La elección entre hemiartroplastia o artroplastia total sigue siendo controvertida, la primera es menos exigente técnicamente, conlleva menos riesgo de inestabilidad y se puede convertir a una total. Por otro lado proporciona menor alivio del dolor, origina erosión glenoidea y puede cursar con el fracaso tuberositario. La prótesis invertida, depende de un correcto funcionamiento del nervio axilar, y es una opción ante la cirugía de revisión, más si asocia afectación del manguito rotador. La neuroapraxia irreversible condiciona la disfunción deltoidea, la cual ha sido descrita como causa de inestabilidad anterior.

Conclusão:
Ante falta de stock óseo, ausencia de manguito y disfunción deltoidea, se puede recurrir a prótesis parciales propias de artropatía manguito de los rotadores, más para aliviar dolor y dar estabilidad, que para lograr funcionalidad y ganancia de fuerza.

EP121 - **Luxação acromioclavicular - Comparação de diferentes técnicas cirúrgicas - Revisão de 12 anos**
André Barros, Ines Quintas, Rui Pereira, Nuno Carvalho, Antonio Camacho, Carlos Pedrosa
(Curry Cabral)

Introdução:
A luxação acromioclavicular é uma lesão frequente da cintura escapular, habitual em doentes jovens na sequência de traumatismos desportivos. O tratamento cirúrgico é consensual nos Graus IV, V e VI de Rockwood, não havendo no entanto consenso em relação ao grau III. Existem várias técnicas cirúrgicas descritas, não havendo no entanto evidência acerca da superioridade de uma em particular. No nosso estudo fazemos a revisão de todas as luxações acromioclaviculares operadas no nosso serviço, procurando comparar os resultados funcionais, as complicações e taxa de reoperação entre as diferentes técnicas.

Material e Métodos:
Fizemos um estudo retrospectivo com recuo de 12 anos de todas as luxações acromioclaviculares operadas no nosso serviço, no período de 2000 a 2011. Foi registado o grau da luxação de acordo com a classificação de Rockwood, o tipo de intervenção cirúrgica, o tempo de imobilização, o tempo até retoma da actividade, as complicações e reoperações. Foram excluídos doentes com lesões antigas e com lesões concomitantes do mesmo membro. Dos 87 casos registados, foram observados em consulta de follow up 73 doentes. Foi aplicado o score de Constant para o ombro operado. Dos 73 doentes observados, 69 são homens e 4 são mulheres. A média de idades é 33 anos (17-77).

Resultados:
Registámos 50 casos Grau III, 21 Grau V, um caso Grau IV e um caso Grau VI. Em 23 casos foi utlizada a técnica de Bosworth com sutura concomitante dos ligamentos coracoclaviculares ou com a sua substituição com sutura de PDS. Em 31 casos foi utilizada a técnica de Phemister modificada, em 8 casos utilizada a fixação com sutura de PDS, em 5 casos utilizada a fixação com suturas ancoradas à coracoide, em 3 casos o sistema Tight-rope e em 2 casos foi utilizada a placa clavicular. O tempo médio de imobilização foi de 4 semanas para todos os doentes. Os doentes submetidos à tecnica de sutura com PDS e os submetidos à técnica de fixação com o sistema Tight-rope iniciaram reabilitação mais precoce e tiveram alta mais cedo. Não houve complicações . A média do score de Constant nestes doentes foi de 93. No grupo dos doentes submetidos à técnica de Phemister verificaram-se 2 casos de infecção superficial, um caso de perda de redução com migração superior dos fios, reoperado, e um caso de fractura sem perda de redução. A média do score de Constant foi de 89. Nos doentes submetidos à tecninca de Bosworth, registámos dois casos de perda de redução com necessidade de reintervenção, e dois casos de perda de redução bem tolerados. A média do score de Constant foi de 88.

Discussão:
Os resultados superiores da fita de PDS e do sistema Tight rope estão em concordância com estudos recentes da biomecânica do ombro. A fixação com fios de Kirshner , segundo a técnica de Phemister, não é isenta de riscos, mas na nossa serie não se verificou nenhum caso de lesão neurovascular pela migração dos fios , e os resultados funcionais foram superiores à técnica de Bosworth. No entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas. Ambas as técnicas têm o inconveniente de um segundo procedimento para remoção do material.

Conclusão:

Não há diferença estatitsticamente significativa em termos de resultado funcional nas diferentes técnicas. As técnicas de Bosworth e de Phemister têm a desvantagem de uma segunda intervenção para remoção do material de fixação

---

EP122 - **Avaliação clínica a médio-termo do tratamento cirúrgico da fratura-luxação do cotovelo**
Nuno Sevivas, Sandra Correia, Nuno Ferreira, Luis Filipe Carriço, Rui Duarte, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga + Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho ICVS/3B's - Laboratório Associado)

Introdução:
A luxação do cotovelo associada a fratura intra-articular é uma lesão grave, que tem sido associada a maus resultados clínicos. As séries de pacientes com este tipo de lesão relatadas na literatura são escassas. As lesões ósseas e ligamentares associadas necessitam de ser identificadas e tratadas adequadamente, para permitir uma mobilização precoce e segura, e desta forma aumentar a probabilidade de um resultado satisfatório.

Material e Métodos:
Este estudo tem como objetivo avaliar os resultados do tratamento cirúrgico da fratura-luxação do cotovelo, na nossa Instituição, com um acompanhamento mínimo de 12 meses. De 2002-2011, dezassete pacientes adultos (18 cotovelos), oito mulheres e nove homens, com uma idade média de 49 anos (20 - 86), foram tratados cirurgicamente por fractura-luxação do cotovelo. Foi realizada a avaliação clínica, com aplicação dos scores clínicos MEPS e DASH, medição do arco de movimento e avaliação radiográfica.

Resultados:
O mecanismo de trauma mais frequente foi a queda de altura (44%). O tempo médio de acompanhamento foi de 52 meses e o decorrido entre a fratura e o tratamento cirúrgico foi de 6 dias. A " tríade terrível " ocorreu em 61% dos pacientes. O arco médio de extensão-flexão avaliado foi de 104º e o de pronação-supinação foi de 158º. Os scores MEPS e DASH médios foram de 83 e 29, respetivamente.

Discussão:
O cotovelo é uma articulação muito importante para o correto posicionamento do membro superior no espaço. A sua função é muitas vezes comprometida em sequência de traumatismos que resultam em fractura-luxação. Apesar da gravidade da lesão, um tratamento cirúrgico adequado que restabeleça a estabilidade óssea e ligamentar, possibilita a obtenção de resultados clínicos satisfatórios. Os fatores essenciais, para obter bons resultados clínicos, são a redução anatómica e a fixação estável que permitem uma mobilização precoce.

Conclusão:
A fratura-luxação do cotovelo, especialmente quando estamos perante uma tríade terrível, deve ser considerada uma lesão grave que necessita de um tratamento especializado com vista a possibilitar uma mobilização precoce. Quando tal acontece, a função do cotovelo obtida permite habitualmente um arco de movimento adequado para a utilização sem restrições do membro superior.

EP123 - **Conflito Subacromial: Avaliação da Satisfação dos Doentes após Descompressão Subacromial Artroscópica.Revisão dos Últimos 5 anos.**
Tiago Paiva Marques, Levi Fernandes, Jaima Babulal, Raul Alonso, Carlos Amaral, Carlos Maia Dias
(Hospital Santarém EPE)

Introdução:
O conflito subacromial é uma causa comum de dor e disfunção recorrente no ombro. A sua etiologia é controversa.Há no entanto resultados e publicações dispares na literatura e ausência de publicações com elevado grau de evidência, principalmente na vertente da satisfação dos doentes.

Material e Métodos:
Propusemo-nos a avaliar a satisfação dos doentes submetidos a uma descompressão subacromial artroscópica, por conflito subacromial, nos últimos 5 anos com um mínimo de 6 meses de follow up – 2007 a 2012. Incluímos nesta revisão doentes que no pré operatório apresentassem dor de predominio subacromial agravada noturnamente, que interferisse com o sono associada a limitação funcional com limitação nas actividades, ludicas, domésticas e/ou profissionais. Que apresentassem uma evolução de mais de 6 meses pré operatória sem melhorias e que tivesssem efectuado medidas de tratamento incruento como regimes de fisioterapia, AINEs e infiltrações com

corticoides. Os doentes (n=41) foram contactados telefónicamente e responderam 80% (n=33) com idade média de 56 anos(34 a 76). A análise consistiu na avaliação pré e pós operatória da dor auto percepcionada, através do score de VAS e avaliação funcional através do score de ASES e do score SSV. Além desses critérios foi pedido aos doentes que se pronunciassem quanto ao resultado da cirurgia em 3 categorias: não satisfeitos, satisfeitos ou muito satisfeitos.

Resultados:
Houve uma taxa de satisfação bastante elevada com 88% dos doentes a referirem estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o resultado da intervenção cirurgica. A dor pós operatória foi significativamente menor e houve uma grande melhoria na função, como mostram os resultados dos scores. O VAS médio desceu 6 pontos (8,4 no pré operatório para 2,3 no pós operatório), o SSV subiu em média 44 pontos percentuais (41% no pré operatório para 85% no pós operatório) e o ASES médio subiu 58 pontos (20 no pré operatório para 78 no pós operatório).

Discussão:
Apercebemo-nos que nesta amostra houve uma elevada taxa de satisfação dos doentes em relação à cirurgia de descompressão subacromial em contexto de conflito subacromial. O que em paralelo se apresenta como uma elevada taxa de sucesso da intervenção na resolução do quadro álgico e de limitação funcional. Inclusive esta satisfação é mantida nos doentes com follow up mais longo (3 a 5 anos). Os nossos resultados em termos de satisfação e melhoria funcional são sobreponiveis a outros na literatura (Ellman-1987; Dom et al – 2003; Bengtssom et al 2006; Lunsjo et al – 2011) e especificamente na diminuição da dor avaliada por VAS também se encontram sobreponiveis a alguns trabalhos(Hoe-Hansen et al – 1999; Ketola et al – 2009). A dor mantém-se como uma das queixas major dos doentes e possivelmente contribui para a manutenção de todo o quadro. Possivelmente uma das causas para estes bons resultados foi a selecção cuidada dos doentes com a cirurgia a permanecer como arma de 2ª linha e o tratamento incruento prolongado 1ª linha, como descrito na literatura (Bengtssom et al – 2006; Lunsj et al – 2011). Outra razão a ser equacionada será a hipotética protecção da coifa por redução mecanismos extrínsecos (Bjornsson et al – 2010). Houve 4 doentes não satisfeitos (12%). Podem existir diversas explicações , como erro de diagnóstico intra operatóriamente, evolução processo degenerativo (Panni et al - 1992), evolução para rotura parcial por evolução da tendinopatia redução da vascularização (Ozaki et al – 1988) ou o reaparecimento da bursa inflamada (Santavista et al – 1992; Blaine et al - 2005).

Conclusão:
Podemos concluir que na nossa amostra, a descompressão subacromial artroscópica em contexto de conflito sub acromial, em doentes selecionados, tem uma taxa de satisfação muito elevada no curto e médio prazo.

EP124 - **Tratamento Cirúrgico da Epicondilite Lateral – Experiência do Serviço**
Joao Goncalves Correia, Miguel Botton, Marco Sarmento, Samuel Martins, Jorge Arvela
()

Introdução:
A epicondilite lateral do cotovelo, também conhecida como “o cotovelo do tenista”, é uma patologia que está relacionada com o movimento repetido, que causa inflamação da inserção do ECRB provocando dor e impotência funcional. O tratamento conservador constitui o “gold standard” para o tratamento desta patologia, sendo que, aproximadamente 90% dos doentes são tratados conservadoramente com bons resultados, sendo restantes 10 % tratados cirurgicamente. Os autores apresentam uma análise retrospetiva dos doentes submetidos a cirurgia, no contexto de epicondilalgia, avaliando os resultados relativamente à resolução da dor, impotência funcional e mobilidade do cotovelo.

Material e Métodos:
Material: 2010 e 2012 foram operados 12 doentes com idade média de 55,6 anos (idade máxima 64 anos e idade mínima 35 anos), sendo 8 doentes do género feminino e 4 doentes do género masculino; Todos os doentes foram submetidos a tratamento conservador por um período mínimo de 6 meses; 5 doentes apresentavam dor incapacitante para a atividade laboral (41,6%); Métodos: Todos os doentes foram submetidos a cirurgia segundo a técnica de Nirschl os doentes tiveram um seguimento pós-operatório superior a 6 meses, média se seguimento de 17 meses (máx. 40 meses, mín. 6 meses); os doentes foram avaliados em relação à dor (escala VAS), incapacidade funcional e limitação da mobilidade.

Resultados:
Resultados: Dos 12 doentes operados, 8 doentes (66,6%) referem não ter dor, 1 doente (8,3%) refere dor 8 (escala 0 a 10), 2 doentes (16,6%) referem dor 5 e 1 doente (8,3%) refere dor 2; Apenas 1 doente (8,35) refere limitação funcional, 11 doentes (91,6) sem limitação funcional; 12 doentes (100%) não apresentam limitação da mobilidade (Flexão/Extensão – Prono/Supinação).

Discussão:
Discussão: O tratamento cirúrgico pela técnica de Nirschl da Epicondilite do cotovelo tem bons resultados, quer na resolução da dor, quer na melhoria da função. Na nossa curta experiência podemos afirmar que esta técnica apresenta globalmente bons resultados sempre que o tratamento conservador falhe. À exceção de um doente, todos os outros doentes tiveram uma melhoria significativa da dor e da função.

Conclusão:
Conclusão: A abordagem cirúrgica da epicondilite do cotovelo, em doentes que foram submetidos a tratamento conservador sem sucesso, apresenta bons resultados clínicos. Na nossa experiência a técnica de Nirschl apresenta bons resultados no tratamento desta patologia em termos da resolução da dor, função e mobilidade.

EP125 - **Serão os 65 anos um factor determinante para a cirurgia da coifa dos rotadores?**
Alvaro Sampaio Santos, Augusto Martins, João Correia, Jorge Arvela, Marco Sarmento, Samuel Bonito Martins
(Santa Maria)

Introdução:
A prevalência de roturas da coifa dos rotadores assintomáticas em pessoas com idade superior a 65 anos de idade é superior a 50%. A controvérsia mantém-se sobre qual o tratamento adequado. Segundo alguma Literatura, a reparação cirúrgica tem um elevado índice de falência comparativamente a doentes de menor grupo etário. O objectivo deste trabalho foi avaliar o benefício da intervenção cirúrgica neste grupo específico de idade.

Material e Métodos:
Foram analisados retrospectivamente 25 doentes, todos tratados cirurgicamente. Destes, 10 foram sujeitos a reparação aberta da rotura da coifa e 15 foram sujeitos a reparação artroscópica. Catorze são do género feminino e 11 do género masculino. O follow-up médio foi de 2 anos (12-40m). A escala de avaliação utilizada foi o Constant Score.

Resultados:
O score pré-operatório médio foi de 20,72 (12 a 30). O score pós-operatório médio foi de 73,64 (60-95). Houve necessidade de reoperação de um doente por pull-out do sistema de ancoragem. Não tivemos complicações graves. Dois doentes, operados por artroscopia, (8%) tiveram complicações menores: dor a nível dos portais. No geral, 88% dos doentes tiveram bom ou excelente resultados. Vinte e quatro dos 25 doentes do estudo estavam satisfeitos (9) ou muito satisfeitos (15).

Discussão:
O tratamento cirúrgico nos doentes desta faixa etária produz bons resultados de uma forma geral. A reparação cirúrgica apresenta-se como alternativa eficaz a doentes com mais de 65 anos, quando há falência do tratamento conservador. Por algum défice de precisão da informação no que se refere ao tempo decorrido entre a rotura e a cirurgia, e no que se refere à etiologia e tamanho da rotura, estas não entraram em consideração.

Conclusão:
No nosso trabalho demonstramos que o tratamento cirúrgico das roturas da coifa dos rotadores se apresenta válido em doentes com mais de 65 anos de idade. Apresentamos nesta série resultados muito sobreponíveis aos encontrados em doentes de menor faixa etária. Os doentes não só apresentaram uma satisfação boa em relação ao quadro álgico, como também uma satisfação em relação aos ganhos de amplitude articular. O critério de selecção não pode nem deve ser específico em relação à idade cronológica, mas sim valorizar o biótopo, as expectativas e o perfil de cada doente candidato à cirurgia.

EP126 - **A técnica de Weaver Dunn no tratamento agudo das luxações acrómioclaviculares grau III – Resultados funcionais e radiológicos**
Augusto Cunha Martins, Álvaro Santos, João Correia, Marco Sarmento, Samuel Martins
(Centro Hospitalar de Lisboa Norte - Hospital de Santa

Maria)

Introdução:
O tratamento das luxações acromioclaviculares grau III é controverso, bem como a melhor opção de tratamento cirúrgico. Tem sido prática na nossa instituição a utilização da técnica de Weaver Dunn modificada para o tratamento das luxações acromioclaviculares grau III.

Material e Métodos:
Avaliámos dez doentes com luxação acromioclavicular grau III, diagnosticadas clínica e radiologicamente, e tratados cirurgicamente, em fase aguda, pela técnica de Weaver Dunn modificada. Revisão retrospectiva dos doentes tratados entre 2009 e 2012, com um follow-up mínimo de 7 meses. Os critérios de inclusão foram todas as luxações acromioclaviculares grau III agudas com ruptura completa dos ligamentos acromioclaviculares e coracoclaviculares com um aumento entre 25 a 100% da distância coracoclavicular relativamente ao lado não afectado. Como critérios de exclusão foram todas as luxações acromioclaviculares crónicas e luxações tratadas com outras técnicas cirúrgicas. Clinicamente utilizámos o Score Imatani, que avalia a dor, a função e a mobilidade. Fizemos a avaliação radiográfica com incidência de Zanca do lado afectado e uma radiografia de incidência antero-posterior centrada nas duas articulações acromioclaviculares. Avaliámos a distância coracoclavicular, a distância acromioclavicular, o grau de redução, a presença de ossificação dos ligamentos coracoclaviculares, a presença de osteólise na extremidade distal da clavícula e sinais de osteoartrose.

Resultados:
Dez doentes, apenas um do género feminino. A média de idades foi de 39,6 anos (entre 18 e 58). O mecanismo causal foi sempre um acidente de alta energia (acidente de mota, atropelamento, trauma desportivo). O tempo médio de seguimento foi de 24,5 meses (entre 7 e 42). O valor médio do Score de Imatani foi de 91,5 pontos (entre 65 e 100). A distância coracoclavicular ficou, em média, 0,88cm, e a distância acromioclavicular média foi de 1,28cm. Das dez articulações avaliadas, seis encontravam-se reduzidas e quatro subluxadas. Em quatro doentes não se verificaram quaisquer calcificações, em três verificamos a presença de alterações ligeiras, dois alterações moderadas, e num doente alterações graves. Quatro apresentaram sinais de osteólise da extremidade distal da clavícula. Em nenhum doente foram observados sinais de osteoartrose. Em nenhum dos casos houve complicações ou necessidade de reintervenção.

Discussão:
A técnica de Weaver Dunn modificada, apresenta-se como uma alternativa cirúrgica atrativa para o tratamento das luxações acromioclaviculares. Obtivemos excelentes resultados funcionais, que não se encontram relacionados com alguma das alterações radiográficas encontradas. Comparativamente a outras técnicas, não existe a necessidade de reintervenção para a remoção de material. Não houve nenhuma complicação. Todos os doentes que praticavam desporto voltaram ao nível de atividade prévia.

Conclusão:
A técnica de Weaver Dunn modificada apresenta-se como uma alternativa no tratamento cirúrgico das luxações acrómioclaviculares, sendo expectável a obtenção de excelentes resultados. Aliado ao resultado funcional, parece-nos atrativo a não necessidade de utilização de material de osteossíntese e consequente reintervenção para a sua remoção.

EP127 - **Hemiartroplastia do ombro em fracturas de quatro partes do úmero proximal**
Tiago Pinheiro Torres, André Sarmento, André Costa, Daniel Saraiva, Filipe Lima Santos, Campos Lemos
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho)

Introdução:
A incidência de fracturas do úmero proximal tem vindo a aumentar drasticamente sobretudo em doentes mais idosos. A precária vascularização da cabeça umeral em fracturas desviadas associada a osteoporose típica destes doentes que impede uma fixação estável, tornam a hemiartroplastia uma solução apelativa. Apresenta-se um estudo retrospectivo de doentes submetidos a hemiartroplastia após fractura em quatro partes do úmero proximal.

Material e Métodos:
Série de 32 hemiartroplastias do ombro realizadas após fractura em quatro partes do úmero proximal. Destas, 20 foram realizadas num periodo de um mês após fractura. O tempo médio de follow-up foi de 23 meses. A média de idade foi de 75 anos sendo 27 doentes do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Os doentes foram avaliados clinica e radiologicamente de uma forma

seriada. Foram utilizados os scores: Constant e o Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score (DASH) na avaliação dos doentes.

Resultados:
O resultado médio relativo ao score Constant foi 46. Nenhum doente tem dor severa; 4 apresenta dor moderada; os restantes têm dor discreta ou são assintomáticos. O score DASH médio foi 13,5. Os arcos de mobilidade (média): flexão: 70º; abdução 70º; rotação interna 50º; rotação externa 45º. De um modo geral, os doentes estão satisfeitos com o procedimento realizado. As complicações mais frequentes foram: migração proximal do implante e infecção.

Discussão:
As fracturas do úmero proximal são extremamente frequentes. A maioria dos doentes deve ser tratada conservadoramente. Em fracturas desviadas o tratamento cirúrgico está indicado não havendo consenso em relação ao tipo de procedimento. Atendendo à possibilidade de necrose avascular da cabeça umeral assim como de falência da osteossíntese, a artroplastia do ombro apresenta-se como um tratamento de primeira linha. Apesar da grande incidência de patologia da coifa neste grupo etário, a hemiartroplastia apresenta resultados fiáveis no que diz respeito sobretudo ao alívio da dor e a uma recuperação funcional razoável tal como foi verificado no presente estudo.

Conclusão:
Apesar das limitações do presente estudo, a hemiartroplastia do ombro revelou-se como uma opção válida no tratamento cirúrgico deste tipo de fracturas.

EP128 - **Artroplastia total do cotovelo em doentes idosos com fracturas cominutivas – a propósito de um caso clínico**

Tiago Pinheiro Torres, Daniel Saraiva, André Sarmento, Ricardo Mendes, Ricardo Santos Pereira, José Marinhas
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho)

Introdução:
As fracturas do úmero proximal no adulto são infrequentes. O seu tratamento tem vindo a evoluir. A osteossíntese com placa e parafusos mantém-se como o tratamento gold-standard neste tipo de fracturas. A artroplastia total do cotovelo é um procedimento raramente utilizado como abordagem de fracturas do úmero distal devendo ser utilizado excepcionalmente. Apresenta-se um caso clínico representativo.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino de 83 anos com fractura cominutiva do úmero distal do lado direito sem défices neurovasculares. É tratada cirurgicamente com uma placa de reconstrução do pilar interno e dois parafusos no condilo externo. Passados dois anos, por falência da osteossíntese, opta-se por uma artroplastia total do cotovelo. O procedimento foi realizado há 24 meses tendo sido realizados avaliação clínica e controlo radiológico seriados. Foram utilizados os scores: Mayo Elbow Performance Score e o Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score.

Resultados:
De acordo com o Mayo Elbow Performance Score, a doente apresenta um resultado “muito bom”, sendo o Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Score obtido de 15. Os arcos de mobilidade actuais são: flexão 130º; extensão 15º; pronação 80º; supinação 75º. A doente encontra-se assintomática e muito satisfeita com o resultado.

Discussão:
As fracturas do úmero distal apresentam-se como um desafio para o cirurgião ortopédico. Sempre que possível deverá ser feita a reconstrução articular anatómica. Esta poderá ser feita através da osteossíntese com placa com ou sem recurso a enxerto. A opção de tratamento cirúrgico com uma artroplastia total do cotovelo como tratamento primário mantém-se controversa. Esta deve, contudo, ser considerada uma alternativa válida no caso de falência da osteossíntese.

Conclusão:
A artroplastia total do cotovelo pode apresentar resultados favoráveis como procedimento de salvamento em fracturas do úmero distal.

EP129 - **Avaliação clínica e funcional de 20 taciculectomias efectuadas no hospital no período entre 2000 e 2011**

Rcorreia Domingos, João Sarafana, Teresa Oliveira, Luis Cardoso, Estanqueiro Guarda, Gomes Peres
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A tacícula radial corresponde a uma estrutura anatómica determinante na dinâmica da articulação do cotovelo. As suas fracturas estão associadas muitas vezes a outras lesões do cotovelo, determinando diferentes graus de instabilidade articular. Consoante a gravidade da fractura e das lesões associadas, várias opções terapêuticas são preconizadas. As fracturas cominutivas da tacícula radial (Mason tipo III ou IV) sem hipótese de serem reconstruídas com osteossíntese, foram durante muitos anos tratadas com a sua exérese. Actualmente a literatura parece suportar sempre que possível a substituição protésica da tacícula radial, pelos melhores resultados funcionais e menos complicações pós cirúrgicas associadas

Material e Métodos:
Foram avaliados 20 doentes submetidos a taciculectomia por fractura da tacícula radial (grau III e IV de Mason), no período entre 2000 e 2011. Através da consulta do processo clínico procedeu-se à avaliação da idade, género, lateralidade e classificação da fractura. Em consulta procedeu-se a uma avaliação objectiva da amplitude de movimento do cotovelo. A avaliação da dor foi feita pela escala VAS (escala visual analógica) e a avaliação funcional pelo Mayo Elbow Performance Score e pelo score QuickDASH (Disabilities of Hand, Arm and Shoulder).

Resultados:
Com um follow-up médio de 91 meses, foram avaliados 20 doentes, 9 do sexo masculino e 11 do sexo feminino. A idade média à cirurgia foi de 55 anos (24;76) e o lado afectado foi em 60% dos casos o lado direito. A cirurgia foi efectuada em 10 fracturas Mason tipo III, em 7 fracturas associadas a luxação do cotovelo – Mason tipo IV, e em 3 situações de pseudartrose da tacícula. Na avaliação clínica os doentes referiram dor média no cotovelo quantificada em 1 (VAS), sendo que apenas 1 doente afirmou a existência de dor referida à região do punho. Objectivamente verificou-se em média: extensão 13°, flexão 133°, supinação 80°, pronação 75°. O score Mayo Elbow Performance foi em média de 90 (65;100), e o score QuickDASH foi em média 10,5 (4,6;21,6). A totalidade dos doentes retomou a actividade laboral prévia à fractura.

Discussão:
Todos os doentes por nós observados apresentam arcos de mobilidade do cotovelo, dentro dos valores necessários para a realização das actividades do quatidiano (30°-120°). Os valores médios obtidos na nossa série em termos de amplitude de movimento (extensão, flexão, supinação e pronação), bem como a pontuação obtida nos scores funcionais, estão de acordo com os dados mais recentes da literatura, e são indicativos de bons resultados funcionais. Os piores resultados estão associados às fracturas luxações do cotovelo. A dor do punho apresentada por um doente, tem justificação na migração proximal do rádio, frequente neste tipo de cirurgia.

Conclusão:
Os autores advogam a taciculectomia, como uma opção válida para as fracturas da tacícula sem hipótese de reconstrução por osteossíntese.

EP130 - **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA COIFA DOS ROTADORES EM DOENTES ACIMA DOS 60 ANOS**
Venâncio Caleira, Cláudia Oliveira, Alfredo Carvalho
(Hospital do Litoral Alentejano)

Introdução:
Os autores procuraram avaliar a eficácia da cirurgia por via aberta para reparação das roturas da coifa dos rotadores em doentes com idade superior a 60 anos

Material e Métodos:
Foram operados por via aberta 21 doentes por rotura da coifa entre 2010 e 2012, com um tempo médio de sintomas pré-cirurgicos de 19 meses. A idade média foi de 68 anos [62-81] com um recúo médio de 22 meses. Todos os doentes foram avaliados pela Tabela de Constant. Todos foram operados pelo mesmo cirurgião e revistos por um cirurgião diferente.

Resultados:
Foram encontradas 6 roturas inferiores a 1 cm, 6 roturas maiores que 1 cm e menores que 2 cms; 3 doentes com roturas maiores que 2cms e menores que 4cms e 4 doentes com roturas superiores a 4 cms. Obteve-se um valor médio de Constant de 75,3. Dos 21 doentes, 15 declararam estar muito satisfeitos, 4 satisfeitos e 2 insatisfeitos, estes últimos ambos com roturas maciças da coifa. Um destes doentes foi operado há 1 ano para colocação de protese invertida mencionando estar satisfeito e o outro aguarda cirurgia protésica.

Discussão:

Existem na literatura trabalhos que documentam a validade do tratamento cirúrgico em doentes séniores. Nesta série fizeram parte doentes com roturas de um único tendão e doentes com roturas mistas. 9 doentes tinham uma rotura isolada do supraespinhoso, 1 doente com rotura do subescapular e 9 doentes com roturas em mais de um tendão. Nas roturas de tendão único tanto a satisfação do doente como os valores de Constant foram significativamente melhores que os observados em doentes com roturas mistas. Nenhum doente com roturas acima dos 4 cms considerou-se muito satisfeito e o valor de Constant foi reduzido.

Conclusão:
A reparação cirúrgica da coifa dos rotadores em doentes com idade acima dos 60 anos tem uma elevada probabilidade de oferecer ao doente um bom resultado funcional em especial para roturas de tendão único com extensão inferior a 4 cms.

Ortopedia Infantil

EP131 - **Fractura supracondiliana do úmero Gartland III com lesão da artéria umeral e síndrome compartimental: Complicação rara de um problema frequente**

Joaquim Soares Do Brito, Pedro Rocha, Augusto Martins, Mário Vale, Graça Lopes, Marco Sarmento
(Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria)

Introdução:
A fractura supracondiliana do úmero é a mais frequente fractura do cotovelo na população pediátrica. Surge habitualmente entre os 5 e 7 anos de idade, afectando predominantemente o membro superior não dominante e apresenta incidências sobreponiveis entre géneros. Classicamente são classificadas de acordo com Gartland em tipo I, II ou III, tendo em conta o grau de descoaptação entre os fragmentos. A lesão vascular e o sindrome compartimental são complicações raras associadas a estas fracturas – 0.5% e 0,1- respectivamente – enquanto a sua associação constitui um evento ainda mais raro.

Material e Métodos:
Criança do género masculino, 7 anos de idade, caucasiano, saudável, vítima de queda com traumatismo do membro superior esquerdo do qual resultou fractura supracondiliana Gartland III. Na primeira avaliação, no serviço de urgência, a criança apresentava ausência de pulso umeral e radial, mantendo mão quente e perfundida, pelo que foi requisitado apoio pela cirurgia vascular. A criança foi submetida a redução incruenta e fixação com fios K 8 horas após o traumatismo, sem registo de intercorrências. A avaliação complementar vascular com eco-doppler diagnosticou lesão da artéria umeral sem indicação para intervenção urgente por parte da cirurgia vascular. Cerca de 48 horas de pós-operatório a criança desenvolveu clínica de dor intensa, edema marcado ao nível do cotovelo e antebraço, assim como incremento dos valores de pressão intra-compartimentais do braço e antebraço, pelo que foi submetido a fasciotomias do membro superior. A criança acabou por ter alta para domicílio após 48 h de vigilância com melhoria do quadro clinico e do edema, tendo retirado os fios K aos 18 dias de pós-operatório.

Resultados:
Aos 30 dias de pós-cirurgia de pós-cirurgia apresentava flexão do cotovelo a 90º e défice de 35º na extensão, verificando-se défice sensitivo e motor no território do cubital, evidenciado pela atrofia da musculatura interóssea da mão. EMG requisitado confirmou lesão dos nervos cubital e mediano. Aos quatro meses de seguimento mantinha boa evolução radiográfica da fractura, apresentando extensão completa do cotovelo, flexão a 130º, ausência de limitação na prono-supinação e menor atrofia ao nível dos músculos intrínsecos. A criança manteve evolução clinicamente favorável com melhoria progressiva das alterações detectadas inicialmente.

Discussão:
Apesar de estarmos perante uma fractura supracondiliana grave, com elevado grau de descoaptação, a redução e fixação em tempo útil faria prever uma evolução clínica menos atribulada. No entanto, a presença de lesão da artéria umeral associada ao desenvolvimento de um síndrome compartimental (inferido clinicamente e corroborado por uma pressão intra-compartimental com diferencial superior a 30 mmHg relativamente à pressão arterial diastólica), obrigou à realização de fasciotomias do braço e antebraço. Após realização das fasciotomias a evolução foi clinicamente favorável, no entanto, deparamo-nos com sequelas neurológicas, nomeadamente neuropraxia do cubital com uma importante atrofia dos músculos intrínsecos da mão. A opção pela atitude expectante e vigilante, neste contexto, revelou-se correcta, com recuperação total das sequelas neurológicas, sendo ainda possivel restabelecer uma mobilidade articular com amplitudes de movimento dentro dos padrões da normalidade.

Conclusão:
O caso apresentado corresponde a uma complicação rara das fracturas supra-condilianas do úmero pediátrico. O diagnóstico atempado da lesão vascular e síndrome compartimental com pronta realização de fasciotomias foram fundamentais para o resultado final.

EP132 - **Epifisiólise da Glenoide– Caso Clínico Incomum**

Tânia Pinto Freitas, T.sacramento, F.amaro, F.leite, J.vide, D.gomes
(Hospital de Faro)

Introdução:
As fracturas da omoplata têm incidência conhecida representando 1% de todas as fracturas e ocorrem

frequentemente associadas a trauma de elevada energia sendo normalmente acompanhadas de lesões graves em outras partes do corpo como traumatismo craniano, fracturas de costelas, lesoes pulmonares e medulares. Nas crianças lesões com mecanismos semelhantes como a epifisiolise da glenoide constitui uma lesão rara não estando bem descrita na literatura e cuja verdadeira incidência e prevalência não são conhecidas. O objetivo deste trabalho é documentar um caso raro de epifisiolise da glenoide e suas opções terapêuticas.

Material e Métodos:
Os autores observaram, trataram e fizeram o follow-up de uma criança de 7 anos, vitima de acidente de viação com epifisiolise da glenoide à esquerda e # de 4 arcos costais do mesmo lado. Foi realizada história clínica complementada com radiografias (Rx) e ressonância magnética (RMN) da articulação glenoumeral esquerda. A criança foi submetida a tratamento cirúrgico com redução cruenta e fixação da glenoide com 3 âncoras ao colo da omoplata. Foi utilizada uma abordagem posterior da omoplata.

Resultados:
A história clínica revelou queixas de dor, edema e impotência funcional ao nível do ombro esquerdo. Ao exame objetivo foi possível confirmar o edema e dor e verificar deformidade do ombro e limitação da mobilidade principalmente a rotação externa e abdução. Não existiam défices neurológicos associados. Como meios auxiliares de diagnóstico foi realizado Rx do ombro esquerdo interpretado como luxação posterior da articulação glenoumeral esquerda. A RMN revelou epifisiolise tipo II de Salter Harris da glenoide esquerda. Procedeu-se a cirurgia de redução cruenta da glenoide e fixacao com 3 pontos no rebordo posterior da glenoide e fixação com 3 âncoras posteriores ao colo da omoplata. Para tal foi utilizada uma via posterior da omoplata. 1 ano após a cirurgia o doente encontra-se bem, sem queixas a nível do MSE, apresentando mobilidade completa do arco de movimento e consolidação documentada em Rx de seguimento.

Discussão:
Existem poucos casos descritos na literatura de epifisiolise da glenoide por se tratar de uma lesão extremamente rara. No caso apresentado havia suspeição inicial de luxação da articulação glenoumeral esquerda podendo este diagnostico ter passado despercebido se exames mais detalhados não fossem requisitados. A opção de tratamento cirúrgico escolhido foi de modo a aceder posteriormente a articulação glenoumeral de forma a reduzir a epifisiolise e fixar a omoplata sem causar mais dano à cartilagem de crescimento.

Conclusão:
Perante a criança vítima de trauma de alta energia o ortopedista deve estar sensibilizado para a ocorrência de lesões incomuns que requerem elevado índice de suspeição. A epifisiolise da glenoide é uma lesão rara pouco documentada na literatura e se não tratada adequadamente pode levar a limitação funcional grave.

EP133 - **SINOSTOSE CUNHOESCAFOIDEIA ISOLADA : COMPLICAÇÃO OU NÃO – EIS A QUESTÃO.**
Joana Helena Teixeira, Pedro Rocha, Miguel Botton, João Castro, Graça Lopes, Pedro Fernandes
(Hospital de Santa Maria)

Introdução:
As sinostoses cunhoescafoideias são raras quando comparadas com as sinostoses mais frequentes tais com a sinostose talocalcaneana e calcaneoescafoideia. Poucos casos de sinostoses cunhoescafoideais têm sido descritos na literature, contudo dada a sua raridade, o diagnóstico frequentemente passa despercebido. O tratamento inicial de doente sintomáticos deve ser conservador, sendo o tratamento cirúrgico proposto para os casos que não respondem ao tratamento conservador.

Material e Métodos:
Criança, 8 anos, seguida em consulta de ortopedia por pé boto à direita associado a lesão do nervo ciático popliteu externo, submetida aos 4 anos de idade a transferância tendinosa do tibial anterior por apresentar uma segunda recidiva da deformidade em varo e equino. Durante as consultas de seguimento foi identificada no estudo radiologico convencional uma sinostose cunhoescafoideia parcial no local da desinserção do tendão tibial anterior, ausente nas radiografia pré-operatórias.

Resultados:
Na última consulta de seguimento em 2012 a doente mantem um pé rígido, dolorso, com diminuição da mobilidade subastragalina e tibiotársica de dificil atribuição etiológica, dadas as outras alterações presentes nesse mesmo pé (pé boto e lesão do ciático

popliteu externo).

Discussão:
A transferência do tendão tibial anterior está indicado em casos de varo persistente do calcaneo e supinação do antepé durante a marcha em crianças com mais de 30 meses ou com uma segunda recurrência. Complicações conhecidas da trasferência do tenão tibial anterior são a falência da transferência, sobrecorrecção da deformidade, diminuição da força de dorsiflexão, lesão neurovascular e infecção da ferida operatória. Contudo a formação de uma sinostose entre o escafóide e a primeira cunha não foi ainda descrito como complicação da transferência do tendão tibial anterior. Nesta doente a existencia de radiografias pre-operatórias sem evidência de sinostose em oposição às radiografias pós-operatorias que claramente demonstram a existência de uma ponte óssea cunhoescafoideia sugerem que a a sua formação tenha estado associada a algum gesto intraoperatório.

Conclusão:
As sinostoses cunhoescafoideias são raras, podem surgir como complicação da transferência do tendão tibial anterior, contudo podem ser evitadas com uma técnica cirúrgica adequada. São de momento necessaries estudos sobra as implicações a longo prazo na alteração das articulações adjacentes assim como para determiner qual o melhor tratamento cirúrgico em casos que permanecem assintomático.

EP134 - **Osteomielite do Astrágalo - Kingella kingae**
José Miguel Sousa, Miguel Carvalho, Nuno Lança, Joana Ovídeo, Ana Rita Jerónimo, Patrícia Rodrigues
(Hospital Dona Estefânia)

Introdução:
As infecções por Kingella kingae nas crianças são situações raras, com uma incidência anual estimada em 10-20 por cada 100 000 crianças com idade inferior a 48 meses, representando as infecções osteoarticulares mais de metade (64%) das suas formas de apresentação. Locais como o calcâneo e astrágalo que raramente são infectados por outros agentes, são proporcionalmente mais afectados nos casos de infecção por Kingella kingae. A identificação de infecções por este patogéneo aumentou nas últimas duas décadas, refletindo, segundo alguns autores, não um aumento da sua prevalência mas sim uma melhoria das técnicas de cultura microbiológica. O diagnóstico de casos associados a este agente é muitas vezes tardio devido a uma apresentação clínica fruste e de início insidioso aliada a avaliações analíticas frequentemente dentro dos parâmetros da normalidade, sendo realizado em mais de 70% dos doentes com uma ou mais semanas após as primeiras manifestações. A apresentação deste caso clínico tem por objectivo alertar para uma patologia rara, cujo diagnóstico e terapêutica atempados são essenciais de modo a interromper o decurso natural e prevenir complicações potencialmente nefastas.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, três anos. Recorreu ao Serviço de Urgência por claudicação do membro inferior direito com duas semanas de evolução. Aumento da temperatura timpânica três dias após início das queixas, cedendo a anti-piréticos e sem novo aumento da temperatura após quatro dias de medicação sintomática. Avaliado clinicamente uma semana após início dos sintomas destacando-se claudicação da marcha e edema do tornozelo direito, sem dor à mobilização ou palpação. Realizada ecografia anca direita e exame radiológico simples de anca e tornozelo sem alterações. Três dias depois, reavaliação clínica, laboratorial e imagiológica por persistência de claudicação destacando-se: limitação discreta da dorsiflexão, aumento da VS (21), leucócitos e PCR dentro dos parâmetros da normalidade, ecografia do tornozelo com fina lâmina de liquido no recesso medial da articulação tibiotársica com espessura máxima de 2,6 mm. Prescrita terapêutica sintomática e repouso. Uma semana após a primeira avaliação regressa ao Serviço de Urgência por persistência de claudicação, dor e choro esporádicos. Destaca-se: edema e aumento da temperatura local, aumento VS (32) e lesão lítica circunferencial do astrágalo. Submetido a curetagem e biopsia aspirativa de lesão osteolítica do astrágalo no mesmo dia e iniciada terapêutica antibiótica empírica de largo espectro.

Resultados:
Isolamento de Kingella kingae na amostra colhida do astrágalo intra-operatoriamente. Cumpriu 9 dias de terapêutica antibiótica endovenosa dirigida (amoxicilina e ácido clavulânico) e 6 semanas de terapêutica oral, assim como repouso e descarga do membro inferior com melhoria clínica e laboratorial progressivas.

Discussão:
A osteomielite do astrágalo por Kingella kingae tem

manifestações insidiosas e inespecíficas que contribuem para uma atitude menos agressiva numa primeira abordagem, permitindo uma evolução indolente que pode terminar em alterações osteoarticulares significativas com repercursões a longo prazo na qualidade de vida dos doentes. A claudicação do membro inferior afectado surge como a manifestação mais frequente deste tipo de patologia. A avaliação inicial cuidada destes doentes é fundamental de modo a evitar que sejam interpretados como situações transitórias e de carácter mais benigno. O diagnóstico definitivo e isolamento do agente infeccioso é também essencial de modo a permitir uma abordagem terapêutica dirigida e eficaz.

Conclusão:
O índice de suspeição para este tipo de patologia deve ser elevado, assim como para agentes menos comuns. A avaliação inicial é primordial, mas também a cooperação com os pais que devem estar despertos para os sinais de alarme e necessidade de controlo apertado da evolução do qu

Resultados:
Cumpriu descarga do membro durante 4 semanas, período após o qual iniciou carga progressiva. À 12º semana mantinha alinhamento anatómico, não apresentava alterações da marcha nem restrições nas suas actividades diárias.

Discussão:
Estão descritas na literatura várias opções de tratamento em fracturas subtrocantéricas em crianças, como tracção cutânea, tracção esquelética, aparelhos gessados pelvipodálicos, fixação externa e fixação interna. A única opção que é claramente excluída é a fixação intra-medular rígida.

Conclusão:
A fixação interna com placa do tipo DMS parece ser uma boa solução para o tratamento de fracturas subtrocantéricas em crianças, desde que respeitadas as placas de crescimento e estruturas anatómicas. No entanto o melhor método de tratamento ainda não está definido.

EP135 - **Fractura subtrocantérica em criança de 6 anos - Caso Clínico**
Luís Sá Castelo, Bruno Barbosa, Pedro Teixeira Gomes, António Lemos Lopes, Marta Maio, António MDias
(Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro)

Introdução:
As fracturas subtrocantericas são pouco comuns em crianças, de tal forma que a literatura não estabelece guidelines de tratamento. Este poster apresenta o caso clínico de uma criança de 6 anos, saudável, que deu entrada no serviço de urgência após queda em baloiço. Apresentava uma fractura subtrocantérica do fémur esquerdo, transversa, pouco cominutiva (tipo 1 de Winquist and Hansen).

Material e Métodos:
A criança foi submetida a tratamento cirúrgico ao 4º dia de internamento, após período de tracção cutânea. Optou-se por uma fixação interna com placa de ângulo variável do tipo DMS de dimensões pediátricas, com 19mm de diâmetro, fixação cortical com 4 parafusos de 3.5mm e fixação no colo femoral com parafuso de 45mm de comprimento, poupando a placa de crescimento.

EP136 - **Variante de Fractura-luxação de Galeazzi na criança – a propósito de um caso clínico**
Luis Melo Tavares, João Pedro Raposo, Thiago Aguiar, Pedro Amaral, Virgilio Paz Ferreira, Fernando Carneiro
(Divino Espirito Santo)

Introdução:
A fractura-luxação de Galeazzi corresponde a uma fractura diafisária do rádio associada a luxação da articulação radio-cubital distal. Este tipo de lesão é raro nos adultos e ainda mais raro nas crianças, encontrando-se bem descrita na literatura. No entanto, existe uma variante da fractura-luxação de Galeazzi, que ocorre com maior frequência nas crianças, e que corresponde a fractura diafisária do rádio associada a fractura epifisiólise distal do cúbito, encontrando-se pouco descrita na literatura.

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clinico de uma criança de 14 anos, sexo masculino, que recorre ao SU (24-5-2010) por traumatismo do punho esquerdo após queda com braço esquerdo em extensão. À entrada apresentava deformidade dorsal com edema significativo do punho esquerdo associado a queixas álgicas significativas e impotência funcional. Não apresentava lesão

neurovascular ou tendinosa associada.

Resultados:
A investigação diagnóstica (Rx) revelou fractura do 1/3 distal da diáfise do rádio esquerdo associada a Fractura-Epifisiólise distal do cúbito esquerdo (Salter-Harris tipo II), com desvio dorsal de fragmento proximal. Foi realizada, inicialmente, uma tentativa de redução incruenta de fractura, sob anestesia geral que foi ineficaz, pelo que foi submetido no mesmo dia a redução cruenta de fractura. Após abordagem dorso-cubital do punho esquerdo, efectuou-se a identificação de foco de fractura do cúbito com visualização de interposição de periósteo, procedendo-se à sua remoção. Posteriormente efectuou-se a redução da fractura cubital e fixação com 1fio K, com redução incruenta de fractura diafisária do rádio. Foi imobilizado com gesso braquipalmar em supinação. Não apresentou complicações no intra ou pós-operatório imediato, tendo alta a 26/5/2010. No seguimento pós-operatório em consulta externa retirou o fio K às 4 semanas e imobilização gessada às 6 semanas, iniciando MFR para recuperação funcional. Após 24meses de follow-up o doente apresentava-se sem qualquer limitação da mobilidade articular, fractura consolidada e sem qualquer evidência de distúrbio do crescimento do cúbito.

Discussão:
A variante da fractura-luxação de Galeazzi nas crianças corresponde a fractura diafisária do rádio associada a fractura epifisiólise distal do cúbito. Esta patologia acontece nas crianças pelo facto da placa de crescimento ser menos resistente à deformidade em hiperpronação do que o complexo fibrocartilagineo triangular. Na abordagem terapêutica inicial desta patologia dever-se-á sempre tentar a redução incruenta. No entanto, na maioria dos casos encontram-se interpostas estruturas no foco de fractura, como o periósteo ou tendões extensores, que impedem a sua redução de forma incruenta. Nestes casos verifca-se a necessidade de uma redução cruenta para um correcto alinhamento dos topos fracturários. Esta variante tem a sua importância diagnóstica não só por estar associada a uma fractura-epifisiólise distal do cúbito, o que aumenta o risco de distúrbio do crescimento, mas também por manter o complexo fibrocartilagineo triangular integro, que confere estabilidade à articulação radio-cubital distal após a consolidação óssea. Esta patologia não é totalmente inócua podendo resultar numa impotência funcional significativa do punho, por distúrbio de crescimento do cúbito, pelo que um follow-up de seguimento mais longo é necessário.

Conclusão:
A variante da fractura-luxação de Galeazzi nas crianças é uma patologia rara. O seu tratamento passa muitas vezes pela redução cruenta da fractura por interposição de estruturas.

EP137 - **Reconstrução de MPFL no tratamento da luxação recidivante na criança – uma nova esperança**
Luis Melo Tavares, João Pedro Raposo, Thiago Aguiar, Renato Soares, António Rebelo, Fernando Carneiro
(Divino Espirito Santo)

Introdução:
A luxação da rótula é uma patologia relativamente comum em idade pediátrica, sendo considerada a lesão aguda do joelho mais frequente na criança. Mais de 50% das luxações agudas evoluem para luxações recidivantes associadas a queixas álgicas. O ligamento patelo-femoral medial (MPFL) é frequentemente lesado aquando do 1ºepisódio de luxação. A abordagem terapêutica inicial de uma luxação da rótula na criança é sobretudo conservadora. O tratamento cirúrgico "ad início" encontra-se indicado nas luxações da rótula associadas a fragmentos osteocondrais grandes. No entanto se se verificar a presença de luxação recidivante da rótula associada a dor e incapacidade para a prática desportiva, está indicada a estabilização cirúrgica. A reconstrução do MPFL é considerada por muitos autores como a técnica cirúrgica mais indicada para o tratamento de luxações recidivantes da rótula no joelho imaturo, pois não envolve actos cirúrgicos que possam lesar o anel pericondral.

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clinico de uma criança de 15 anos, sexo masculino, que é seguida na consulta externa de Ortopedia por luxação recidivante da rótula esquerda após episódio de luxação traumática a 26-2-2012, tratada conservadoramente. Submetido a 26-6-2012 a reconstrução dos ligamentos patelo-femoral e patelo-tibial medial com semitendinoso, de inserção femoral no adutor magno. Não apresentou complicações no intra ou pós-operatório imediato, tendo alta a 28-6-2012.

Resultados:

No seguimento pós-operatório em consulta externa retirou imobilização gessada a 26-7-2012 e iniciou MFR para recuperação funcional. Ao 9º mês pós-operatório o doente apresentava-se sem episódios de luxação do joelho ou queixas álgicas e sem limitação da mobilidade articular do joelho, a praticar desporto.

Discussão:
O principal objectivo da estabilização cirúrgica da rótula consiste em prevenir novas luxações, de forma a permitir o regresso da criança às actividades desportivas. Vários estudos têm referido que o MPFL actua como o principal estabilizador medial da luxação lateral da rótula, e que na sua ausência existe uma predisposição para instabilidade patelo-femoral. Logo, a sua reconstrução está indicada para aumentar a estabilidade interna da rótula de forma a atingir os objectivos supracitados. Em geral as reconstruções do MPFL permitem obter bons resultados pós-operatórios, com taxas de reluxação muito baixas.

Conclusão:
A reconstrução do MPFL é uma técnica cirúrgica minimamente invasiva, com bons resultados funcionais, tratando-se de uma opção viável para o tratamento de luxação recidivante da rótula em idade pediátrica.

EP138 - **Fractura Pseudo-Galeazzi: uma raridade em idade Pediatrica**
Vasco Oliveira, Cristina Alves, Pedro Cardoso, Inês Balacó, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
(Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE)

Introdução:
A fractura-luxação de Galeazzi é uma lesão rara na criança, caracterizada por uma fractura diafisária do rádio associada a uma luxação radiocubital distal. A fragilidade inerente à fise distal do cúbito favorece o aparecimento de uma variante caracterizada pela epifisólise distal do cúbito.

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clínico de um adolescente de 15 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por queda de bicicleta com o membro superior em extensão.

Resultados:
O estudo radiológico evidenciou uma fractura do 1/3 distal do rádio, associado a uma epifisiólise distal do cúbito (grau II Salter-Harris). A redução fechada não foi possível pela interposição do periósteo na fractura fisária. Foi efectuada redução aberta e osteossíntese do cúbito com fio de Kirshner e do rádio com placa volar. Após 6 meses, o paciente apresenta mobilidade simétrica dos punhos, com evidência de encerramento da fise cubital distal, tendo retomado a prática desportiva.

Discussão:
Apesar do mecanismo de fractura ser semelhante ao da fractura de Galeazzi clássica, o reconhecimento deste tipo de lesão assume particular importância. Por um lado, a estabilidade da articulação radiocubital distal está preservada pela ausência de lesão do complexo da fibrocartilagem triangular. No entanto, tratando-se de uma fractura fisária, o encerramento precoce da fise pode acarretar sequelas, sendo o risco maior se a lesão não for correctamente identificada e reduzida.

Conclusão:
A fractura Pseudo-Galeazzi é uma entidade rara, de ocorrência exclusiva em idade Pediatrica, exigindo diagnostico e tratamento adequados.

EP139 - **Artrite séptica por Pantoeba agglomerans após picada em roseira: caso clínico e revisão da literatura**
Ricardo Goncalves, Ana Lopes, Glória Magalhães, Pedro Campos, Bárbara Rosa, Jorge Santos
(Hospital Vila Franca de Xira)

Introdução:
Os relatos presentes na literatura, descrevendo artrites sépticas após lesões por picada em plantas, são raros. No entanto, quando relatados, a Pantoeba agglomerans é um dos organismos patogénicos mais frequentemente encontrados. O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso de artrite séptica monoarticular (após picada em espinho de roseira), revendo igualmente a literatura atual.

Material e Métodos:
Criança do sexo feminino, 5 anos, etnia cigana, que recorreu ao serviço de urgência com queixas de edema e gonalgia, à esquerda. Referia história de lesão penetrante do joelho após queda sobre uma roseira, há cerca de 3 semanas. Ao exame objetivo apresentava uma marcha claudicante, com apoio breve à esquerda, rubor, edema e aumento da temperatura cutânea do

joelho, com dor intensa à palpação e mobilização passiva. Não foram detetadas à data quaisquer lesões cutâneas. A radiografia convencional demonstrava imagem suspeita de foco lítico da extremidade distal do fémur e alterações sugestivas de hidrartrose. Procedeu-se a artrocentese com saída de líquido sinovial purulento. Consequentemente, a criança foi internada e submetida a artrotomia e drenagem do joelho, tendo iniciado terapêutica empírica com flucloxacilina. Intraoperatoriamente, constatou-se a saída de cerca de 300cc de fluído purulento, alterações sinoviais compatíveis com artrite supurativa e ausência de corpos estranhos.

Resultados:
Durante o internamento apresentou hemoculturas estéreis, PCR negativa, VS de 9 mm/h, leucocitose de 13.300/uL; função hepática, renal e metabolismo fosfocálcico normais; LDH de 226 U/L; Ácido úrico de 1,1; ANA 1/320 padrão fino granular; C3, C4 e CH50 normais; electroforese proteica normal; TASO negativo; RA teste negativo; serologias para EBV, CMV, mycoplasma pneumoniae e clamidia pneumoniae não compatíveis com infeção aguda; IgM para parvovirus B19 positiva; coproculturas negativas. O exame citoquímico do líquido sinovial demonstrou: leucócitos 6.640, N 60,1%; glucose 32 mg/dL, LDH 348 U/L e pH 7, tendo sido isolado um bacilo Gram negativo (cultura pura): Pantoeba spp multi-sensível (pelo que iniciou antibioticoterapia dirigida, com cefuroxima). A RMN do joelho esquerdo revelou volumoso derrame articular e heterogeneidade da distribuição do sinal medular ósseo, não identificando a presença de qualquer corpo estranho. A cintigrafia óssea não confirmou a suspeita de foco infecioso no compartimento osteomedular. Durante o restante internamento apresentou uma melhoria generalizada do quadro clínico, tendo tido alta ao fim de 3 semanas, com manutenção da cefuroxima oral até às 6 semanas.

Discussão:
As artrites sépticas causadas pela penetração de plantas são bem conhecidas, especialmente na população pediátrica. Historicamente, a impossibilidade de identificar um organismo no líquido articular, após lesão com planta, conduziu à formulação da hipótese, inicialmente publicada em 1953, de que a artrite seria resultante de uma reação alérgica e, por conseguinte, asséptica. A revisão de numerosos casos publicados entre 1953 e 2002 revelou que relatos de organismos patogénicos, encontrados em culturas de líquido sinovial, eram extremamente raros, mas quando reportados, o agente mais comum era a Pantoeba agglomerans (anteriormente conhecida com Enterobacter agglomerans). Trata-se de uma bactéria Gram negativa, que pertence à famíla das Enterobacteriacae e que pode ser encontrada nas fezes de humanos e animais e em plantas.

Conclusão:
O uso de meios de cultura inapropriados e métodos imprecisos de identificação poderão ser a causa de inúmeros exames culturais negativos. Desta feita, o recurso a métodos capazes de identificar a Pantoeba agglomerans é recomendado quando existe uma história pregressa de picada em planta. A ecografia e a ressonância magnética deverão ser utilizadas numa tentativa de identificar e localizar eventuais corpos estranhos. A sua remoção por artrotomia,

---

EP140 - **Fraturas supracondilianas descoaptadas do úmero em idade pediátrica – revisão de 39 casos consecutivos**

Frederico Marquez Correia, Ana Sofia Neves, Gabriel Xavier, Marco Barroso De Oliveira, Tiago Oliveira, Paiva Ferreira
(Espirito Santo de Evora)

Introdução:
As fraturas supracondilianas do úmero são um tipo frequente de fraturas nas crianças e representam cerca de 60% das fraturas do cotovelo nesta idade. A classificação frequentemente mais utilizada é a de Gartland. A redução fechada com pinning percutâneo é o tratamento de eleição nas fraturas supracondilianas descoaptadas. As complicações mais temidas deste tipo de lesão são as alterações neurovasculares, os desvios de eixo e a rigidez. Os objetivos deste trabalho são analisar as características deste tipo de fratura na nossa população pediátrica e avaliar o resultado do seu tratamento.

Material e Métodos:
Os autores realizam um estudo retrospetivo dos casos de fraturas supracondilianas do úmero em idade pediátrica (grau II e III de Gartland) no período compreendido entre 2006 e 2012. Para avaliação dos resultados foram utilizados os critérios de Flynn.

Resultados:
Obtivemos um total de 39 doentes com idades

compreendidas entre 2 e 13 anos (média de idade 6,87). As lesões em extensão e flexão ocorreram em 97,5% e em 2,5% dos casos, respetivamente. Houve predomínio do sexo masculino (64,1%) e o lado esquerdo foi o mais afetado (em 59,9% dos casos). Surgiram como complicações desvios axiais, limitação do arco de movimento e lesão do nervo cubital. Os resultados obtidos, segundo os critérios de Flynn, foram satisfatórios em 92,3 %

Discussão:
A fratura supracondiliana do úmero é a lesão mais comum do cotovelo e surge predominantemente na primeira década de vida. A opção terapêutica varia com o tipo de fratura, a estabilidade pós redução da mesma e a experiência do cirurgião. A faixa etária, o sexo e a lateralidade foram sobreponíveis aos encontrados nos trabalhos publicados.

Conclusão:
A utilização de pinning percutâneo no tratamento das fraturas supracondilianas descoaptadas, revelou ser um método eficaz, seguro e com bons resultados funcionais e cosméticos. Os resultados obtidos neste estudo são sobreponíveis aos da literatura.

EP141 - **Tratamento de deformidades dos ossos longos, secundárias osteomielite crónica, na população pediátrica.**

António Brito Camacho, André Barros, Francisco Flores Santos, Delfin Tavares, Francisco Sant'anna, Manuel Cassiano Neves
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
A osteomielite crónica leva a uma alteração do padrão de crescimento ósseo da criança, não só pela doença em si, como pelos procedimentos efectuados para o seu tratamento. O objectivo deste trabalho é descrever as deformidades encontradas, o tratamento realizado e resultados obtidos, numa população de crianças com osteomielite crónica.

Material e Métodos:
Foram revistos os casos de crianças com sequelas de osteomielite crónica dos ossos longos tratadas na nossa instituição entre 2008 e 2011, utilizando fixadores externos. Num total de 6 doentes, (7 ossos), 3 apresentavam sequelas a nível da tíbia e 2 do fémur e 1 na tíbia e fémur. O tempo médio decorrido entre o episódio de osteomielite e a correcção da sequela foi de 10 anos. Em 3 doentes(4 ossos) a deformidade era uma hipometria do membro afectado (Grupo 1), em 2 casos tratava-se de um desvio axial (Grupo 2) e num dos casos tratava-se de uma hipometria com desvio axial associado (Grupo 3). As dificuldades encontradas durante o tratamento foram classificadas segundo Paley (problemas, obstáculos, complicações)

Resultados:
No Grupo 1 foram realizadas 5 cirurgias. Procedeu-se a correcção da deformidade realizando um alongamento com fixador circular (4 cirurgias) ou fixador monolateral (1 cirurgia). Foi possível alongar em média 52mm, com um índice de alongamento de 4,7 dias/mm, a taxa de dificuldades foi de 100%(4 problemas e 1 obstáculo). Foi possível obter uma correcção satisfatória em 2 casos. No Grupo 2 foram realizadas 3 cirurgias. Procedeu-se a correcção da deformidade por osteotomia e osteotaxia com fixador externo circular. A correcção angular foi em média 23º e o tempo de fixador foi em média 187 dias, a taxa de dificuldades foi de 33%(1 obstáculo). Foi possível obter uma correcção satisfatória nos dois casos. No Grupo 3 foi realizada 1 cirurgia. Procedeu-se à ressecção do sequestro e transporte ósseo com fixador externo circular. O índice de alongamento foi de 3,5dias/mm, a taxa de dificuldades foi de 200%(2 complicações). Obteve-se uma correcção satisfatória da deformidade.

Discussão:
O número limitado de casos deve-se a estarmos a analizar apenas os doentes que foram tratados com fixadores externos, doentes que à partida apresentava sequelas mais graves da osteomielite, que impediam a utilização de outras técnicas. A alta taxa de dificuldades poderá ser explicada pela complexidade das deformidades e por reactivações da osteomielite crónica.

Conclusão:
Conclui-se que o tratamento das sequelas da osteomielite na população pediátrica é um desafio, quer para o ortopedista, devido à complexidade da cirurgia a realizar, quer para o doente, devido ao tempo de utilização de fixadores externos e à elevada taxa de dificuldades. Estes aspectos do tratamento devem ser explicados ao doente e familiares, antes de realizar qualquer intervenção, para não criar expectativas irrealistas quanto à duração, intercorrências e resultado

final.

EP142 - **"Epifisiólise Femoral Proximal. Revisão de 39 ancas operadas"**

Catarina Alves, Tiago Frada, Bruno Pereira, Bartol Tinoco, Alvaro Gil, Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
os autores observaram cínica e imagiológicamente 39 ancas operadas por EFP e procuraram evidenciar: fenótipo e morfologia dos adolescentes; classificação clínica e radiológica; etiologia traumática conhecida; eventual sazonalidade; tipo de tratamento cirúrgico efectuado; resultados e complicações decorrentes.

Material e Métodos:
foram revistos 32 doentes (dos 34 operados) entre 1995 e 2001, em média 61,6 meses após a cirurgia. A maioria era do sexo masculino (78,13%), com idade média de 13,3 anos. A anca mais afectada era a esquerda (13 casos), havendo envolvimento bilateral em 7 doentes.Todos foram pesados e medidos, avaliadas as mobilidades das articulações coxo-femorais e observada a marcha. Todos realizaram Rx da bacia (face e projecção de Lowenstein) e Rx de ambas as ancas (perfil), tendo sido medido o deslizamento metafisário nos Rx iniciais, pós-cirúrgicos e actuais (através do angulo colo-epifisário).

Resultados:
das 32 EFP revistas 56,25% foram classificadas como crónicas, 18,75% como crónicas agudizadas e 25% como agudas. Encontramos uma etiologia traumática plausível em 10 casos (1 crónica, 5 crónicas agudizadas e 4 agudas). Os adolescentes mediam à entrada 159,1 cm e, em relação ao peso, 37,5% estavam acima do percentil 90. À data da re-avaliação apresentavam um IMC de 27,66 (sexo masculino) e 24,8 (sexo feminino). Todos forma submetidos a fixação "in situ" em 1º tempo, tendo sido realizada redução ortopédica em 3 casos (2 agudos e 1 crónico agudizado). Não foi realizada qualquer fixação profilática da anca contro-lateral.

Discussão:
Os dados epidemiológicos são sobreponíveis às da literatura publicada. A EFP é mais comum em adolescentes com excesso ponderal (84,38% P> 50 e, destes, 48,5% P> 90). Não encontramos variação sazonal. Não houve nenhum caso de condrólise e verificamos 1 necrose avascular da epífise femoral.

Conclusão:
Na maioria dos casos não foi encontrado factor etiológico. A fixação "in situ" demonstrou ser um método de tratamento eficaz e com baixa morbilidade. Os autores tecem considerações acerca das opções terapêuticas tomadas e dos resultados obtidos. O "follw-up" não nos permite tirar conclusões acerca da evolução para coxartose.

EP143 - **Avaliação funcional de artrodese tripla do pé em crianças e adolescentes**

Pedro Bernardino Simões, Pedro Sá Cardoso, Inês Balacó, Tah Pu Ling, Cristina Alves, Gabriel Matos
(Centro Hospitalar Universitário de Coimbra)

Introdução:
A artrodese tripla é uma cirurgia desenvolvida para o tratamento de distúrbios neurológicos do retropé. No entanto, a sua aplicação foi extendida a outras patologias. O objectivo deste trabalho foi avaliar os resultados da aplicação desta técnica durante 10 anos, na mesma instituição e em diferentes patologias.

Material e Métodos:
Foi realizado o seguimento de 53 doentes (67 pés) submetidos a triplice artrodese para o tratamento de várias patologias crónicas do retropé. O tempo médio de seguimento foi de 4,3 anos e a idade média na altura da cirurgia 13,2 anos.

Resultados:
Os resultados globais, que incluem todas as patlogias revelam uma taxa elevada de satisfação com 88% dos doentes ou cuidadores (no caso de doentes dependentes) a revelarem que fariam de novo a cirurgia. Nos doentes com maiores exigências funcionais, como no caso das barras társicas, os resultados funcionais revelaram um valor médio para o "Foot Function Index" de 20,4 em 170. Foram detectadas 3 pseudartroses, duas das quais foram submetidas a cirurgias de revisão.

Discussão:
A triplice artrodese apresenta bons resultados funcionais nas várias aptologias na qual foi aplicada.

Mesmo nos doentes com barras társicas o resultado funcional é bom. No entanto o relativamente curto tempo de follow up e o conhecimento de que as alterações provocadas no antepé por esta cirurgia serem mais evidentes com o passar do tempo não garantem que estes bons resultados se mantenham mas próximas avaliações.

Conclusão:
A triplice artrodese, sendo uma cirurgia de fim-de-linha, revela bons resultados globais ,num seguimento a médio prazo.

EP144 - **Contractura isquémica de Volkmann pós fractura supracondiliana do úmero - caso clínico**
Luciana Leite, Pedro Santos Leite, Daniel Esteves Soares, Alexandre Pereira, Miguel Trigueiros, César Silva (Santo António)

Introdução:
Contractura de Volkmann foi descrita pela primeira vez em 1881 por Richard von Volkmann. É um conjunto de sequelas funcionais e morfológicas da necrose muscular e nervosa que se segue a um síndrome agudo do compartimento, não tratado ou de má evolução clínica.

Material e Métodos:
Caso clínico de criança do sexo feminino, 7 anos, com antecedentes de fractura supracondiliana do úmero direito em Julho de 2011. Submetida a osteossíntese da fractura numa outra instituição. No pós-operatório desenvolve um síndrome do compartimento no membro operado , não diagnosticado. Referenciada posteriormente à nossa consulta por contractura isquémica de Volkmann, apresentando atrofia severa do membro, com contractura em flexão do punho de cerca de 40º e das interfalângicas de cerca de 90º. Electromiografia referindo lesão muito grave do nervo cubital e mediano. Submetida à exploração cirúrgica da lesão em Abril 2013, a nível do antebraço, constatando-se secção do nervo mediano (por necrose) a nível da arcada dos flexores . Realizou-se a reconstrução do nervo com interposição de enxerto de nervo sural, a neurólise do nervo cubital e a desinserção dos tendões flexores a nível do epicôndilo medial.

Resultados:
Criança em tratamento de fisioterapia, com franca melhoria da contractura do punho e dedos. Pais bastante satisfeitos com o resultado obtido até ao momento.

Discussão:
Apesar do curto follow- up os resultados apresentados são positivos. É necessário aguardar nesta fase, por um maior follow-up para se aferir os resultados finais da cirurgia. Reintervenções cirúrgicas podem vir a ser necessárias com o objectivo de melhorar a função do membro (transferências tendinosas, como exemplo) .

Conclusão:
O diagnóstico precoce de um síndrome do compartimento é essencial para evitar o dano celular irreversível, e as sequelas inerentes a este. A contractura de Volkmann é uma patologia pouco frequente nos dias de hoje, cujos casos existentes são dramáticos ,especialmente quando ocorridos em crianças.

EP145 - **Luxação traumática isolada da trapeziometacarpiana – caso clínico**
Pedro Miguel Marques, Pedro Cacho Rodrigues, André Sá Rodrigues, Pedro Sá, Pedro Negrão, Rui Pinto (Centro Hospitalar São João)

Introdução:
A luxação isolada da articulação trapeziometacarpiana (TMC) do polegar é uma lesão rara, sendo provocada por uma força axial através do polegar parcialmente flectido. O tratamento ideal para estas lesões agudas é muito controverso, podendo variar desde de redução fechada e imobilização gessada, redução com transfixação com fios Kirschner ou reconstrução ligamentar, sendo efectuadas consoante o grau de instabilidade e preferência do doente.

Material e Métodos:
Paciente, sexo masculino, 40 anos, que recorre ao serviço de urgência por traumatismo do polegar. Referia queixas de dor e apresentava ligeiro edema da base do polegar. Ao exame fisico verificou-se a existência de uma TMC instável e dolorosa à mobilização. O Rx inicial não apresentava alterações, mas devido às queixas álgicas, mobilizamos novamente a TMC e verificamos que conseguiamos provocar a luxação manualmente, tendo sido efectuado um Rx na posição luxada, que demonstrava uma luxação multidireccional da TMC. Doente foi posteriomente submetido a tratamento cirúrgico, durante o qual verificou-se a existência de uma completa rotura do ligamento volar e dorsal. Devido a impossibilidade de efectuar sutura directa, decidimos pela reconstrução através do procedimento de Eaton e Littler, com transfixação da TMC com fio de Kirschner. Posteriormente imobilizou-se com luva gessada durante 6 semanas.

Resultados:
Após um ano de follow-up o doente encontra-se sem dores e retornou à actividade laboral que mantinha antes da lesão, não se verificando limitação da mobilidade da TMC ou instabilidade residual. Rx

apresenta uma normal integridade articular sem sinais de sub-luxação ou alterações degenerativas.

Discussão:
As estruturas ligamentares representam são não só os estabilizadores primários da TMC como limitam a mobilidade da mesma conjuntamente com a tensão passiva muscular, sendo a sua integridade fundamental para a estabilidade dinâmica observada nesta articulação. A redução fechada e imobilização ou transfixação simples com fios K consistem em tratamentos insuficientes, uma vez que os doentes mantêm instabilidade. Uma vez que os ligamentos apresentavam uma rotura maciça decidmos pela sua reconstrução através do procedimento de Eaton Littler.

Conclusão:
A luxação aguda da TMC é uma leão muito séria, que pode passar despercebida no serviço de urgência, sendo que deve-se optar por tratamento que permita avaliar a integridade ligamentar e a respectiva correcção.

EP146 - **Tumefação dorsal do punho em extensão, um apresentação atípica de rotura do tendão extensor próprio do indicador**
Fréderic Da Cunha Ramalho, Tiago Barbosa, Roberto Couto, Maribel Gomes, Joel Reis, António Moreira
(Centro Hospitalar do Alto Ave)

Introdução:
A rotura por traumatismo fechado do tendão extensor próprio do indicador é rara. As causas mais comuns são a artrose, a artrite reumatoide e as fracturas distais do rádio. No entanto, pode ser provocada pela hiperflexão forçada do indicador em acidentes de trabalho ou em traumas desportivos. Vários tratamentos estão descritos na literatura. A escolha terapêutica adequada deve ser adaptada a sintomatologia do doente.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso clínico de um homem, 49 anos de idade, serralheiro, recorre a Consulta Externa por apresentar dor e tumefação do dorso do punho direito apenas observável em extensão com 4 meses de evolução. Refere história de trauma fechado com hiperflexão do indicador após a luva de proteção ter sido apanhada num berbequim. Na observação, não apresentou nenhuma alteração ao exame objetivo, nomeadamente défice de extensão ativa do segundo dedo. Após realização de exames auxiliares de diagnóstico, foi encontrada a presença de rotura do tendão extensor próprio do indicador.

Resultados:
Após realização de reabilitação funcional e infiltração com corticosteroides, o doente apresenta-se assintomático e sem défice de extensão ativa do indicador, tendo retomado a sua atividade profissional sem limitações.

Discussão:
A rotura do extensor próprio do indicador por mecanismos fechados é rara. A hiperflexão do indicador em acidentes de trabalho envolvendo as luvas de proteção é um mecanismo de lesão conhecido. O tratamento cirúrgico através da tenorrafia ou de transferências tendinosas é o tratamento mais utilizado na literatura. No entanto, o diagnóstico tardio da lesão deste doente assim como a ausência de défice funcional levou a decisão do tratamento conservador. De facto, a permanência do tendão extensor comum dos dedos permitiu a preservação da função do indicador, sendo o tratamento sintomática a única atitude necessária a tomar. O tendão próprio do indicador é frequentemente utilizado nas transferências tendinosas da mão para tratamento da rotura do tendão extensor longo do polegar, demonstrando a literatura que a sua ausência é geralmente bem tolerada pelos doentes.

Conclusão:
As lesões fechadas do tendão extensor próprio do indicador são raras e podem ser diagnosticadas tardiamente devido a manutenção da função do indicador a custa do tendão extensor comum dos dedos. Esta apresentação atípica através de um tumefação da mão em extensão foi tratada de forma conservador com bom resultado demonstrando que o tratamento deve ser orientado para as queixas e alterações funcionais do doente.

EP147 - **Schwanoma da mão: Caso Clinico**
Carlos Mateus, Bruno Pereira, Filipe Carriço, Luis Filipe Rodrigues, Juvenália Ribeiro, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
Os tumores primários da bainha nervosa de nervos da

mão são raros e representam menos de 5% das neoplasias dos tecidos moles do punho e mão. O schwanoma é o tumor primário mais comum dos nervos periféricos. Normalmente é localizado, de crescimento lento e muitas vezes indolor. Aparece tipicamente em indivíduos com idades entre os 30 e os 60 anos, sem relação com o sexo ou raça. Podem crescer até cerca de 4 cm antes do aparecimento de sintomas resultantes da compressão do nervo. A localização mais comum é nas superfícies flexoras das extremidades, é móvel no sentido transversal e imóvel no sentido longitudinal do nervo. É um tumor da bainha nervosa de células de Schwan e é envolvido por uma cápsula verdadeira de epineuro.

Material e Métodos:
AMOF, sexo feminino com 40 anos de idade, saudável, costureira. Referenciada à consulta da mão por neoformação dolorosa na face palmar da mão direita com 3 anos de evolução, sem história de traumatismo. Ao exame clinico, apresentava uma tumefacção localizada na face palmar da mão direita, no 3º espaço interdigital, com cerca de 1,5X1,5 cm, dolorosa à palpação, móvel nos planos profundos, sem sinais inflamatórios locais e sem alterações da sensibilidade dos dedos. A ecografia revelou neoformação nodular oblonga com contornos bem definidos medindo cerca de 16 mm, com ecoestrutura sólida hipoecogénica com significativa vascularização podendo corresponder a schwanoma do nervo interdigital palmar comum. Na exérese microcirúrgica verificou-se neoformação capsulada, lisa e esbranquiçada com cerca de 1,5 cm e com origem no nervo colateral radial do 4º dedo, que foi enviada para exame de anatomia patológica.

Resultados:
No pós operatório imediato a doente apresentava ligeira hipostesia da face cubital do 3º dedo que reverteu na reavaliação clinica no primeiro mês pós-operatório. O exame histológico revelou tratar-se de uma neoplasia capsulada constituída por células de morfologia fusiforme com áreas hipercelulares de células com núcleos esboçando pseudopaliçadas e áreas hipocelulares com edema intersticial com células de núcleos hipercromáticos e pleomórficos que traduziam alterações degenerativas. Como conclusão o estudo histológico da peça cirúrgica revelou Schwanoma com alterações degenerativas.

Discussão:
O schwanoma é uma neoplasia benigna e encapsulada com origem nas células de Schwan. Apesar de raro, com uma incidência de 5%, é o tumor de nervos periféricos mais comum. O diagnóstico diferencial inclui os hemangiomas, os sarcomas atípicos de tecidos moles e outros tumores de origem nervosa como os neurofibromas. A história clinica, a evolução e o exame físico são essenciais para o diagnóstico, que deve ser complementado com exames auxiliares de diagnóstico como a ecografia ou a RMN. O diagnóstico definitivo é dado pelos exames histopatológicos.

Conclusão:
O schwanoma é o tumor benigno primário mais comum da bainha nervosa dos nervos periféricos. É sintomático quando há compressão do nervo. O diagnóstico é clínico e complementado pela ecografia e RMN, e o tratamento é cirúrgico. Por ser um tumor encapsulado a resseção cirúrgica é total, não havendo lugar à recidiva. O diagnóstico definitivo é feito pelo exame anatomopatológico.

EP148 - **Deformidades congénitas da mão : Dois casos clínicos de sindactilia**
Luciana Leite, Daniel Esteves Soares, Pedro Santos Leite, Vânia Oliveira, Miguel Trigueiros, César Silva
(Santo António)

Introdução:
Sindactilia é a segunda causa mais comum de anomalias congénitas da mão registadas no nascimento, com maior incidência a nível da 3.ª comissura digital. Pode apresentar-se como uma lesão isolada ou associada a outros síndromes (S. Poland, Apert). Classifica-se em completa ou incompleta, dependendo da extensão da fusão aos dedos adjacentes, e também em sindactilia simples (subtipo em que apenas a pele está envolvida) ou complexa se envolve estruturas ósseas, neurovasculares e ungueais. O Objectivo final do seu tratamento é a sua separação (quando possível), com cobertura cutânea adequada,e com a “reconstrução” da comissura digital.

Material e Métodos:
Casos clínicos de duas crianças do sexo masculino com sindactilia das mãos, submetidas a tratamento cirúrgico em Março de 2013. Primeiro caso, criança de 13M, com sindactilia complexa da mão direita a nível de D3 e D4 (com fusões ósseas), submetida à amputação do 4.º raio da mão (falanges e metacarpo) com plastias cutâneas. Segundo caso , 26 meses, Síndrome de Poland, com

sindactilia bilateral simples (D2,D3, D4 e D5), submetida ,num primeiro tempo cirúrgico, à separação de sindactilia, bilateralmente, com uso de retalho dorsal quadrangular prolongado a nível da 2.ª e 4.ª comissuras e incisões em Zigue-zague dorsais e volares, com uso de enxerto de pele total (do ilíaco) para o encerramento cutâneo .

Resultados:
Boas mobilidades das mãos, sem cicatrizes retrácteis, e com integração do enxerto de pele ,no segundo caso descrito. Este doente aguarda ainda reintervenção cirúrgica para correcção final da sua sindactilia.

Discussão:
É actualmente aceite na literatura que a comissura digital deve ser reconstruída através da realização de um retalho (triangular ou quadrangular dorsal prolongado). Nos casos mais complexos, e na presença de fusões ósseas , a separação não é possível, e a solução é por vezes a amputação de um ou mais raios. Apesar da deformidade anatómica , os doentes conseguem adquirir boas mobilidades numa elevada percentagem dos casos.

Conclusão:
A finalidade do tratamento cirúrgico é melhorar a função e corrigir a deformidade.

EP149 - **Tratamento cirúrgico do polegar bífido – a propósito de um caso clínico**
Andreia Ferreira, José Marinhas, André Costa, Rui Rocha, Norberto Silva, Pedro Canela
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia -Espinho)

Introdução:
O polegar bífido representa uma duplicação completa ou parcial do polegar. Geralmente ocorre como uma deformidade isolada mas existem casos raros que se encontram associados a outros síndromes malformativos como por exemplo a síndrome de Holt-Oram. Normalmente é unilateral e pode ser classificado em 7 tipos segundo Wassel. Os tipos mais comuns são o tipo IV (duplicação completa das falanges proximais e distais; 47%), seguido do tipo VII (graus variáveis de duplicação associada com um polegar trifalângico; 20%) e o tipo II (duplicação completa da falange distal; 20%).

Material e Métodos:
Relata-se o caso de uma criança do sexo masculino, com 5 anos de idade, enviado à consulta externa por polegar bífido à direita, tipo II de Wassel. Foi submetido a excisão do dedo hipoplásico apresentando-se a evolução clínica e imagiológica ao longo de um ano de seguimento.

Resultados:
Actualmente com um ano de pós-operatório, apresenta um polegar funcionalmente normal, com discreto desvio cubital pelo que se encontra em observação clínica e imagiológica periódica na consulta externa.

Discussão:
A correcção cirúrgica do polegar bífido está indicada quase sempre, não só para melhoria estética mas também funcional. A reconstrução cirúrgica deve realizar-se por volta dos 18 meses de idade e o mais tardar até aos 5 anos. A excisão simples do dedo hipoplásico ou a intervenção de Bilhaut-Cloquet são as técnicas cirúrgicas recomendadas para o tratamento do polegar bífido tipo I ou II de Wassel.

Conclusão:
Pode haver necessidade de reintervenções futuras, com osteotomias e reconstrução ligamentar, já que é frequente o desenvolvimento de deformidade angular ou instabilidade.

EP150 - **TRATAMENTO PERCUTÂNEO DE FRACTURAS DO ESCAFÓIDE CÁRPICO**
Cláudia Martins, Amilcar Valverde, Isabel Garcia, Marco Lucas, Teresa Tomé, José Mousinho
(CHLP - Hospital de Santo André - Leiria)

Introdução:
O escafóide é o osso do carpo mais frequentemente fracturado, nomeadamente em idades jovens adultos do sexo masculino. Apresenta características anatómicas particulares (morfológicas e vasculares) que determinam o potencial de consolidação da fractura. Por ordem decrescente de ocorrência, a fractura localiza-se no colo do escafóide (65%), pólo superior (25%) e pólo inferior (10%). A suspeita clínica é fundamental, e os exames imagiológicos permitem confirmar e complementar o estudo. O tratamento poderá ser conservador, com imobilização gessada, no caso de fractura sem afastamento, ou cirúrgico se existir fractura do colo ou instabilidade. Dentro do

tratamento cirúrgico, pode-se optar por osteossíntese por via aberta (técnica de Matté-Russe) ou por via percutânea com controlo imagiológico. Necrose avascular, pseudartrose ou artrose radiocárpica são possíveis complicações que poderão ocorrer em 5 % dos casos e condicionar a actividade diária do doente. Este trabalho pretende avaliar o tratamento cirúrgico das fracturas, tratadas com osteossíntese por via percutânea, nos últimos 6 anos no serviço.

Material e Métodos:
Neste estudo retrospectivo, foram analisados todos os casos de fractura do escafóide cárpico submetidos a tratamento cirúrgico por via percutânea, entre 2007 e 2012. Na amostra de 24 casos obtidos, foram analisados a idade, género, ocupação, morfologia da fractura, exames complementares de diagnóstico pré-operatórios, existência de complicações, o Score de Mayo e avaliação global do resultado do tratamento pelo doente.

Resultados:
A amostra apresenta uma média de idades de 25 anos, representada na sua maioria por estudantes do sexo masculino. Em 2 casos houve necessidade de complementar o estudo radiológico com TC-articular. Registou-se um caso complicado com pseudartrose. O Score médio de Mayo foi de 84 pontos (Bom) e a classificação atribuída pelos doentes ao resultado do tratamento foi “Muito bom” e “Bom” (87%).

Discussão:
A elevada frequência de casos em jovens do sexo masculino, está de acordo com os dados referidos na literatura. É de realçar a baixa frequência da recorrência a outros exames imagiológicos (TC articular e Ressonância Magnética) para complementar o estudo desta patologia. Para um resultado global que se considera bom, salienta-se o valor de “Bom” do Score de Mayo, a baixa frequência de complicações (apenas um caso) e a avaliação positiva (80%) atribuída pelos doentes ao resultado do tratamento.

Conclusão:
O tratamento percutâneo das fracturas do escafóide cárpico mostrou ter bons resultados, pretendendo-se posteriormente fazer estudo comparativo entre a via percutânea e a via convencional, e também com uma série de tratamento conservador.

EP151 - **"Pseudartrose do cubito distal e operação Sauvé-Kapandji"- caso clínico"Pseudartrose do cubito distal e operação Sauvé-Kapandji"- caso clínico"Pseudartrose do cubito distal e operação Sauvé-Kapandji"- caso clínico"Pseudartrose do cubito distal e operação Sauvé-Kapandji"- caso clínico"Pseudartrose do cubito distal e operação Sauvé-Kapandji"- caso clínico**

Ruben Caetano, Nuno Carvalho, António Camacho, Rui Pereira, Frederico Teixeira
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
As fraturas distais dos ossos do antebraço podem produzir alterações crónicas como a consolidação viciosa, a pseudartrose ou a instabilidade radiocubital distal, que frequentemente levam à presença de dor e limitação da prono-supinação. Kapandji descreveu a artrodese da articulação radiocubital distal com a criação duma pseudartrose proximal à cabeça cubital para manter a rotação do antebraço. Atualmente, o procedimento de Sauvè-Kapandji é a técnica de escolha para muitas lesões degenerativas ou pós-traumáticos da articulação radiocubital distal.

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso clínico de um doente do sexo masculino de 45 anos de idade, observado no Serviço de Urgência de outra instituição no dia 07.06.2012 após acidente de mota. Ao exame objectivo apresentava fratura exposta distal dos ossos do antebraço esquerdo, Gustilo III A. No Rx confirmou fratura distal cominutiva dos ossos do antebraço esquerdo, Fernandez tipo V, fratura de Bennet e fratura da base do 5º metacarpo ipsilateral. Foi submetido, nesse mesmo dia, a osteotaxia com colocação de fixador externo mono-lateral e é enviado para o nosso serviço, onde foi re-operado dia 19.06.2012 com osteossíntese distal dos ossos do antebraço com placas e fixação da fratura de Bennet com 2 fios K. Pós-operatório complicado com pseudartrose da fratura do cúbito e deiscência parcial da sutura cubital com exposição distal da placa. Foi tentado o encerramento com recurso a plastias de deslizamento, sem sucesso. Assim o doente é proposto para nova cirurgia no dia 01.03.2013, em que foi realizada extração da material de osteossíntese no cúbito e Operação de Sauvé-Kapandji, dado que se considerou que uma nova osteossíntese iria impossibilitar o encerramento da ferida.

Resultados:
O doente teve evolução muito positiva, com alivio das queixas álgicas e melhoria progressiva do défice da prono-supinação.

Discussão:
A operação de Sauvé-Kapandji é uma indicação rara na pseudartrose do cúbito distal.

Conclusão:
No caso descrito os autores tentavam minimizar a colocação de material de osteossíntese de forma a permitir o encerramento da ferida e também utilizar uma técnica que lhes permitisse iniciar o mais rapidamente possível a reabilitação.

EP152 - **Luxação complexa da articulação metacarpo-falângica do indicador na criança – a propósito de um caso clínico**

Luis Melo Tavares, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
(Serviço de Ortopedia Pediátrica do CHUC, EPE- Hospital Pediátrico)

Introdução:
A luxação traumática metacarpo-falângica é uma lesão rara. A sua etiologia está, na maioria das vezes, associada a queda com a mão em extensão, sendo o indicador o dedo mais atingido, seguido do polegar e dedo mínimo. É classificada por Farabeuf como simples (redutível de forma incruenta) ou complexa (redutível apenas de forma cruenta). A interposição articular da placa volar (entre a base da falange e a cabeça do metacarpo) é a principal razão pela irredutibilidade que se verifica nas luxações complexas. No entanto existem outras estruturas que também condicionam dificuldade na redução, nomeadamente o músculo lumbricóide, tendão flexor, ligamento natatório, ligamento metacarpiano transverso superficial, que criam uma espécie de nó à volta do colo do metacarpo. Os sinais patognmónicos de luxação complexa incluem: retracção cutânea a nível da prega cutânea palmar da articulação (clínico) e aumento do espaço interarticular com sesamóide intra-articular (radiológico). A realização de Rx em 3 planos é fundamental para completar o diagnóstico de luxação e avaliar a presença de fracturas concomitantes, presentes em 50% dos casos.

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clínico de um rapaz de 17 anos, que sofreu traumatismo da mão num jogo de râguebi e foi referenciado de outra instituição para o nosso Serviço de Urgência, após lhe ter sido diagnosticada luxação traumática da articulação metacarpo-falangica do indicador da mão esquerda e realizadas várias tentativas de redução incruenta, sem sucesso. À entrada no nosso Hospital, o doente apresentava deformidade do indicador - hiperextensão da articulação metacarpo-falangica (MCF) e flexão da interfalangica proximal (IFP), associada a retracção cutânea palmar. Não apresentava lesão neurovascular. No RX observou-se luxação dorsal complexa da articulação metacarpo-falangica associada a fractura osteocondral da extremidade distal do 2ºmetatarso. O doente foi submetido a redução cruenta por abordagem volar e excisão do sesamóide. A fractura osteocondral de extremidade distal do 2ºmetacarpo estava bem coaptada, não sendo necessário osteossíntese.

Resultados:
Decorrido 1 mês após a cirurgia, o doente iniciou fisioterapia para recuperação funcional. Aos 6 meses de pós-operatório, a recuperação funcional é completa e a fractura osteocondral está consolidada. Tem mobilidade de 5º-80º na articulação MCF, 0º-80º na IFP e 0-90º na IFD. Não tem instabilidade ao nível da articulação metacarpo-falangica.

Discussão:
Manobras de distracção para redução de luxação dorsal metacarpo-falangica são infrutíferas e podem transformar uma luxação simples numa complexa. A técnica correcta consiste na flexão do punho e IFP (relaxamento dos flexores) associada a aplicação de força (dorsal para volar) na falange proximal. Se esta manobra falhar, então dever-se-á proceder a uma redução aberta. Existe alguma controvérsia acerca da melhor via de abordagem. A abordagem dorsal apresenta como vantagens uma excelente visualização da placa volar, risco inexistente de lesão iatrogénica de estruturas vasculonervosas e uma boa acessibilidade às fracturas ósseas para osteossíntese. No entanto tem como principal desvantagem não permitir a reinserção da placa volar, o que poderá causar alguma instabilidade articular. Por sua vez, a abordagem volar apresenta como vantagens uma visualização directa da luxação e possibilidade de reparação de estruturas tendinosas, nomeadamente a placa volar, diminuindo o risco de instabilidade. Como desvantagens apresenta

uma maior dificuldade de acesso à placa volar e um maior risco de lesão iatrogénica das estruturas vasculonervosas do dedo.

Conclusão:
O tratamento de eleição para as luxações dorsais complexas da articulação metacarpo-falangica é a redução cruenta da luxação, por abordagem volar, através de uma abordagem cuidadosa, de forma a minimizar os riscos de iatrogenia, permitindo assim uma visualização

---

EP153 - **Revisão de Osteossíntese em Pseudartrose do Escafoide Pediátrica**

Luis Sobral, Nuno Oliveira, Patrícia Rodrigues, Carla Nunes
(Hospital São Francisco Xavier - CHLO)

Introdução:
A fractura do escafoide em adolescentes é uma entidade rara, representando cerca de 3% das fracturas do punho e mão e 0,39% de todas as fracturas pediátricas. Apesar da elevada taxa de consolidação, o atraso no diagnóstico e o tratamento inadequado podem resultar em pseudartrose. Reportamos o caso de um doente de 15 anos com diagnóstico de fractura do escafoide, pseudartrose após tratamento conservador e falência de osteossíntese primária. Descrevem-se os resultados clínicos e imagiológicos da revisão de osteossíntese.

Material e Métodos:
Case Report

Resultados:
Apresentamos o caso de um doente de 15 anos com diagnóstico de fractura do escafoide cárpico esquerdo, do terço distal, tipo C de D'Arienzo. Ocorreu falência do tratamento conservador e evolução para pseudartrose. Aos 8 meses após fractura foi tratado com osteossíntese primária percutânea. Ocorreu falência da osteossíntese, produção de humpback deformity e instabilidade do carpo em DISI. Aos 12 meses pós fractura foi reoperado. Por via aberta volar procedeu-se a extracção de material, desbridamento, redução da deformidade do escafoide e do alinhamento do carpo, colocação de enxerto tricortical de osso ilíaco e osteossíntese com parafuso tipo Herbert. Obteve-se consolidação em 8 semanas, com manutenção do alinhamento do carpo. Clinicamente assintomático, com discreta diminuição da mobilidade, sem repercussão funcional, com Mayo Wrist Score de 90/100, tendo retomado actividade desportiva.

Discussão:
A fractura do escafoide em idade pediátrica é rara devido à quantidade de cartilagem presente no escafoide imaturo, que resulta num efeito de amortecimento. Neste caso estamos perante uma fractura do terço distal que evoluiu para pseudartrose após tratamento conservador. Nos adulto a pseudartrose do escafoide pode produzir uma alteração da cinemática do carpo, perda de estabilidade do punho e deformidade DISI (dorsal intercalated segment instability). A alteração subsequente da biomecânica resulta a médio-longo prazo em SNAC (scaphoid nonunion advanced collapse) e finalmente pan-artrose do punho. Devido à raridade da pseudartrose do escafoide pediátrica ainda não foi estabelecida a história natural da doença e como tal o tratamento permanece controverso. Admite-se desde tratamento conservador, estimulação electromagnética, até várias formas de cirurgia como fixação com fios K após colocação de enxerto, enxerto sem osteossíntese e osteossíntese com ou sem enxerto. Neste caso optou-se por osteossíntese com parafuso de compressão tipo Herbert no sentido proximal-distal sem colocação de enxerto por abordagem volar. A falência da osteossíntese inicial poderá ter-se devido ao mau posicionamento do implante, ausência de enxerto ou período demasiado longo até à cirurgia. Procedeu-se a revisão de osteossíntese por abordagem volar, com extracção de material, desbridamento do foco, redução da humpback deformity e re-osteossíntese com parafuso tipo Herbert no sentido distal-proximal após colocação de auto-enxerto tricortical - procedimento indicado na pseudartrose tardia com perda óssea substancial.

Conclusão:
As fracturas e pseudartroses do escafoide no adolescente são raras e requerem um alto nível de suspeição clínica para o seu diagnóstico. Habitualmente obtêm-se bons resultados com o tratamento conservador da fractura permanecendo a falta de consenso quanto ao tratamento da pseudartrose. Apresentamos um caso de pseudartrose após tratamento conservador. Verificou-se falência da osteossíntese primária, tendo-se conseguido excelentes resultados após revisão com colocação de auto-enxerto.

EP154 - **Tumor glómico – Caso clinico**
Carlos Mateus, Nuno Ferreira, Rui Duarte, Catarina Alves, Juvenália Ribeiro, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
O tumor glómico é um tumor benigno raro que representa cerca 1 a 5% das neoplasias dos tecidos moles da mão. São mais comuns em adultos jovens e no sexo feminino. Têm origem nos corpos glómicos mioarteriais, receptores neuromioarteriais de músculo liso sensíveis à temperatura e reguladores da circulação microvascular. Normalmente estas lesões são solitárias, subungueais ou da polpa dos dedos da mão mas podem ser encontrados em várias zonas do corpo. O diagnóstico é essencialmente clinico por apresentar uma tríada característica composta por dor aguda na ponta do dedo, dor desencadeada pela palpação e sensibilidade ao frio.

Material e Métodos:
REMD, sexo masculino, 40 anos, saudável e empresário de profissão. Referenciado para a consulta da mão por dor aguda na extremidade distal do 4º dedo da mão esquerda, de início insidioso e com 2 meses de evolução, sem história de traumatismo. Ao exame clinico apresentava dor localizada e desencadeada pela palpação da extremidade distal do 4º dedo da mão esquerda, e hipersensibilidade ao frio. À inspecção apresentava uma área de coloração avermelhada com cerca de 1mm na extremidade distal cubital do 4º dedo. No estudo radiologico efectuado com Rx convencional e RMN não foi detectada qualquer lesão. Por elevada suspeita clinica foi realizada a exploração cirúrgica através de uma incisão subungueal da extremidade distal do dedo onde se verificou a presença de uma neoformação esbranquiçada, com cerca de 6 mm de tamanho, na extremidade distal do lado cubital do 4º dedo da mão esquerda. Foi realizada a exérese cirúrgica da neoformação e do tecido circundante e enviada para anatomia patológica.

Resultados:
No pós operatório houve reversão completa da sintomatologia do doente. O exame histológico confirmou a suspeita clínica de tumor glómico não excluindo no entanto a exérese completa do tumor.

Discussão:
Wood descreveu pela primeira vez os tumores glómicos em 1812, caracterizando-os como "tubérculos subcutâneos dolorosos", em 1924 Masson descreveu histologicamente o tumor como um hamartoma vascular benigno. Os diagnósticos diferenciais do tumor glómico podem incluir melanoma, neuroma, angioma, nevus pigmentados e malformações arteriovenosas. A taxa de recorrência destes tumores está entre 4% e 15%, pelo que é necessário a remoção completa do tumor para diminuir a taxa de recidiva. A história clinica e o exame físico são essenciais no diagnóstico destes tumores, podendo-se realizar o teste de Hildreth para ajudar no diagnóstico. O exame radiológico com Rx pode ser normal ou mostrar alguma erosão cortical da falange distal, a RMN é o exame mais sensível na deteção destes tumores apresentando uma sensibilidade de 90% e uma especificidade de cerca de 50%. Não existe ainda um protocolo especifico para o diagnóstico destes tumores. O tratamento passa invariavelmente pela exérese cirúrgica e o seu diagnóstico definitivo é determinado por estudos histopatológicos.

Conclusão:
O tumor glómico é um tumor benigno raro. Tem sintomatologia típica e apesar de ser uma lesão de tamanho muito reduzido é uma lesão incomodativa pela dor lancinante despertada ao toque mínimo ou pela hipersensibilidade ao frio. O diagnóstico é essencialmente clínico e pode ser complementado pela RMN. O tratamento é exclusivamente cirúrgico e a remoção do tumor deverá ser completa pois há o risco de recidiva. O diagnóstico definitivo é feito pelo exame histológico.

EP155 - **Doença de Dupuytren – Fasciectomia Selectiva vs Fasciotomia Percutânea – comparação de resultados**
João Neves, Miguel Carvalho, Amílcar Araújo, Mafalda Batista, Nuno Fachada, José Lima
(Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal)

Introdução:
A Doença de Dupuytren caracteriza-se pela degenerescência de fibras elásticas, espessamento e endurecimento por hialinização do feixe de fibras de colagénio da fáscia palmar, levando à formação de nódulos e posterior contractura fascial e retração dos

dedos. É uma entidade que evolui por surtos, sendo de difícil previsão determinar a sua progressão.

Material e Métodos:
Para o presente estudo foram selecionados os doentes com contractura Dupuytren operados no período de 2009-2012. Foi desenvolvido um protocolo para a consulta de revisão que incluiu os seguintes itens: sexo, idade, raios atingidos, grau de contractura (classificação Tubiana), co-morbilidades associadas, profissão, história familiar, tipo de procedimento, recidiva, avaliação funcional (pontuação DASH), grau de satisfação. Tendo em conta a adesão de 62% à consulta de revisão, foi realizada consulta de processo clínico complementada por entrevista telefónica nos restantes casos.

Resultados:
No período de 2009-2012 foram operados 128 doentes com contractura de Dupuytren, maioritariamente em contexto de cirurgia de ambulatório. Da amostra estudada, 87% eram do sexo masculino, registando-se história familiar positiva em 29,63%. As idades situaram-se entre os 34 e os 82 anos sendo o pico de incidência nas décadas de 60 e 70 anos. Relativamente aos raios atingidos, surge por ordem decrescente de atingimento: D4, D5, D3, D1 e D2. Registando-se atingimento bilateral em 23,5%. No que concerne ao procedimento cirúrgico efectuado surge em primeiro lugar a fasciectomia palmar selectiva (90 casos), seguida da fasciotomia percutânea com agulha (30 casos) e, em último, a cirurgia combinada/híbrida (8 casos). O déficit residual articular médio predominantemente ao nível da articulação interfalângica proximal obtido foi de 15%. Obteve-se, nos pacientes operados de 2009 a 2011: uma correção completa em 67,6 % dos casos, parcial em 32,4 % dos casos por limitação de extensão da PIP. A percentagem de recidiva apurada situa-se nos 7,4%, sendo o grau de satisfação dos doentes bom em 55% e muito bom em 40%. A maioria dos pacientes intervencionados voltou a executar as AVDs sem qualquer limitação, os mais jovens retomaram a sua atividade laboral.

Discussão:
Os resultados apresentados revelam o crescente uso da fasciotomia percutânea com agulha no tratamento da contractura de Dupuytren, registando-se uma boa evolução nos casos operados, havendo uma grande aceitação por parte dos doentes, mesmo quando é necessário a repetição do procedimento. No nosso serviço, sendo ainda a fasciectomia selectiva o procedimento dominante, esta fica reservado para os graus IIi e IV ou recidivas com significativa contractura das articulações MCP ou IFP. Será, no entanto necessário, mais tempo de seguimento destes doentes para apurar a percentagem recidiva nos casos submetidos a fasciotomia percutânea, dada a sua implementação mais recente no serviço.

Conclusão:
A utilização da fasciotomia percutânea com agulha nos casos de doença de Dupuytren apresenta resultados preliminares animadores, com grande aceitação entre os doentes por ser uma técnica menos invasiva. Ressalva-se a importância da curva de aprendizagem do cirurgião na redução de complicações cirúrgicas, tais como: lesão tendinosa, nervosa ou ligamentar. Enfatiza-se ainda o desenvolvimento recente da cirurgia híbrida combinando fasciotomia percutânea com fasciectomia palmar selectiva em doente com diferentes graus de contractura em múltiplos raios.

EP156 - **DISSOCIAÇÃO ESCAFO-LUNAR CASO CLINICO**
Jorge Homero Costa, Ricardo Guerreiro, Pedro Falcão, João Jorge, André Grenho, Joana Arcangelo
(Hospital de sao lázaro -CHLC)

Introdução:
A instabilidade cárpica ocorre quando há perda do normal alinhamento dos ossos do carpo resultando numa alteração da cinética do punho. Resulta de lesões do sistema ligamentar intriseco ou extrinseco do punho. Os padrões de instabilidade dividem-se em instabilidade cárpica dissociativa, não dissociativa, complexa e " Carpus adaptativo".

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 32 anos, jogador de Rugby, com historia de traumatismos de repetição de ambos os punhos. Recorreu à consulta de Ortopedia por dimuição da força de preensão e dor difusa na face dorsal do punho direito e desde há um ano, após queda com o punho em extensão e desvio cubital. Ao exame objectivo o Teste de Watson foi positivo com ressalto audivel. O estudo radiográfico estático identificou uma diastase de 3,9mm entre o escafoide e o semilunar (sinal de Therry Thomas) sendo o angulo escafo lunar normal (36º) fig.1. O estudo dinâmico do punho evidenciou a suspeita de dissociação escafo-lunar, por ressalto visivel

por efeito rotatório (fig.2) Referia história de fractura do 2º metacárpico direito, submetido a OTS há 5 anos

Resultados:
O doente foi submetido a cirurgia do punho por via dorsal , tendo sido realizada artrodese intercárpica escafo-grande osso (fig.3 e 4) com dois parafusos Acutrak não tendo sido possivel a reparação do ligamento escafo-lunar dorsal tal como era expéctável. Um mês apos iniciou fisoterapia com boa recuperação funcional Três meses após a cirurgia o doente referia remissão das queixas álgicas e melhoria da força de preensão do punho. Actualmente sem dor ou limitações na mobilidade do punho, pelo que retomou a sua actividade desportiva.

Discussão:
A dissociacão escafo lunar enquandra–se nos padrões de instabilidade cárpica dissociativa É a causa mais comum de DISI - (dorsal intercalated segmental instability), podendo progredir para um ”SLAC Wrist” - Scapholunate advance collapse. Habitualmente a opção em roturas totais do ligamento escafo lunar, com menos de 3 meses (instabilidade aguda) reside na reparação ou na reconstrucçao ligamentar com ou sem capsulodése, se superior a 3 meses (instabilidade crónica) opta-se por artrodese intercárpica.

Conclusão:
O caso apresentado teve evolução clinica muito favorável, o que demonstra a validade desta opção terapêutica.

EP157 - **Secção traumática do tendão flexor profundo da mão (zona I) – a propósito de um caso clínico**
João José Cabral, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Sá Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
(Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra)

Introdução:
A lesão da zona I da bainha do flexor corresponde à laceração do tendão flexor profundo dos dedos distalmente à inserção do tendão flexor superficial dos dedos ou à avulsão da sua inserção na base da região proximal da falange distal. A técnica clássica de reparação do tendão Flexor Digitorum Profundus (FDP) ao osso envolve a passagem de fios de sutura pelo coto tendinoso que, atravessando a falange distal, se fixam sobre a região dorsal do dedo no leito ungueal, distalmente à lúnula, por meio de um botão.

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso clínico de um doente de 12 anos, do sexo masculino, que sofreu traumatismo directo sobre o 2º dedo (D2) da mão direita por portão, resultando ferida em U da região volar de F2 e F3. Apresentava o dedo bem perfundido, com défice de extensão da articulação interfalângica distal (IFD) do 2º dedo da mão direita e extensão activa da interfalângica proximal (IFP) do mesmo dedo. Realizada exploração da ferida no dia de entrada na Urgência, que revelou secção do FDP de D2 da mão direita, com coto distal de cerca de 7 a 8 mm. Efectuada sutura topo a topo tipo Kessler e 2 pontos simples. Imobilizado com luva gessada. Três semanas após cirurgia veio à Consulta para reavaliação observando-se ausência de flexão activa da IFD de D2 da mão direita, sugerindo ruptura do FDP. Realizada cirurgia programada na mesma semana consistindo em desbridamento e reinserção do flexor profundo à falange distal e amarragem sobre botão colocado sobre o leito ungueal e imobilização gessada antebraquipalmar. Retirado gesso às 3 semanas e aplicada tala que usou nas 3 semanas seguintes, iniciando depois o protocolo de reabilitação em Fisiatria.

Resultados:
O pós-operatório e o período de reabilitação decorreram sem intercorrências. Teve alta aos 5 meses de seguimento, não apresentando queixas clínicas, com uma cicatriz cirúrgica boa, evidenciando boa pinça e com flexão activa da IFD, sem diminuição de força.

Discussão:
Segundo vários autores, a reparação tendão-osso parece não adquirir resistência no período entre 3 e 6 semanas do pós-operatório. Mesmo às 6 semanas pós-operatórias, altura em que por norma é removido o botão dorsal e sutura transfixiva, ainda subsiste tecido inflamatório no local da reparação correspondendo a um potencial biológico imaturo do local de reparação cirúrgico. Além disso, há uma tendência para o local da reparação se alongar durante o período pós-operatório imediato, que poderá não ser evidente clinicamente. Estes resultados sugerem que a cicatrização tendão-osso não segue o mesmo curso que a reparação intrasinovial tendinosa.

Conclusão:
Se o tendão é seccionado e o coto distal é inferior a 1 cm de comprimento, a indicação formal passa por fazer

a reparação primária ao osso. Se está perante um coto tendinoso distal superior a 1cm então está indicado proceder à tenorrafia primária pois um encurtamento superior a 1cm pode resultar no efeito quadrigia.

EP158 - **Transposiçao do tendao extensor indicis apos rotura cronica do tendao extensor pollicis longus**
Daniel Saraiva, Tiago Pinheiro Torres, Andre Costa, Andreia Ferreira, Filipe Lima Santos, David Sa
(CHVNG/E)

Introdução:
Os mecacanismos mais frequentes de rotura do extensor pollicis longus (EPL) incluem a rotura aguda traumatica e cronica, com interrupçao da vascularizaçao do tendao apos hemorragia e aumento da pressao local, o que leva a que o tendao danificado seja mais susceptivel a rotura secundaria apos necrose isquemica. As opçoes de tratamento incluem a reparaçao directa na fase aguda (tenorrafia) ou a transferencia tendinosa numa fase cronica.

Material e Métodos:
Apresentamos o caso de um doente diagnosticado com rotura cronica do EPL que recorreu a nossa consulta por incapacidade de extensao activa do polegar, o que interferia na sua actividade laboral. Apos realizaçao de ecografia que apontava para topos tendinosos proximos e viaveis, explicou se ao doente a possibilidade da incapacidade de sutura directa e a possibilidade de transposiçao do tendao extensor indicis (TEI)

Resultados:
Apos constataçao de inviabilidade dos topos tendinosos, optou se pela transposiçao do tendao extensor indicis. Foi imobilizado com luva gessada 2 semanas e depois entrou em protocolo de MFR, com recuperaçao completa da mobilidade as 8 semanas pos op.

Discussão:
Os mecacanismos mais frequentes de rotura do extensor pollicis longus incluem a rotura traumatica e, em menor grau, a interrupçao da vascularizaçao do tendao apos hemorragia e aumento da pressao local, o que leva a que o tendao danificado seja mais susceptivel a rotura secundaria apos necrose isquemica. As opçoes de tratamento incluem a reparaçao directa na fase aguda (tenorrafia) ou a transferencia tendinosa numa fase cronica. A transposiçao do tendao extensor indicis apos rotura cronica do tendao extensor pollicis longus e uma opçao valida a considerar nestes doentes, pois a tenorrafia directa apresenta baixas taxas de eficacia apos roturas cronicas.

Conclusão:
A revisao da literatura aponta para a transferencia do extensor indicis proprius como o procedimento mais previsivelmente eficaz na restauraçao da funçao original do EPL apos rotura cronica. E uma tecnica simples, requer pouca re educaçao no pos op e apresenta poucas complicaçoes associadas.

EP159 - **Dissociação escafolunar – um diagnóstico nem sempre fácil!**
João Neves, Miguel Carvalho, Amílcar Araújo, Mafalda Batista, Nuno Fachada, José Lima
(Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal)

Introdução:
O punho traumático pode ser a expressão de um vasto leque de lesões de graus diferentes de gravidade. Sendo a dissociação escafolunar uma delas. Caracterizando-se por ser uma lesão rara resultado de um traumatismo de considerável energia cinética

Material e Métodos:
Reporta-se um caso clínico de traumatismo do punho em mulher de 62 anos na sequência de queda, do qual resultou traumatismo do carpo complicado de dissociação escafolunar. Caso clínico: Mulher de 62 anos de idade, vítima de queda na via pública de que resultou traumatismo do punho esquerdo por apoio da mão no solo em rotação e extensão exagerada. A doente foi submetida a cirurgia (15-10-2010) para correção da instabilidade com reparação do ligamento escafolunar dorsal, decorridos 15 dias do traumatismo. No per-operatório constatou-se um ligamento desinserido do escafóide com pastilha óssea, e com fragilidade da banda central. Assim, fez-se reinserção do ligamento no leito do arrancamento com pontos transósseos das respectivas inserções escafóideia e também da lunar com recurso a duas mini âncoras reabsorvíveis tipo Mitek. No pós-operatório a doente ficou imobilizada com luva gessada durante 6 semanas e mais duas semanas com ortótese amovível, após o que iniciou recuperação funcional.

Resultados:
A doente foi seguida em consulta de ortopedia, tendo tido alta aos 24 meses de pós-operatório, encontrava-se sem dor, com arcos de movimentos restabelecidos e sem qualquer dificuldade na execução das AVDs. Regista-se ainda a preservação da força de preensão manual quando comparado com o lado contralateral. No rx de controlo mantinha o alinhamento e as relações intra-cárpicas normais.

Discussão:
A dissociação escafolunar caracteriza-se por ser uma lesão rara resultado de um traumatismo de considerável energia cinética. A relevância que assume, dentro da patologia traumática do punho, justifica-se pela gravidade das sequelas funcionais que resultam se o seu tratamento não for bem sucedido. O traumatismo do punho pode resultar em lesões graves rádio-cárpicas ou intra-cárpicas, pelo que perante um punho pós-traumático francamente sintomático a imobilização é importante durante 2-3 semanas mesmo na ausência de lesão óssea visível no Rx, porque ajuda no controlo da dor e facilita a cicatrização de lesões capsulo-ligamentares. No tratamento é universalmente aceite que a recuperação funcional do ligamento escafolunar com estabilidade intra-cárpica é o principal objectivo.

Conclusão:
O tratamento deve ser realizado precocemente, dentro das primeiras seis semanas e visa restituir a estabilidade escafolunar, se possível recuperando o ligamento escafolunar dorsal, no sentido de evitar o surgimento de alterações degenerativas precoces. É crucial uma nova reavaliação após imobilização que permita descartar uma eventual lesão óssea ou ligamentar que possa ter passado despercebido.

EP160 - **Avaliação dos resultados cirúrgicos no tratamento dos quistos sinoviais do punho por cirurgia aberta – estudo retrospectivo**

João Neves, Miguel Carvalho, Amílcar Araújo, Mafalda Batista, Venâncio Caleira, Nuno Fachada
(Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal)

Introdução:
Os quistos sinoviais são abaulamentos que aparecem nas regiões palmar ou dorsal do punho. Eles assemelham-se a um balão e são preenchidos por uma substância gelatinosa. O cisto sinovial pode surgir profundamente, a partir da cápsula da articulação do punho ou mais superficialmente, a partir da bainha que reveste os tendões. Existem algumas teorias para sua causa, mas nenhuma delas é completamente aceita, de modo que a causa real ainda é desconhecida. Ocorrem em pacientes de todas as idades e podem surgir em ambos os lados ou em mais de um local no mesmo punho. Nenhum caso de malignidade relatado na literatura. O seu diagnóstico é clínico, com base na palpação de massa e consistência elástica endurecida, de bordos definidos.

Material e Métodos:
Foram revistos os processos clínicos dos doentes operados entre 2000 e 2011 (últimos 12 anos), com quistos sinoviais do território do punho. Foi criado um protocolo de revisão dos doentes operados com os seguintes itens: a idade, sexo, causa, lateralidade, profissão, demora média, motivação para a cirurgia, localização clínica do quisto, tratamentos prévios pré-cirurgia, cirurgias associadas, complicações cirúrgicas, exame objectivo. O principal objectivo deste estudo foi determinar a taxa de recidiva, no nosso centro, bem como as complicações registadas. Comparar os resultados entre quistos sinoviais volares e dorsais.

Resultados:
Foram revistos 50 processos, com predomínio do sexo feminino (82%) e do lado dominante. Os doentes apresentavam idades entre 14 e 68 anos, com uma idade média de aproximadamente 33 anos. Não se encontraram limitações funcionais significativas nos doentes. Foi possível apurar como provável causa do quisto: ferramentas, utensílios, acessórios não ergonómicos, vibração no instrumento de trabalho, sobrecarga estática x dinâmica. Assim, surge como principal motivação para tratamento cirúrgico, a dor e consequente disfunção nas AVDs e/ou trabalho. Relativamente à localização dos quistos sinoviais, verifica-se que 76% eram dorsais, predominantemente radiais. A taxa de recidiva apurada no nosso centro foi de 19,05%, sendo maioritaria a recorrência verificada em quistos dorsais. Das complicações verificadas salientamos: cicatriz hipertrófica / quelóide (12%), recorrência do quisto (19,05%), rigidez articular (2%). Não se registaram casos de lesão neurovascular ou tendinosa.

Discussão:
A aspiração do cisto pode ser realizada através da

colocação de uma agulha no interior do mesmo, seguida ou não da injeção de corticóides, mas a recidiva é comum. A nossa amostra é constituída sobretudo por quistos sinoviais dorsais, sendo a demora média entre o início dos sintomas e a cirurgia de cerca de 4 meses, sendo o tratamento inicial sempre conservador, passando a cirúrgico sempre que os sintomas o justifiquem. A recorrência foi mais elevada nos quistos dorsais, obrigando quase sempre à sua re-excisão. Não se registam complicações cirúrgicas relevantes que interferissem com a execução das AVDs ou tarefas laborais. Não foi significativa a perda de FPM entre membro operado e o contralateral, sem alterações relevantes dos arcos de movimento.

Conclusão:
No nosso estudo, sendo os resultados muito bons, ainda há a possibilidade de recidiva (19,05%), mesmo quando o procedimento foi bem realizado. Sendo a taxa de recorrência do quisto similar às publicadas na literatura internacional. O tratamento inicial não é cirúrgico, sendo este indicado frente a dor, interferência nas atividades diárias ou laborais, compressão nervosa e questões estéticas.

EP161 - **Tratamento cirúrgico de fracturas do escafóide cárpico por fixação percutânea dorsal com parafuso tipo Herbert**

André Costa, Pedro Canela, Tiago Torres, Ricardo Pereira, Daniel Saraiva, Rui Rocha
(Centro Hospitalar VN Gaia / Espinho)

Introdução:
O objetivo do estudo foi avaliar clínica e radiologicamente de uma série de 12 casos selecionados submetidos a fixação percutânea de fratura do escafóide através de uma abordagem dorsal com parafuso tipo Herbert sob controlo fluroscópico

Material e Métodos:
Foram tratados 8 pacientes de sexo masculino e 4 do feminino, entre 2010 e 2013. O seguimento médio foi de 22,5 semanas. A idade média dos doentes foi de 34,5 anos. O tempo médio de fractura até ao tratamento cirúrgico foi 3 semanas (fase sub-aguda). Foram tratados 7 casos do tipo B1, 4 casos de B2 e 1 doente com fractura do tipo B3 (classificação de Herbert). Os instrumentos de avaliação funcional incluíram uma avaliação clínica subjectiva pelo doente segundo o score DASH e pelo cirurgião segundo o Mayo Wrist Score. Foi também realizada avaliação radiológica com radiografia simples e TAC (às 8 e 20 semanas). As cirurgias foram efectuadas pela mesma equipa de cirurgiões. Os doentes permaneceram com imobilização articular do punho durante um periodo médio de 6 semanas.

Resultados:
Houve consolidação radiológica em 11 casos (91,6%) às 8 semanas pós-operatório, confrimadas as 20 semanas por TAC. Um paciente apresentou atraso de consolidação às 22 semanas de follow-up (fractura tipo B3), tendo necessitado de cirurgia de revisão com enxerto ósseo autólogo. Todos os pacientes apresentaram mobilidade articular completa às 8 semanas de pós-operatório. O resultado da força de preensão verificou-se idêntica ao membro contra-lateral em 83,3 por cento dos casos com 16 semanas de pós-operatório. O resultado médio na avaliação pelo score DASH foi 30,2 (max=0,0) com um score máximo de 20,0 e mínimo de 44,4. O resultado médio pela avaliação pelo score Mayo Wrist Score foi de 83,3 com um resultado máximo de 90 e mínimo de 75. Nenhum apresentou lesões iatrogénicas secundarias ao procedimento.

Discussão:
Nesta série apresenta-se uma alta taxa de consolidação das fracturas subagudas do escafoide carpico, excepto na fractura tipo B3, em que a apesar da redução a compressão não foi suficiente para obtenção de um resultado favorável. Comparativamente aos scores pré-cirurgicos, evidência-se uma melhoria nos scores com significância ($P<0,05$). O valor médio do score DASH 40,7 melhorou para 30,2 e o valor médio do Mayo Wrist Score 56,7 melhorou para 83,3. As queixas álgicas desapareceram nos 11 doentes intervencionados com consolidação conseguida. A recuperação da mobilidade foi completa. A força de preensão foi restituída em 10 doentes.

Conclusão:
Os autores concluem que a técnica de fixação percutânea por abordagem dorsal das fracturas do terço B1 e B2 do escafóide mostrou ser uma alternativa eficaz, com uma baixa taxa de morbilidade

---

EP162 - **Doença de Kienböck, enigma e desafio! Estratégias terapêuticas e experiência do serviço.**

João Neves, Miguel Carvalho, Amílcar Araújo, Mafalda Batista, Nuno Fachada, José Lima
(Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal)

Introdução:
A doença de Kienböck é uma osteonecrose isolada do semilunar, sendo a sua etiopatogenia mal conhecida. Os sintomas habituais incluem: dor no punho, limitação dos arcos de movimento e diminuição de força de preensão. O diagnóstico é feito com base na clínica e nas alterações radiológicas caraterísticas, sendo a gravidade da doença categorizada em 4 estádios segundo a classificação de Lichtman.

Material e Métodos:
A nossa amostra inclui 14 doentes operados no período de 2000 a 2012, sendo 57 % do sexo feminino, com idades compreendidas entre 14 e 70 anos (idade média de 36 anos). O punho direito surge afectado em 57% dos casos e o esquerdo em 43%. O tempo médio de seguimento foi de 60 meses (mínimo de 12 meses e máximo 144 meses). Para melhor estadiamento e planeamento pré-operatório foi efectuada RMN. Foi ainda determinada a variância ulnar no momento do diagnóstico. Foram revistos os processos clínicos e radiológicos dos doentes intervencionados e avaliados parâmetros funcionais.

Resultados:
A estratificação dos doentes por estádio de Lichtman, no momento do diagnóstico: 7 doentes no estádio II, 5 doentes no estádio III e 2 doentes no estádio IV. Do total de doentes incluídos no estudo, 8 doentes foram submetidos a osteotomia de encurtamento radial, 3 doentes a carpectomia proximal, 1 a prótese total do punho e 2 doentes a artrodese rádio-cárpica. A média da variância ulnar foi de - 2,2 mm (0,4 a -3,7 mm). Aplicando a escala visual analógica para dor, verifica-se que 9 doentes ficaram assintomáticos (EVA =0) e 5 pacientes com dor ligeira a moderada (EVA 1 a 4), após tratamento. Registou-se uma significativa melhoria (67%) nos arcos de movimento sobretudo extensão-flexão, com uma pontuação DASH média de 14,94 (0 a 35). A força de preensão atinge em média 74% quando comparada com o lado contralateral. Foi obtida consolidação óssea em todas as osteotomias metafisárias do rádio distal efectuadas. Como complicações registam-se dois casos: um de progressão clínica e radiológica da doença sendo convertido em artrodese rádio-cárpica e um outro de falência protésica por descolamento séptico de prótese do punho, com subsequente remoção protésica e interposição de cimento com antibiótico e posterior conversão em artrodese do punho.

Discussão:
A exata etiologia e história natural da Doença de Kienböck são imprecisas, sendo mais frequente em adultos jovens. Pesquisa literária mostra que a gravidade da doença e a sintomatologia parecem ter correlação. No entanto, existem casos em estádio avançado em que os doentes permanecem quase assintomáticos. O tratamento da doença de Kienböck é baseado no estádio de evolução, tendo também em consideração a variância ulnar. Nos estádios I e II começar pelo tratamento conservador e só intervir se ocorrer agravamento sintomático. Nos estádios IIIA e IIIB impõe-se combinar procedimentos de descompressão articular complementada com eventual curetagem e enxerto ósseo. Como opções terapêuticas na doença de Kienböck surgem: tratamento conservador com analgésicos e anti-inflamatórios, uso de ortótese e a osteotomia de encurtamento radial. Nos estádios mais avançados a carpectomia proximal, a prótese total do punho ou artrodese. Mais recentemente surge a artroscopia como ferramenta terapêutica.

Conclusão:
A decisão para intervir é baseada no grau de incapacidade, no estádio radiográfico, na intensidade da dor e o nível de actividade desejado no pós-operatório. Em nossa opinião, a osteotomia de encurtamento radial usada nos estádios II e III parece conduzir a uma melhoria sintomática e funcional, lentificando a progressão da doença. Apesar de, por vezes, se registar uma certa "estagnação" radiológica contrastante com a melhoria clínica. Regista-se ainda uma boa adaptaçao funcional dos doentes submetidos a carpectomia proximal. Os pacientes diagnosticados e tratados mais tardiamente, registaram uma pior evolução.

EP163 - **Força de preensão da mão. Influência do número de tentativas nos resultados**
Artur Costa Neto, Vera Resende, Fernando Leal, Ricardo Frada, João Teixeira, António Miranda
(Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga)

Introdução:

O objetivo deste estudo foi investigar a existência de uma relação entre o número de repetições na avaliação da força de preensão manual e o resultado obtido

Material e Métodos:
Foram avaliados 296 adultos saudáveis (mulheres, n = 140; homens, n = 156) com idades entre 20 anos e 69 anos. A força de preensão foi medida utilizando um dinamômetro Jamar com os avaliados sentados, o seu cotovelo ao lado do tórax flectido a 90º, e o punho em posição neutra e o dinamômetro na posição II. Efectuamos o cálculo da média de duas (grupo I), três (grupo II), quatro (grupo III) e cinco (grupo IV) medições de força de preensão de cada lado.

Resultados:
Os valores obtidos da força de preensão foram semelhantes, independentemente do número de repetições: 26,94, 26,69, 26,65 e 26,6 nos primeiro, segundo, terceiro e quarto grupos, respectivamente, em mulheres, 42.94, 42.93, 42.99 e 43.13, em primeiro, segundo, terceiro e quarto grupos, respectivamente, em homens)

Discussão:
Verificou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre os vários grupos estudados

Conclusão:
Nesta população demonstrou-se de que não há necessidade de obrigar os pacientes a um elevado número de medições para avaliar a força de preensão da mão

---

EP164 - **Diferença do resultado funcional após descompressão cirúrgica do túnel cárpico usando anestesia local vs anestesia geral**
Virginia Do Amaral, Sara Lima, Sandra Marins, Sofia Esteves, Joana Leitão, Miguel Liça
(Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE)

Introdução:
O Síndrome do Túnel Cárpico é a neuropatia por compressão mais comum do membro superior. O tratamento conservador assenta num vasto leque de opções terapêuticas desde a fisioterapia, a suspensão braquial, a infiltração com corticoides e as medicinas alternativas. No entanto só descompressão cirúrgica permite o tratamento definitivo.

Material e Métodos:
Revisão de 30 doentes operados por síndrome do túnel cárpico com anestesia geral vs 30 com anestesia local. Um único cirurgião. Sem outras patologias associadas. Avaliação da idade, sexo, duração dos sintomas até a cirurgia, presença de parestesias, avaliação da dor pré e pós operatória pela Visual Analogic Scale (VAS), resultados da electromiografia, escala funcional de Lysholm, aplicação do Quickdash e custos hospitalares. Avaliação estatística pelo SPSS: testes de T-Student e Qui².

Resultados:
Prevalência do sexo feminino (p=0.05); 29 doentes de sexo feminino operados com anestesia local vs 27 com anestesia geral. Mão principal e direita atingida em 50% dos casos. VAS pré-operatório médio: 7. Presença de parestesias em todos os doentes. Sinal de Phalen e Tinel positivos em 100% e 40% dos casos. Alterações dos valores de condução nervosa na electromiografia em todos os doentes. Tempo médio dos sintomas até a cirurgia 4.2 meses. Sem diferenças com significado estatístico nos valores médios do quickdash de ambos os grupos (p=0.5), respectivamente 41,28 vs 42,5 (local vs geral). VAS médio pós-operatório: 2.5. Força muscular de 4.2 em ambos os grupos. Grau de satisfação 7.47 com local vs 7.83 com geral. Tempo médio de seguimento 4.43 meses. Custos em ambulatório 18.60 euros vs 166.30 euros em central.

Discussão:
Após a avaliação de todas variáveis constatou-se que não existe influencia do método anestésico usado, no resultado obtidos após cirurgia de descompressão do sind. túnel cárpico.

Conclusão:
Os resultados do tratamento do síndrome do túnel cárpico são similares independentemente do tipo de anestesia utilizada, numa população saudável. Pelos custos elevados inerentes ao tratamento, os autores recomendam que a patologia seja tratada em unidade de ambulatório.

EP165 - **Potencialidades da artroscopia do punho**
Filipa Santos Silva, Carolina Morais Baptista, Paulo Rego
(Beatriz Angelo)

Introdução:
Nos últimos anos a artroscopia do punho passou de uma técnica primordialmente diagnóstica para um valioso e eficaz instrumento terapêutico. O desenvolvimento contínuo de capacidades nesta área, desde a introdução da técnica, permitiu ultrapassar largamente as indicações iniciais, de diagnóstico e tratamento de lesões ligamentares ou do complexo da fibrocartilagem triangular. Actualmente a artroscopia do punho permite o tratamento de uma panóplia de patologias intrarticulares de forma menos agressiva mas com maior rigor, com benefício indiscutível para o doente. As autoras propõem-se a apresentar as potencialidades actuais da astroscopia do punho e o resultados da evolução técnica pela mostra de uma variedade de casos e patologias clínicas desde o apoio no tratamento de fracturas, pseudartroses e consolidações viciosas ao tratamento de artroses do punho.

Material e Métodos:
As autoras propõem-se a apresentar as potencialidades actuais da astroscopia do punho e o resultados da evolução técnica pela mostra de uma variedade de casos e patologias clínicas desde o apoio no tratamento de fracturas, pseudartroses e consolidações viciosas ao tratamento de artroses do punho. Nos 18 meses de funcionamento da instituição em que trabalhamos, usámos artroscopia do punho como complemento na redução de fracturas do punho, tratamento de consolidações viciosas ou pseudartroses, apoio nas artrodeses parciais do carpo em patologia degenerativa e no tratamento de lesoes de partes moles, um total de 45 doentes.

Resultados:
Serão demostradas as técnicas cirúrgicas artroscópicas das patologias acima referidas através de vídeos e imagens das cirurgias.

Discussão:
Apesar de momento ser apenas um trabalho demonstrativo pretendemos futuramente demonstrar a vantagem do uso da artroscopia na patologia do punho como instrumento terapêutico ou complementar da cirurgia aberta.

Conclusão:
Julgamos poder assim mostrar futuramente os resultados da nossa instituição e confirmar a artroscopia do punho como um valioso e eficaz instrumento terapêutico.

EP166 - **Fractura do osso unciforme com subluxação do 5º metacarpiano: revisão da bibliografia a propósito de um caso clínico**
Sara Alves Silva, Joana Leitão, Virgínia Do Amaral, Sofia Esteves Vieira, Miguel Liça, Jorge Alves
(Centro Hopitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
As fracturas do osso unciforme representam 2-4% de todas as fracturas de ossos do carpo, sendo as que ocorrem no plano coronal ainda menos frequentes. De acordo com o mecanismo da lesão, podem cursar com fractura ou luxação da base do 4º ou 5º metacarpianos. O diagnóstico é difícil e exige um elevado índice de suspeição. Sem tratamento, estas fracturas podem seguir uma evolução natural para artrose pós traumática ou perda de força da mão afectada.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, de 17 anos de idade, que sofreu um acidente de motorizada, com traumatismo da mão esquerda. Apresentava dor e edema localizados ao bordo cubital da mão. Nas radiografias simples e dinâmicas apresentava uma aparente fractura com afundamento do osso unciforme e subluxação do 5º metacarpiano e instabilidade cárpica. Foi realizado estudo por TAC para caracterização morfológica e planeamento operatório. Foi submetida a redução incruenta e fixação com fios de Kirschner. Manteve imobilização gessada durante um período de 6 semanas, após as quais iniciou reabilitação física.

Resultados:
Após um período de follow-up de 5 meses, a fractura apresentava consolidação anatómica, sem sinais radiográficos de instabilidade cárpica. Clinicamente não apresentava queixas álgicas ou défices de mobilidade.

Discussão:
O tratamento conservador das fracturas do unciforme é apenas aconselhável em fracturas sem desvio ou com desvio mínimo, o que é raro, tendo em conta que estas fracturas são normalmente instáveis pela localização e inserções tendinosas. Por esta razão, a redução aberta e a fixação interna são, normalmente, a opção escolhida. Neste caso, pelo padrão específico de fractura e pelo tamanho do fragmento, que ainda se encontravam

associados a instabilidade intracárpica, fractura tipo C na classificação de Ebraheim, a redução incruenta com fixação percutânea foi a opção utilizada, conforme preconizado por este autor. Os resultados clínicos e imagiológicos finais foram muito satisfatórios. Na bibliografia revista, os resultados cirúrgicos foram muito favoráveis independentemente do tipo de técnica cirúrgica utilizada.

Conclusão:
O alto índice de suspeição é essencial ao diagnóstico deste tipo de fracturas. O tratamento cirúrgico, nas suas diferentes modalidades, mostrou ter os melhores resultados clínicos e funcionais.

EP167 - **Pseudoartrose do escafóide: um estudo restrospectivo**
Sara Alves Silva, Joana Leitão, Sandra Martins, Vírginia Do Amaral, Miguel Liça, Jorge Mendes
(Centro Hopitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
A pseudoartrose pode ocorrer em 5-10% das fracturas do escafóide. Sem tratamento pode evoluir para artrose rádio-cárpica e colapso. O tratamento cirúrgico encontra-se dependente do tipo de pseudoartrose. Se a artrose degenerativa pós-traumática se encontrar ausente, e o carpo puder ser preservado, a opção cirúrgica mais comum permanece a fixação interna, com ou sem enxerto ósseo (standard ou vascularizado). Este estudo teve como objectivo realizar uma análise retrospectiva dos doentes submetidos a tratamento cirúrgico por pseudoartrose do escafóide, na nossa instituição, tendo em conta as suas indicações, resultados clínicos e imagiológicos, complicações e história natural.

Material e Métodos:
Estudo descritivo, analítico e retrospectivo de todos os doentes submetidos a intervenção cirúrgica por pseudoartrose do escafóide num período de 5 anos. Recolha de dados com base nos registos clínicos e processo clínico electrónico.

Resultados:
Entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2011, na nossa instituição, houve 23 doentes submetidos a intervenção cirúrgica por pseudoartrose do escafóide, todos do sexo masculino. Foi realizada a fixação interna com colocação de enxerto ósseo em 16 doentes e em 7 foi realizada apenas a osteossíntese. Não ocorreu consolidação em 10 dos casos, 4 dos quais tinham sido submetidos a osteossíntese sem a colocação de um enxerto ósseo autólogo. No entanto, apesar da baixa taxa de consolidação, 16 doentes apresentaram melhoria da sintomatologia com a intervenção cirúrgica. Foram relatadas complicações relacionadas com necrose do pólo proximal ou com extrusão do parafuso em 6 dos doentes intervencionados e 4 foram submetidos a reintervenção.

Discussão:
Os resultados clínicos do tratamento cirúrgico da pseudoartrose do escafóide foram, em geral, pouco satisfatórios, especialmente quando considerando a osteossíntese isolada, sem a realização concomitante de enxerto. Esta é uma patologia associada a incapacidade significativa, especialmente na ausência de um tratamento cirúrgico eficaz. No entanto, este estudo apresenta limitações metodológicas inerentes ao número de elementos incluídos e à colheita dos dados, que foi efectuada retrospectivamente.

Conclusão:
A fixação interna com colocação de enxerto ósseo parece ser a única alternativa válida no tratamento das pseudoartroses do escafóide, permanecendo a questão da utilização de um enxerto ósseo standard ou vascularizado. Estudos prospectivos futuros, com colheita de dados sistemática e com séries maiores, são necessários ao esclarecimento destas questões.

EP168 - **FRACTURA DE COLLES: PROPOSTA DE PROGRAMA DE REABILITAÇÃO**
César Lima Esá, Carlos Rodrigues, Rui Dias, Luís André Rodrigues
()

Introdução:
A fractura de Colles é uma fractura linear transversa do rádio distal, 20 a 35 mm proximal à superfície articular, com angulação dorsal do fragmento distal. Entre a comunidade científica o tratamento e reabilitação da fractura de Colles permanece um tópico de grande discussão. O objectivo deste trabalho consiste numa revisão bibliográfica da evidência científica que sustenta o papel da reabilitação no tratamento da fractura de Colles bem como, apresentação de proposta de

programa de reabilitação detalhado

Material e Métodos:
Para a realização desta revisão sistemática procedeu-se à pesquisa de artigos originais em bases de dados científicas (Pubmed/Medline; Science Direct; Cochrane Library) com utilização de diferentes palavras-chave: fractura de Colles, fractura distal do rádio, reabilitação.

Resultados:
Dos 86 artigos identificados na pesquisa bibliográfica, foram seleccionados 23 tendo em conta a qualidade dos estudos e o impacto clínico.

Discussão:
É genericamente aceite que um programa de reabilitação com início 7 a 8 semanas após fractura (nomeadamente nas fracturas tipo I e II de Frykman) melhora o prognóstico funcional desta patologia. O programa de reabilitação deve assentar no uso de agentes de termoterapia, mobilização da articulação rádio-cárpica progressiva, fortalecimento muscular dos músculos peri-articulares e treino proprioceptivo do membro superior afectado. Contudo existem ainda algumas reservas sobre o papel da reabilitação na prevenção de algumas sequelas deste tipo de fracturas, tais como a distrofia simpática reflexa, a tenossinovite do extensor ulnar do carpo, a neuropatia do nervo mediano e a artrose precoce da articulação radiocárpica.

Conclusão:
Assim sendo, podemos concluir que a reabilitação precoce com a instituição de um programa de reabilitação analítico e progressivo, à semelhança do proposto, encurta o tempo de recuperação funcional e retorno precoce às actividades de vida diária.

EP169 - **Tratamento das Tenossinovites Estenosantes e de Quervain com Infiltrações de Corticóides**
Pedro Diniz, Gustavo Martins, Sílvia Silvério, José Carlos Botelheiro
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
As tenossinovites estenosantes digitais e de Quervain são uma causa comum de dor e impotência funcional da mão. Resultam, respectivamente, da inflamação da bainha dos tendões flexores dos dedos e do primeiro compartimento dorsal do punho. No caso das tenossinovites estenosantes digitais, apresentam maior incidência em diabéticos, estando também associadas a artrite reumatóide e amiloidose, e ocorrem mais frequentemente nos dedos médio e anelar. A classificação usada foi a de Green: I – dor e ressalto ocasional, II – ressalto activo, IIIA – extensão apenas possível passivamente, IIIB – flexão activa impossível, IV – extensão passiva impossível. A tenossinovite de Quervain é mais frequente em mulheres com idade entre os 30 e os 50 anos e em praticantes de desportos de raquete. Em ambas as entidades nosológicas o diagnóstico é habitualmente clínico. O objectivo deste estudo prospectivo foi avaliar os resultados das infiltrações de corticóides como tratamento inicial destas duas patologias.

Material e Métodos:
Foram estudados 57 doentes, 23 homens e 34 mulheres, com uma idade média de 55 anos (23-92). Realizaram-se 68 infiltrações. Quanto à patologia envolvida, incluiu 15 tenossinovites de Quervain e 53 tenossinovites digitais (D1: 19, D2: 5, D3: 14, D4: 14, D5: 1). Foram referenciados para estudo os processos de consulta correspondentes aos doentes submetidos a infiltração com corticóides no tratamento de tenossinovites digitais e de Quervain entre Setembro e Dezembro de 2011 e reavaliados um ano depois. As infiltrações foram realizadas com 1cc de metilprednisolona depot. Nas tenossinovites estenosantes digitais, foi usada a via dorsal comissural, por ser menos dolorosa. Nas tenossinovites de Quervain fez-se infiltração directa na bainha.

Resultados:
Houve recidiva comprovada em 3 tenossinovites de Quervain (20%) e em 17 tenossinovites estenosantes digitais (34%).

Discussão:
O tratamento com infiltrações de corticóides nas tenossinovites de Quervain e nas tenossinovites estenosantes digitais justifica-se pela facilidade de administração, baixo custo e eficácia. Também temos que considerar as potenciais complicações da cirurgia, sobretudo no que toca à tenossinovite de Quervain, associadas a uma recuperação mais longa. As infiltrações de corticóides são seguras, podendo ser admnistradas em mulheres a amamentar uma vez que a quantidade de corticóide que passa para o leite materno é praticamente nula. As dores pós-infiltração são variáveis, podendo haver um agravamento

transitório no próprio dia e no dia seguinte à infiltração. A melhoria é gradual e expectável até às 4 semanas. A duração do seu efeito é variável.

Conclusão:
A utilização da infiltração é uma opção válida e eficaz no tratamento inicial das tenossinovites de Quervain e das tenossinovites estenosantes digitais.

EP170 - **Sindrome Túnel Guyon – estudo retrospectivo**
André Simões Carvalho, Tiago Rebelo, João Moreno, Serafim Pinho, David Pereira, Manuel Sousa
(Centro Hospitalar Tondela Viseu)

Introdução:
O Sindrome do Tunel de Guyon, uma neuropatia compressiva do nervo cubital no punho, é uma entidade bem conhecida mas pouco frequente – corresponde a cerca de 1% das neuropatias compressivas do membro superior. As causas mais frequentes são compressão por um quisto, nevrite traumática, arcada musculotendinosa (por microtrauma repetido, pós fractura do gancho hamatum ou do rádio distal com significativo desvio dorsal) ou patologia artéria cubital. O tratamento conservador tem um papel limitado inicial e geralmente a solução cirúrgica é indicada quando há alterações motoras e sensitivas ou alteração anatómica. Apresenta-se um estudo retrospectivo dos doentes tratados no serviço a Sindrome do Canal Guyon focando a causa e o resultado cirúrgico.

Material e Métodos:
Total de 7 doentes operados a neuropatia do nervo ulnar no canal de Guyon no período de 2008 a 2012. Os parâmetros clínicos avaliados foram a força de adução do 5º dedo, atrofia do músculo interósseo do 1º espaço e grau de hipostesia no território do nervo ulnar. A EMG incluiu a condução motora e sensitiva através do canal de Guyon. A avaliação subjectiva dos doentes ao resultado tratamento foi registada.

Resultados:
Follow up médio de 9,2 meses (6-15), 5 mulheres, idade média 58 anos (47-71). Todos os doentes apresentavam EMG com compressão Nervo ulnar em estado sensitivo-motor severo e com clinica compatível. A causa principal foi hipertrofia ligamentar e apenas 1 quisto intracanalar. A abordagem cirúrgica foi idêntica em todos os doentes, abrindo o canal de Guyon, depois a libertação da arcada distal na origem dos músculos da região hipotenar (libertação dos 4 compartimentos). Melhoria clinica (objectiva / subjectiva) e electromiográfica em todos os doentes. O estado pré operatório mostrou-se determinante sendo que nos casos de compressão severa do nervo cubital, a recuperação motora foi mais débil. Necessidade de fisioterapia em 2 doentes.

Discussão:
A compressão do nervo cubital no punho é uma patologia relativamente rara. A causa mais frequente será uma nevrite secundária a microtraumatismos crónicos produzindo pressão por hipertrofia do ligamento palmar. Os resultados cirúrgicos reportados são positivos. Contudo as séries de casos e estudos comparativos são poucos provavelmente resultado da escassez e heterogeneidade das causas

Conclusão:
O conhecimento preciso da anatomia e da técnica cirúrgica (exploração e descompressão) são determinantes para um resultado clínico satisfatório. Como em outros síndromes compressivos, quanto mais precoce for a descompressão, melhor outcome se obtem.

EP171 - **Disco de pirocarbono, associado a ligamentoplastia com tendão do grande palmar no tratamento da rizartrose**
Artur Costa Neto, Vera Resende, Fernando Leal, Ricardo Frada, João Teixeira, José Manuel Teixeira
(Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga)

Introdução:
Sendo rizartrose uma patologia muito frequente, múltiplas são as técnicas propostas para o seu tratamento. Das mais usadas destacamos as artroplastias totais e as técnicas que associam a trapezectomia com a interposição tendinosa. Neste estudo retrospectivo, apresentamos os resultados obtidos com a técnica de interposição de um disco perfurado em pirocarbono, associada a uma ligamentoplastia usando a porção radial do tendão do grande palmar.

Material e Métodos:
Entre Abril 2008 e Dezembro 2009, foram operadas 22 mãos (13 à esquerda e 9 à direita), em 19 doentes, 18

do sexo feminino, com rizartrose grau II/III e com idade média de 61 anos. Como complicações quatro doente referiam dor ou desconforto ocasional na cicatriz operatória e tivemos duas luxações do disco de pirocarbono.

Resultados:
Utilizando uma escala visual analógica, obteve-se uma melhoria franca (8,81-1,43) na dor. O score de Kapandji à data da revisão é de 8,95. O grau de satisfação manifestado pelos doentes com o resultado obtido foi elevado, 16 estavam muito satisfeito e todos afirmaram que repetiriam a intervenção.

Discussão:
Embora não tenhamos valores pré operatórios da força de pinça de preensão digital, todos os doentes referiam uma melhoria significativa em ralação ao pré operatório. Os valores encontrados nos doentes operados unilateralmente, foram sempre superiores no lado não operado, embora os valores obtidos no lado operado se encontrassem dentro do valor normal para o grupo etário. Nos pacientes operados bilateralmente, o valor obtido no lado activo foi sempre superior.

Conclusão:
Os resultados obtidos parecem-nos prometedores, e levam-nos a propor a técnica descrita como uma opção para o tratamento da rizartrose. Entendemos no entanto que atendendo ao curto período de seguimento, os doentes deverão continuar a ser observados para que resultados a longo prazo possam ser apresentados parecendo-nos importante avaliar o efeito a longo prazo do contacto do pirocarbono com as superfícies ósseas.

EP172 - **As novas próteses DGT**
Ana Pinto / Pedro Beja da Costa
(GIGA)

Introdução:
As novas próteses interfalângicas DGT A falta de mobilidade das articulações interfalângicas proximais condiciona uma alteração importante do uso da mão, uma vez que as IFP contribuem com 40% da totalidade dos movimentos activos da cadeia digital. Com articulações metacarpofalângicas intactas, um deficit de extensão é funcionalmente mais bem tolerado que um deficit de flexão. Para além da mobilidade, a estabilidade da IFP é muito importante para a pinça polici-digital, especialmente nos dedos mais radiais. Nos casos de destruição das superfícies articulares por articulações anquilosadas ,articulações com mobilidade limitada não respondendo a tratamento conservador, articulações não funcionantes devido a mau alinhamento ósseo e destruição intra-articular que não pode ser restaurado, o uso de próteses em casos seleccionados pode reduzir a dor, corrigir a deformação e restaurar a função.

Material e Métodos:
Em 2012 foram apresentadas as próteses DGT em Portugal, que sendo próteses semi-constritas, permitem iniciar a mobilização digital ás 48h, e permitem o seu uso no 2º dedo com maior estabilidade. Apresentamos os nossos resultados preliminares, com o uso de 3 próteses, com um follow up de 1 ano.

Resultados:
Verificamos um ganho médio de 70º nas IFP, e que os doentes retomaram a sua actividade laboral anterior. Os doentes tiveram um elevado grau de satisfação.

Discussão:
Estas novas próteses permitem um ganho maior de amplitude de movimentos , parecem ser facilmente osteointegradas, e têm uma instabilidade inerente ao desenho da própria prótese que permite , o rápido inicio de recuperação.

Conclusão:
Apesar dos resultados encorajadores, há necessidade de séries maiores e com seguimento mais longo.

Tornozelo e Pé

EP173 - **Tratamento de Hallux Varus Pós-Operação de Keller com Mini-Tight Rope – Caso Clínico**
Pedro Diniz, Paulo Carvalho, Rui Domingos
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A ocorrência de hallux varus após operação de Keller é uma complicação relativamente frequente, devendo-se à perda da inserção na base da falange proximal de estruturas tendinosas importantes no alinhamento do primeiro dedo. O objectivo deste trabalho é apresentar uma alternativa para o tratamento desta complicação da operação de Keller.

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 76 anos de idade, que recorreu à consulta por varismo considerável do primeiro dedo do pé direito, sequela de uma operação de Keller a que fora submetida em 1979 para correcção de hallux valgus. Tinha sido operada via percutânea um ano antes ao pé contra-lateral por hallux valgus, não se registando outros antecedentes relevantes. Apresentava hipomobilidade activa da primeira articulação metatarsico-falângica (MTF1) e diminuição da sensibilidade no primeiro dedo. À radiografia era visível encurtamento significativo da falange proximal de D1. Com o objectivo de preservar a restante mobilidade da MTF1 e evitar o agravamento do encurtamento do primeiro raio, que implicaria a utilização de enxerto intercalar, a doente foi proposta para correcção cirúrgica de hallux varus com Mini-Tight Rope (Arthrex®). A cirurgia realizou-se em 10 de Outubro de 2012. Os dados foram recolhidos mediante consulta de processo, entrevista clínica e estudo radiográfico.

Resultados:
A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem intercorrências. Aos 7 meses pós-cirurgia, a doente está muito satisfeita com o resultado, sem queixas significativas, mantendo boa amplitude de movimento passivo da MTF1, com bom alinhamento do primeiro raio e uma pontuação de 80 na escala AOFAS do ante-pé.

Discussão:
O tratamento clássico das complicações da operação de Keller passa pela artrodese da primeira metatarsico-falângica, implicando perda de mobilidade desta articulação. Em casos como este, em que há um encurtamento exagerado do primeiro dedo, é necessário recorrer a enxerto intercalar, o que dificulta a cirurgia e piora o prognóstico. O Mini-Tight Rope é utilizado para tratamento de hallux varus traumático ou iatrogénico, em que há preservação da articulação MTF1, não se encontrando na literatura referências à sua utilização no tratamento das complicações da operação de Keller. A técnica cirúrgica apresentada preservou a mobilidade da MTF1, não agravou o encurtamento do primeiro raio, evitando a morbilidade associada à necessidade de colheita de enxerto ósseo, oferecendo bons resultados a curto e médio prazo.

Conclusão:
Embora se trate de um único caso clínico, sendo por isso necessário mais tempo de follow-up e uma casuística alargada, esta técnica afirma-se com uma alternativa promissora ao tratamento clássico do hallux varus pós-operação de Keller.

EP174 - **Luxação subastragalina lateral : relato de um caso e revisão temática**
Filipe Carrico, Nuno Ferreira, Tiago Frada, Carlos Mateus, Nuno Sevivas, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
A luxação subastragalina é uma lesão rara, que altera a anatomia e função normal entre o astrágalo, calcâneo e o osso navicular. Isto também tem sido referido como uma luxação peritalar ou subastragalina. Existem dois tipos de luxação subastragalina relatadas na literatura. Na luxação subastragalina lateral, a cabeça do astrágalo é encontrada medialmente e o resto do pé é deslocado lateralmente. Na luxação medial, a cabeça do astrágalo é encontrada lateralmente e o do pé é deslocado medialmente.. As luxações subtastragalinas provocam uma deformidade impressionante do pé. A Luxação medial tem sido referida na literatura como um "clubfoot adquirido", enquanto que a luxação lateral é descrita como um "pé chato adquirido". As luxações laterais são particularmente propensas a maus resultados, devido à frequência de lesões abertas e fracturas associadas.

Material e Métodos:
Relatamos um caso de luxação subastragalina lateral fechada, de uma doente de 35 anos em quem a redução fechada foi infrutífera, portanto, a redução

aberta foi realizada.

Resultados:
Uma doente de 35 anos de idade, que sofreu uma queda de 2 metros de altura com traumatismo do pé esquerdo. Objectivamente apresentava uma deformidade grosseira do pé esquerdo, sem feridas. A pele estava distorcida e tensa sobre o cabeça proeminente do astrágalo, que era palpável medialmente. Não apresentava défices neuro-vascular. Radiológicamente observou-se uma luxação subastragalina lateral, sem aparentes sinais de fractura . Inicialmente, foi tentada uma redução fechada, que foi infrutífera. A paciente foi, então, preparada para cirurgia. O tendão tibial posterior estava interposto e funcionava como uma barreira na redução da luaxação. O astrágalo foi reduzido, embora encontrava-se muito instável e luxava facilmente. A redução foi mantida com uma transfixação das articulações astragalo-escafoideia e astragalo-calcaneana com Fios de Kirschner.

Discussão:
A luxação do astrágalo pode ocorrer concomitantemente com fracturas do mesmo. No entanto, as luxações também pode ocorrer sem lesão óssea associada ou com fracturas relativamente sem desvios. Luxação subastragalina refere-se ao deslocamento simultâneo das articulações distais do astrágalo nas articulações astragalo-calcanea e astrágalo-navicular. Descrito pela primeira vez por Judcy e Dufaurets7 em 1811, revisões clínicas de luxações subastragalinas são relativamente raras e geralmente limitados a um pequeno número de pacientes. Deformidade significativa está sempre presente. Até 85% das luxações são mediais. Os calcâneo, com o restante do pé é deslocado medialmente, enquanto a cabeça do astrágalo é proeminente no aspecto dorsolateral do pé. A luxação lateral ocorre com menos frequência, cerca de 10-15%. Entre 10% a 40% das luxações subastragalinas são abertas. Estas tendem a ocorrer mais frequentemente com o padrão de luxação lateral. O seguimento a longo prazo de luxações abertas demonstraram maus resultados clínicos e funcionais.

Conclusão:
A maioria das luxações subastragalinas podem ser reduzidas de forma fechada com o uso de anestesia local e sedação. Redução precoce é essencial para evitar complicações de pele e tecidos moles. Em aproximadamente 10% das luxações subastragalinas medial e 15% a 20% das laterais, a redução fechada é infrutífera. Interposição de tecidos moles e blocos ósseos foram identificados como factores preponderantes na falha da redução. Na luxação medial, a cabeça do astrágalo pode ficar preso pela cápsula articular astragalo-navicular, pelo retináculo extensor ou os tendões extensores. Na luxação lateral, o tendão tibial posterior pode ficar interposto e firmemente preso, resultando como uma barreira para a redução fechada e até mesmo aberta Neste caso clínico, a paciente sofreu traumatismo de baixa energia. Inicialmente uma redução fechada foi tentada, mas sem sucesso. A Redução aberta e transfixação com fio de Kirschner

---

EP175 - **Tratamento cirúrgico do pé equinovaro pós-AVC – procedimento de Perry**
Tiago Pinheiro Torres, Ricardo Mendes, André Sarmento, Andreia Ferreira, Campos Lemos, Fabíola Ferreira
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho)

Introdução:
Com o aumento do número de acidentes vasculares cerebrais (AVCs) em doentes cada vez mais jovens, assiste-se a uma crescente preocupação por parte dos ortopedistas na abordagem de complicações destes eventos. Sabe-se que cerca de 65 a 75% dos doentes que sobrevivem, irão ser capazes de deambular e que a complicação do pé mais frequente no doente pós-AVC é o pé equinovaro neurogénico. Neste sentido, no caso de falência do tratamento conservador e/ou no caso de doentes relativamente jovens sem comorbilidades major, devemos pensar sempre num gesto cirúrgico para tratamento do pé equinovaro

Material e Métodos:
Doente de 60 anos com uma história de AVC há cerca de 3 anos tendo como sequela uma hemiplegia esquerda. Trata-se de um doente cognitivamente funcional e que pretende continuar a ter um estilo de vida activo. Após a falência do tratamento conservador, nomeadamente utilização de ortóteses e de injecções de toxina botulínica e após o estudo da marcha do doente e da realização de EMG dinâmicos, chegou-se à conclusão que este beneficiaria de um gesto cirúrgico

Resultados:
. O procedimento realizado foi descrito por Perry et al e consistiu numa transferência do tendão do tibial

anterior e do tendão do flexor longo do hallux com alongamento do Aquiles.

Discussão:
Todas as técnicas cirúrgicas já descritas para o tratamento do pé equinovaro baseiam-se em libertação de partes moles, transferências tendinosas e alongamento de tendões. A selecção da técnica cirúrgica baseia-se em estudos electromiográficos dinâmicos e na análise do comportamento da marcha do doente. Perry descreveu pela primeira vez o procedimento de divisão tendinosa e transferência do tibial anterior. A transferência do tibial anterior está indicada quando este está activo em ambas as fases consideradas na marcha: swing e stance. A transferência do flexor longo do hallux baseia-se na observação por EMG de grande actividade na fase swing da marcha. Importante a noção de que o alongamento do tendão de Aquiles corrige a deformidade em equino enquanto que a transferência do tibial anterior corrige a deformidade em varo. A transferência tendinosa do tibial anterior e flexor longo do hallux associada a alongamento do tendão de Aquiles (baseada em EMG) é um procedimento seguro e eficaz no tratamento do pé equinovaro porque corrige a deformidade, permitindo a utilização de sapatos normais, estando descrito na literatura que com este procedimento, cerca de 75% dos doentes irão ser capazes de deambular sem auxilio. O benefício mais óbvio da cirurgia é a melhoria da marcha e postura, mas os doentes também referem aumento do grau de independência, maior facilidade em subir escadas, e melhoria da auto-estima com aquisição de um pé mais plantígrado.

Conclusão:
Com este caso clínico pretende-se demonstrar que o gesto cirúrgico deve ser sempre considerado no tratamento do pé equinovaro estabelecido em doentes seleccionados. Quando estamos perante uma deformidade que altere significamente o estilo de vida do doente, devemos proceder ao tratamento cirúrgico, por vezes mesmo antes do tratamento dito conservador. Em doentes com hemiplegia pós-AVC, que tenham perspectivas de manter um estilo de vida relativamente activo, devemos optar pelo tratamento cirúrgico pois este está associado a um risco mínimo e bom resultado

EP176 - **Fractura do corpo do astrágalo – que abordagem cirúrgica?**
Patrícia Agomes, Paulo Felicíssimo, Francisco Flores Santos, Miguel Pádua, Ricardo Rocha, José Caldeira (Prof. Dr. Fernando Fonseca)

Introdução:
As fracturas do corpo do astrágalo são fracturas relativamente raras e de difícil abordagem. O tratamento das fracturas descoaptadas tem como objectivo a redução e osteossíntese anatómica, de forma a restaurar o alinhamento e congruência entre as articulações tíbio-társica e subtalar. Com o intuito de melhorar a exposição poderá ser necessária a osteotomia maleolar. Mesmo assim, a abordagem das fracturas do corpo pode ser difícil pelo que sugerimos uma variante da técnica com a mobilização do Tibial Posterior e/ou Flexor Comum dos Dedos para uma posição anterior, de forma a permitir um amplo acesso.

Material e Métodos:
(Caso clínico com suporte imagiológico e fotográfico). Homem de 33 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de apendicectomia em 2000 e fractura de arcos costais no contexto de queda em 2011. Recorreu ao Serviço de Urgência na sequência de queda de um escadote de 2 metros de altura com pé em flexão plantar forçada, com edema, dor e impotência funcional. Radiografia do pé e tornozelo e Tomografia Computorizada revelaram fractura póstero-interna do corpo do astrágalo, com atingimento da articulação tibio-társica e subtalar (81.C3 na classificação de Orthopaedic Trauma Association), com desvio superior a 2mm, fechada. Tratamento cirúrgico protelado até diminuição do edema regional – 8 dias. Doente posicionado em decúbito dorsal, utilização de garrote. Abordagem ântero-interna com exposição do maléolo através da retração do periósteo, preservando o ligamento deltóide. Secção do retináculo flexor, pré perfuração do maléolo interno dos locais de posterior fixação e osteotomia do maléolo interno com obliquidade de 45º em relação ao eixo da tíbia, ao nível da axila da articulação tibio-társica. Necessidade de translocação anterior do Tibial Posterior para melhor exposição da fractura com redução cruenta e osteossíntese com 2 parafusos tipo Herbert. Redução e fixação do maléolo interno com 2 parafusos esponjosos de rosca distal, sutura da bainha tendinosa, periósteo e cápsula. Imobilização com tala gessada suro-podálica durante 10 semanas.

Resultados:

A via de abordagem permitiu uma melhor exposição da fractura para a sua osteossíntese. Evolução para consolidação, tendo sido permitida carga parcial às 10 semanas.

Discussão:
De forma a melhorar a exposição do foco de fractura, além da osteotomia maleolar foi necessário proceder à translocação anterior do Tibial Posterior. Foi escolhida a osteotomia com obliquidade a 45º em relação ao eixo da tíbia, ao nível da axila da articulação tibio-társica, preservando a vascularização ao manter a integridade do ligamento deltóide. A perfuração prévia dos locais de fixação facilitou a posterior redução e fixação. Existem diversos tipos de geometria de osteotomia descritos, com diferentes resultados na exposição do astrágalo e potenciais riscos de encurtamento e lesão da cartilagem. Revisão da literatura destaca a técnica "step-cut approach osteotomy", primariamente descrita por Alexander e Watson. A incisão do retináculo e translocação tendinosa tem o risco de luxação tendinosa e de tendinite.

Conclusão:
As fracturas do corpo do astrágalo são raras e complexas sendo essencial um estudo prévio para delinear a mais adequada abordagem cirúrgica. É razoável adiar a cirurgia até resolução do edema e lesões dos tecidos moles, contudo há que ter em atenção que o tempo de espera está associado à necrose e artrose. O tratamento das fracturas do corpo descoaptadas tem como objectivo a redução anatómica e osteossíntese estável. Devido às limitações anatómicas, a visualização directa é difícil, devendo a cirurgia ser feita por cirurgião experiente. Neste caso clínico procedeu-se à osteotomia do maléolo interno e à translocação anterior do Tibial Posterior.

EP177 - **Um raro caso de condromatose sinovial do tornozelo**

Pedro Neves, Ricardo Sousa, Pedro Brandão Barreira, Pedro Santos Leite, Luciana Leite, Daniel Esteves Soares
(Centro Hospitalar do Porto)

Introdução:
A condromatose sinovial é uma metaplasia benigna rara da membrana sinovial. A sua etiologia é habitualmente desconhecida, sendo mais prevalente em homens entre a terceira e quinta décadas de vida. Tem habitualmente um atingimento monoarticular, caracterizando-se pela presença de formações osteocondrais intra ou extra-articulares. As grandes articulações como o joelho, anca e cotovelo são geralmente as mais acometidas, no entanto, e tal como será referido neste caso clínico, outras articulações poderão estar envolvidas, nomeadamente o tornozelo. O diagnóstico é baseado no exame objectivo e radiológico, no entanto apenas com estudo histológico se consegue traçar o diagnóstico definitivo. Clinicamente as queixas mais comuns são a dor, inflamação e limitação funcional. Quanto ao tratamento, este é essencialmente cirúrgico, havendo uma baixa taxa de recorrência da doença.

Material e Métodos:
Apresentamos de forma ilustrada o caso de um doente do sexo masculino, 34 anos, que recorre à consulta com tumefacção no lado peroneal do tornozelo esquerdo que teria identificado apenas alguns dias antes. Objectivamente o tornozelo não apresentava sinais inflamatórios e mantinha mobilidade articular completa e indolor. Foi realizado estudo imagiológico sendo a radiografia sugestiva de condromatose sinovial e a ecografia de partes moles reveladora de tumefacção quística mulitloculada com cerca 5cm. Realizou RMN que confirmou osteocondromatose sinovial tendo-se avançado para tratamento cirúrgico artroscópico e exérese do quisto que decorreu sem intercorrências.

Resultados:
Após mais de um ano de seguimento o doente mantém-se sem queixas álgicas ou limitação articular e com RMN que confirma ausência de recidiva da osteocondromatose.

Discussão:
A conjugação da história clínica, exame objetivo e estudo imagiológico levaram-nos a crer que estaríamos perante uma situação pouco frequente, o que nos alerta para necessidade de um espírito crítico permanente.

Conclusão:
A condromatose sinovial é uma entidade pouco frequente, sendo-o ainda menos na articulação do tornozelo. Apesar do seu carácter benigno, se não for tratada poderá levar a um estado de osteoartrite pelo efeito mecânico prolongado sobre as superfícies articulares. A taxa de recorrência está descrita na literatura como sendo baixa, levando-nos a crer que o caso apresentado ficou definitivamente tratado.

EP178 - **Luxação sub-astragalina -a propósito de um caso clinico**

Vera Resende, Fernando Leal, Ricardo Frada, João Teixeira, Artur Neto, António Miranda
(Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga)

Introdução:
A luxação subastragalina é rara, representando 1 a 2% de todas as luxações, envolvendo as articulações subastragalina e astragalo-escafoideia com integridade da calcâneo-cuboideia. Fazem parte do grupo das luxações peri-astragalinas: luxação astragalo-escafoideia isolada, luxação subastragalina e a enucleação do astrágalo. A classificação actual designa 4 tipos (interno, externo, anterior e posterior) segundo a posição do pé em relação ao astrágalo. Os acidentes de viação e quedas de altura são causa frequente de luxação interna, com uma maior incidência no sexo masculino (6:1) e no adulto jovem.

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso clínico de homem de 62 anos com um traumatismo aberto resultante de queda de altura, apresentando uma deformidade em dorsiflexão e inversão do pé esquerdo, a propósito da revisão teórica

Resultados:
Verificou-se luxação subastragalina interna aberta, com integridade neurovascular. Verificou-se a presença de lesões osteocondrais minor. Foi submetido a redução aberta no bloco, com sutura da pele e imobilização com tala gessada posterior suro-podálica durante 4 semanas. A evolução foi favorável conseguindo-se uma redução anatómica, com restabelecimento da função e da estabilidade do pé.

Discussão:
Após confirmação da luxação deve ser feita a redução imediata, devendo-se realizar uma avaliação neurológica e vascular pré e pós redução, verificação da estabilidade articular e presença de lesões osteocondrais associadas. O prognóstico é favorável com redução fechada e imobilização gessada. No entanto, em 80% das luxações existe limitação funcional e, em 50 a 80% dos casos, evidência radiológica de artrose subastragalina.

Conclusão:
A luxação subastragalina interna é pouco frequente; impõe a redução imediata e imobilização. Devem ser excluídas lesões associadas. O follow-up cuidado é essencial para despiste de complicações precoces e tardias. Obteve-se um bom resultado final, pois foi conseguida a restauração anatómica do pé, com estabilidade mantida e boa funcionalidade.

EP179 - **Tratamento cirúrgico de fratura de stress do osso navicular num jogador de futebol**

Andreia Ferreira, Rui Rocha, André Costa, Daniel Saraiva Santos, Domingues Rodrigues
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia -Espinho)

Introdução:
A fratura de stress do osso navicular é uma lesão frequente em atletas, principalmente nos que praticam desportos em que o pé sofre carga repetida como os velocistas, basquetebolistas, jogadores de futebol e praticantes de salto em altura. O diagnóstico implica um elevado índice de suspeição já que a radiografia inicial é muitas vezes negativa, sendo necessário recorrer a outros exames imagiológicos como a tomografia axial computorizada, a cintigrafia óssea ou a ressonância magnética nuclear (RMN).

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso de um jogador de futebol federado, de 20 anos de idade, com queixas álgicas no bordo interno do mediopé com 3 meses de evolução, que agravavam com o desporto. Refere história de entorse do pé há 3 meses, não fez descarga e realizou treino condicionado. Ao exame objectivo apresentava dor á palpação da arcada plantar medial. Realizou radiografia do pé, com incidências de face, perfil e oblíquas, que não revelaram alterações Foi solicitada RMN que mostrou fractura de stress do osso navicular, grau 4 segundo classificação de RMN.

Resultados:
Pela manutenção de queixas álgicas importantes que interferiam com a prática desportiva, o doente foi submetido a redução incruenta e osteossíntese percutânea com 2 parafusos. Manteve descarga durante 4 semanas e retornou ao treino desportivo sem restrições. Atualmente com 1,5 anos de seguimento mantém-se assintomático.

Discussão:

O tratamento de eleição das fracturas de stress do osso navicular é a imobilização gessada durante 6 semanas. Se as queixas álgicas se mantiverem e se a consolidação não tiver ocorrido, o doente deve ser imobilizado mais 2 semanas e reavaliado. As indicações do tratamento cirúrgico, embora cada vez mais comuns, permanecem controversas. Estão preconizadas na rara fratura com desvio, fracturas cominutivas e na falência do tratamento conservador por pseudartrose ou atraso de consolidação. A intervenção cirúrgica também pode estar indicada em atletas que necessitam de recuperação rápida para retornarem à sua actividade, situação exemplificada pelo caso apresentado.

Conclusão:
O tratamento inicial das fracturas de stress do osso navicular é a imobilização durante 6 a 8 semanas, devendo protelar-se a cirurgia para casos selecionados, como o apresentado, e em casos de falência do tratamento conservador.

EP180 - **Extrusão traumática do astrágalo – relato de um caso de reimplantação**
João Neves, Miguel Carvalho, Amílcar Araújo, Mafalda Batista, Mónica Vasconcelos, Nuno Fachada
(Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal)

Introdução:
A extrusão traumática do astrágalo é uma lesão extremamente rara. O prognóstico desta lesão é sombrio, estando, na maioria das vezes, associada a necrose avascular do astrágalo. A exacta incidência de necrose avascular após luxação sem fracturas associadas permanece incerta, mas alguns relatos na literatura apontam para 90%. Não existem definidas orientações de conduta nestes casos.

Material e Métodos:
Os autores relatam um caso de uma lesão traumática decorrente de acidente de trabalho num indíviduo de raça negra, de 43 anos, saudável, que é trazido pelo INEM ao serviço de urgência com uma ferida na face antero-lateral do pé esquerdo com cerca de 15 cm x 5 cm, francamente contaminada com fuligem e extrusão do astrágalo, sem fracturas associadas apenas lesões osteocondrais. Não apresentava lesões neurovasculares à entrada. Apresentava fractura segmentar dos ossos da perna no membro contralateral que foi provisoriamente estabilizada com fixador externo. Manteve-se em vigilância de sinais de compromisso neurocirculatório nas primeiras 24 h.

Resultados:
Após abundante lavagem com soro fisiológico, cerca de 20 L, foi feita manobra de redução cruenta sob anestesia geral, sutura do complexo ligamentar externo e subsequente encerramento. Optou-se por estabilização através de imobilização com tala gessada com pé em neutro. Pesquisa intra-operatória dos pulsos periféricos com Doppler revelou pulsos presentes e amplos. Iniciou cobertura empírica endovenosa com cefazolina mais gentamicina. Doente iniciou descarga pelo período de 3 meses, passando ao fim de 6 semanas ao uso de ortótese estabilizadora do tornozelo e pé lesados. O doente manter-se-á em seguimento na consulta de ortopedia pelo período previsível de 2 anos, para avaliação da evolução osteoarticular do retropé.

Discussão:
O caso relatado mostra a importância do tratamento de urgência desta lesão. Assume crucial importância partilhar casos similares na comunidade ortopédica com o intuito de desenvolver estratégias de abordagem de lesões deste tipo, abrindo a discussão sobre qual a melhor forma de tratamento primária, estabilização provisória e de reabilitação. O astrágalo é particularmente susceptível à necrose, tendo uma superfície revestida por cartilagem em cerca de 60%. A precária vascularização feita por vasos nutritivos é interrompida aquando da luxação, justificando assim o mau prognóstico desta lesão. No entanto, procedimentos cirúrgicos mais agressivos como a talectomia ou artrodese tibiocalcaneana devem ser efectuados em fase ulterior, uma vez a estabelecida a necrose avascular e o subsequente colapso. Na revisão da literatura, a infecção e a necrose avascular são as complicações mais encontradas, sendo a infecção responsável por piores resultados funcionais do que propriamente a osteonecrose.

Conclusão:
A luxação completa do astrágalo com extrusão, sem fraturas associadas, é uma entidade extremamente rara, com um prognóstico sombrio devido ao compromisso da vascularização. O tratamento ou conduta na extrusão do astrágalo permanecem controversos e as opções incluem: desde a imediata lavagem e desbridamento, à redução/reimplantação e encerramento primário da ferida total ou parcial, seguido de imobilização gessada com ou sem fixação

provisória. Uma atempada e adequada actuação contribuirá certamente para um melhor resultado clínico e radiológico.

EP181 - **Caso Clínico - Artrodese do tornozelo e do joelho no tratamento de instabilidade e fractura articular em doente com Paramiloidose**

Nuno Oliveira, José Miguel Sousa, Luis Sobral, Carla Madail, Barbara Campos, Isabel Rosa
(São Francisco de Xavier)

Introdução:
A Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF) é uma doença hereditária de transmissão autossómica dominante. Sendo uma doença neurológica, afeta o sistema nervoso periférico nas suas vertentes motora, sensitiva e autonômica. Inicia-se insidiosamente entre os 20 e 40 anos e conduz a um desfecho fatal após 10 a 15 anos. Tal como noutras neuropatias periféricas as complicações ortopédicas são frequentes.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 58 anos de idade com história de Polineuropatia Amiloidotica Familiar resultante de mutação Met30 da Transtirretina diagnosticada em 2004. Apresenta polineuropatia sensitivo-motora axonal simétrica e distal, insuficiência renal crónica em regime de diálise três vezes por semana, miocardiopatia tratada com Pace-Maker, amaurose do olho esquerdo e glaucoma do olho direito. Em 2006 relacionado com o quadro de diminuição da sensibilidade e perda progressiva da força muscular, fez luxação do tornozelo direito. Em 2011, verificou-se progressiva deformidade do joelho esquerdo. Após traumatismo minor, constatou-se fratura do planalto tibial lateral e instabilidade ligamentar grave do joelho esquerdo. Em 2006 procedeu-se à artrodese do tornozelo direito com cavilha retrógrada calcâneo-talo-tibial. A doente permaneceu com imobilização gessada durante 3 meses, tendo iniciado carga com bota gessada ao fim de 2 meses. Em 2011 procedeu-se à osteossíntese do planalto tibial lateral esquerdo com parafusos canulados e artrodese do joelho com cavilha femuro-tibial. Manteve imobilização durante 2,5 meses com joelheira com barras laterais bloqueada em extensão

Resultados:
Houve consolidação de ambas as artrodeses com manutenção do alinhamento dos membros. Tem uma dismetria de 2 cm com hipometria do membro inferior direito A doente deambula com canadianas, sem dor.

Discussão:
A artrodese é uma opção de recurso, no entanto, dada a rápida progressão do quadro neurológico acompanhada de alterações degenerativas e instabilidade articular marcadas parece-nos ser a melhor opção para garantir alguma capacidade de locomoção a uma doente cuja expectativa de vida é curta.

Conclusão:
Trata-se de uma doença neurológica rara, progressiva caracterizada por alterações degenerativas e instabilidade articular a nível dos membros inferiores. A artrodese é uma opção cirúrgica útil no tratamento das artropatias destrutivas que cursam com esta doença.

EP182 - **Nevroma de Morton - apresentação rara de uma patologia comum**

Bruno Pereira, Tiago Frada, Filipe Carriço, Duarte Nuno Alegre, João De Melo, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
O nevroma de Morton é uma nevralgia comum que afecta normalmente o antepé, na região compreendida entre as colos dos metatarsianos e os dedos do pé, principalmente no terceiro espaço intermetatarsiano distal. No entanto, a sua prevalência é desconhecida afectando normalmente mulheres entre os 15-50 anos. Ambos os pés podem manifestar a patologia, mas a apresentação bilateral é rara, bem como a sua a sua presença no quarto ou primeiro espaço. Esta condição manifesta-se por dor intensa, lancinante ou em queimadura, com necessidade de parar a marcha e descalçar-se para massajar o pé por forma a aliviar a dor. A etiologia concreta desta situação clinica é desconhecida apesar do desenvolvimento científico actual, no entanto, o ser devido a um fenómeno de compressão do nervo interdigital por conflito de espaço, reúne algum consenso. O presente trabalho reporta um caso clinico de um doente com nevroma de Morton numa localização rara.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, de 52 anos de idade, auxiliar de acção médica, que em Fevereiro de 2013 recorre à

consulta por queixas de metatarsalgia a nível do segundo espaço intermetarsiano à esquerda, que se agravam com a marcha e que alivia com descanso, resistente ao tratamento conservador em curso há 12meses. Ao exame físico apresenta pé plantígrado, sem calosidades, sem hallux valgus, com dor na palpação da cabeça do segundo metatarso. Realizou estudo imagiológico com radiografia em carga, ecografia e RMN, com o seguinte relatório: "ocupação do primeiro espaço interdigital por área nodular com 18x14mm…compatível com neuroma de Morton". Foi submetida em 19 de Março de 2013 a nevrectomia parcial por via dorsal, com exérese de lesão nodular de tecido de consistência elástica. Pediu-se anatomia patológica.

Resultados:
Aos 2 meses pós-operatório não apresenta queixas álgicas com a marcha, sem queixas a nível da cicatriz. O exame histopatológico revelou: "fragmento maior com 1,5cm de maior diâmetro com características compatíveis com neuroma de Morton".

Discussão:
A apresentação clínica deste caso representa uma variante possível do neuroma de Morton. A localização no primeiro espaço torna a situação rara. A opção por realizar RMN apos a ecografia deveu-se ao facto de estar presente uma alteração num exame de imagem dependente do operador e com uma localização atípica. A opção para neurectomia, realizada por via dorsal, deveu-se ao facto de estarmos perante um nódulo que o estudo anatamo-patológico poderia confirmar a sua estrutura, o que se veio a confirmar, e à clínica não ceder com tratamento conservador instituído.

Conclusão:
O neuroma de Morton é uma entidade que apesar de se apresentar normalmente no terceiro espaço interdigital, pode aparecer noutras localizações menos comuns, como o presente caso clínico constata.

EP183 - **Fractura-Luxação Exposta do Astrágalo Associada a Fractura do Pilão Tibial: que Evolução Esperar? – A Propósito de um Caso Clínico**

Joana Leitão, Daniel Lopes, Sara Alves Silva, Virgínia Amaral, Sandra Martins, Hélder Nogueira
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
Os traumatismos de alta energia encontram-se associados habitualmente a lesões complexas do tornozelo envolvendo as suas diversas estruturas osteoarticulares que podem condicionar repercussões importantes na sua função. As fracturas-luxações do astrágalo são lesões infrequentes, contudo apresentam grande potencial para graves complicações a longo prazo Instabilidade e limitação funcional do tornozelo, incongruência articular e necrose avascular são algumas das sequelas que poderão surgir de acordo com o tipo de lesão e a opção terapêutica instituída. A reconstrução e redução das superfícies articulares é um dos principais factores para diminuir o risco de alterações degenerativas pós-traumáticas a posteriori. Os autores apresentam um caso clínico de um doente com fractura-luxação exposta do astrágalo associada a fractura do pilão tibial e a sua evolução.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino de 47 anos de idade, vítima de uma queda de cerca de 2 metros de altura da qual resultou um traumatismo do tornozelo esquerdo com fractura-luxação cominutiva e exposta (Grau I de Gustilo-Anderson) do astrágalo (envolvendo a cúpula astragalina e o corpo deste) associada a fractura do pilão tibial (tipo II, Rüedi and Allgöwer). A doente foi submetida a redução aberta e osteossíntese com placa de reconstrução no peróneo, fixação interna do maléolo medial com um parafuso 4.5mm e fixação interna do astrágalo com 2 parafusos 4.5mm (abordagem lateral). Teve alta para o domicílio ao 3º dia do pós-operatório imobilizada com tala gessada posterior.

Resultados:
À 8ª semana pós-operatória a doente apresentava evolução clínica e radiológica favorável, verificando-se consolidação da fractura sem desvios significativos, tendo retirado a imobilização gessada e iniciado carga progressiva e programa de fisioterapia que cumpriu durante 6 meses. Ao 9º mês apresentava remissão das queixas clinicas iniciais, marcha sem claudicação e preservação do arco de mobilidade, no entanto com perda de alguns graus. Após um ano de follow-up iniciou dor no tornozelo de ritmo mecânico associada a edema residual e aumento da limitação funcional. O estudo imagiológico revelou artrose tíbio-társica e sub-astragalina. Mantém-se em consulta para vigilância clínica e imagiológica.

Discussão:
As fracturas-luxações do astrágalo associadas a outros

fracturas são raras e surgem habitualmente no contexto de traumatismos de alta energia. Existe um grande potencial para sequelas tardias e compromisso funcional do tornozelo devido a alterações degenerativas (artrose) e dor crónica após este tipo de fracturas. A incidência de necrose avascular é de cerca de 50%-75% nas fracturas cominutivas do corpo do astrágalo. Tal complicação não se verificou neste caso. Por sua vez as alterações degenerativas pós-traumáticas apresentam elevada proporção e causam significativa limitação funcional e permanência das queixas.

Conclusão:
Podemos constatar que este tipo de fracturas pode causar um significativo impacto funcional. A qualidade e estabilidade da redução articular conseguida cirurgicamente foi um factor de grande importância na obtenção de um bom resultado imagiológico e da boa evolução clínica inicial verificada no pós-operatório. Contudo as lesões condrais inerentes nestas condicionam quase sempre o futuro destas articulações, surgindo alterações degenerativas precoces.

EP184 - **Tendinopatia Não-Insercional do Tendão de Aquiles – Caso Clínico**
Pedro Diniz, Paulo Carvalho, João Froufe
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A tendinopatia não-insercional do tendão de Aquiles ocorre nos 2-6 cm proximais à sua inserção no calcâneo. Pode corresponder a uma lesão crónica (tendinose) ou aguda (tendinite ou paratendinite). Apresenta uma incidência de 0,25% nos indivíduos com idades entre os 21 e os 60 anos, incidência que tem vindo a aumentar nos últimos anos, sobretudo à custa da crescente participação em actividades desportivas por parte de populações com idade cada vez mais avançada. A etiologia da tendinopatia não-insercional do tendão de Aquiles não está completamente esclarecida, mas admite-se que esteja relacionada com stress repetitivo numa zona de menor vascularização, tornando-a menos resiliente ao microtrauma. O diagnóstico é habitualmente clínico e imagiológico.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 53 anos, recorre à nossa consulta no dia 6-1-2012 por dor no tornozelo posterior à esquerda, com seis meses de evolução e que agrava com a marcha, tendo já realizado fisioterapia e terapia com ondas de choque sem melhorias. Sem antecedentes relevantes. Palpava-se nódulo do tendão de Aquiles 3 cm acima da sua inserção, com aproximadamente 5 cm de extensão. Não apresentava alterações à radiografia, nomeadamente calcificações do tendão de Aquiles. Foi pedida ecografia de partes moles, uma vez que a doente não tinha condições económicas para realizar ressonância magnética nuclear. A ecografia evidenciava «espessamento fusiforme do corpo do tendão de Aquiles (….). Em corte transversal verifica-se a ovalização do tendão (…) sendo o seu diâmetro antero-posterior de cerca de 8mm (normal 4-5mm)». Foi operada em 11-4-2012, tendo sido realizada desbridamento do tendão e excisão das zonas de fibrose e pequeno alongamento V-Y. No mesmo tempo operatório fez-se reforço do tendão com malha sintética em poliuretano-ureia degradável (Artelon®). Foi aplicada imobilização inicial com tala gessada suropodálica em equíno. Às duas semanas de pós-operatório retirou a tala e iniciou mobilizações bi-diárias. Às quatro semanas iniciou marcha com carga progressiva utilizando bota do tipo Walker e aos 2 meses deixou de usar auxiliares de marcha.

Resultados:
Um ano depois de operada a doente está sem queixas, sem claudicação na marcha e com boa amplitude de movimento na articulação do tornozelo. Não houve registo de complicações, nomeadamente relacionadas com a pele e a ferida operatória.

Discussão:
A tendinopatia não-insercional do tendão de Aquiles responde mal ao tratamento conservador, evoluindo frequentemente para a cronicidade. Por sua vez, as lesões crónicas são ainda menos sensíveis a esta modalidade terâpeutica, sendo quase sempre necessário proceder à reparação cirúrgica da lesão tendinosa, com desbridamento e excisão das zonas fibróticas, o que leva habitualmente à necessidade de plastias e/ou reforços tendinosos. Estas podem ser efectuadas utilizando outros tendões ou malhas sintéticas. Uma das críticas encontradas na literatura aos materiais sintéticos é a incidência relativamente elevada de intolerâncias ao material e deiscências de sutura. O material utilizado, para além de ser absorvível, permite a penetração do tecido tendinoso regenerativo através da malha sintética, servindo de suporte adicional a esta estrutura.

Conclusão:
No caso clínico apresentado a malha sintética utilizada conferiu um bom resultado, não se registando complicações, nomeadamente intolerância ao material e deiscência de sutura. Naturalmente, são necessários mais casos e mais tempo de seguimento para estabelecer as vantagens e desvantagens desta técnica com rigor.

EP185 - **Tratamento cirúrgico do pé cavo – osteotomia de Cole**
Tiago Pinheiro Torres, André Sarmento, André Costa, Campos Lemos, Andreia Ferreira, Ricardo Mendes
(Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho)

Introdução:
O pé cavo pode ser definido como uma elevação anormal do arco longitudinal medial do pé sendo frequentemente devido a doenças neuromusculares que levam a um desequilíbrio muscular. Esta deformidade pode ser devido a causas neuromusculares, congénitas, idiopáticas ou traumáticas. A correcção cirúrgica do pé cavo é indicada no caso de existir dor, deformidade a agravar e instabilidade do tornozelo. Os objectivos da cirurgia são o re-equilibrio das forcas musculares, a correcção das deformidades e obter um pe plantígrado. É importante estudar bem o pé. Há procedimentos de tecidos moles e ósseos. Devido às múltiplas etiologias do pe cavo e as multiplas deformidades associadas, há uma serie de técnicas descritas.

Material e Métodos:
Trata-se de um doente de 57 anos do sexo masculino com antecedentes de DM tipo 2 que foi referenciado à consulta do pé diabético por pé varo bilateral com calosidades exuberantes hipertróficas da base dos metatarsos. Procedeu-se a uma Osteotomia de Cole à direita com identificação do navicular, cuboide e cunhas e osteotomia em cunha de base dorsal e externa e fixação com grampos associada a uma operação de Steindler.

Resultados:
O doente actualmente deambula sem dor, estando muito satisfeito com o resultado.

Discussão:
As osteotomias do mediope são extremamente uteis na redução do pé cavo rígido anterior. Há uma série de variações descritas. A técnica descrita por Cole é indicada para pés cavos do tipo anterior e tem como objectivo a elevação do antepé para uma posição mais rectilínea. Este procedimento não é indicado para pés pediátricos. A grande desvantagem deste tipo de procedimento é o encurtamento do membro. Na bibliografia são descritas complicações como artrose e pseudartrose. O procedimento de Steindler com fasciotomia foi necessária no sentido de auxiliar na dorsiflexao promovida pela osteotomia

Conclusão:
A correcção cirúrgica do pé cavo é um desafio para qualquer ortopedista. É importante estudar o tipo de deformidade para utilizar o procedimento adequado. Não há nenhum procedimento que isoladamente corrija de forma correcta o pé cavo. As osteotomias do médiopé são um procedimento essencial na correcção cirúrgica e associado a outro tipo de procedimentos ajdjuvantes consistem na forma apropriada de correcção do pé cavo.

EP186 - **Artrodese do tornozelo pela técnica de Meary por artrose pós traumática**
Ruben Lopes Da Fonseca, Ugo Fontoura, Sandra Santos, André Bahute, Pedro Jordão, Ana Inês
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
A indicação mais comum para artrodese do tornozelo é a artrose pós traumática. Outras indicações incluem artrite reumatoide, infeção, doenças neuromusculares e após falência de artroplastia total do tornozelo. A maioria das técnicas atualmente obtém consolidação em 80-90% dos doentes.

Material e Métodos:
Caso clínico. Doente de 73 anos de idade, com antecedente de fractura bimaleolar tipo B de Webber do tornozelo dto, há 10 anos. Referenciado para a consulta de ortopedia por quadro clínico de dor e incapacidade funcional. Radiologicamente apresentava artrose da articulação tibiotársica direita, sem atingimento da articulação sub astragalina. Submetido a artrodese do tornozelo direito pela técnica de Meary, fixação com 2 parafusos de esponjoso e um parafuso cortical, e imobilização com bota gessada.

Resultados:
No pós-operatório apresentou sinais inflamatórios a nível da sutura operatória, tendo realizado antibioterapia endovenosa com cefazolina durante 10 dias. Teve alta ao 15º dia do pós-operatório com indicação de marcha com canadianas em descarga total. Às 8 semanas apresentava sinais radiológicos de consolidação da artrodese, e iniciou carga parcial. Às 16 semanas encontrava-se sem queixas álgicas e a realizar carga total. Teve alta da consulta externa um ano após a cirurgia sem queixas clinicas.

Discussão:
Existem mais de 30 técnicas descritas de artrodese do tornozelo. Essas técnicas podem ser divididas quanto a abordagem anterior, transmaleolar ou posterior, e quanto ao método de fixação usado fixador externo, cavilha intramedular ou parafusos de esponjoso de grandes fragmentos. Atendendo a idade do doente e ao não atingimento da articulação sub astragalina, optou-se pela técnica de Meary, descrita há mais de 30 anos, que permite uma abordagem menos invasiva e com bom resultado após um ano de seguimento.

Conclusão:
A maioria dos doentes referem uma melhoria significativa das queixas álgicas após artrodese do tornozelo, no entanto muitos apresentam uma mobilidade limitada do retro pé com limitação da marcha em terrenos acidentados, e poucos são aqueles capazes de correr. Quando não existe atingimento da articulação sub talar, a técnica de Meary continua a ser um bom método de artrodese da articulação tibiotársica, com uma boa relação custo beneficio.

EP187 - **ROTURA BILATERAL DOS TENDÕES DE AQUILES. A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO**
Pedro Costa Rocha, Luís Correia
(Hospital Santa Maria - CHLN)

Introdução:
O Tendão de Aquiles é o mais espesso e mais forte do corpo, originando-se da confluência dos tendões dos gémeos e do solhear. Pode suportar até 12 vezes o peso corporal e corresponde a 20% das roturas tendinosas major, afetando habitualmente homens entre os 30 e os 50 anos. A maior parte das roturas do Aquiles ocorre por trauma ou no decurso de atividade desportiva. O mecanismo de lesão consiste na contração súbita e forte dos músculos gémeos e solhear com o pé em dorsi-flexão. A rotura bilateral dos tendões de Aquiles é muito rara. Os fatores de risco para tal incluem corticoterapia, esteróides anabolizantes, fluoroquinolonas, dor crónica e rotura prévia. De acordo com a literatura existem menos de 20 casos publicados de rotura bilateral dos tendões de Aquiles.

Material e Métodos:
Doente do género masculino, 61 anos, admitido no Serviço de Urgência por dor e impotência funcional dos membros inferiores após queda de altura com dorsi-flexão dos tornozelos e sensação de traumatismo na região posterior dos tornozelos. Como antecedentes pessoais negava queixas ou traumatismo relevantes prévias em ambos os tornozelos, sem história de outras doenças ou uso de corticóides. Na avaliação clínica identificou-se edema e hematoma da região posterior de ambos os tornozelos, teste de Thompson positivo bilateralmente, perda da integridade do tendão de Aquiles bilateral com defeito intrasubstância palpável a cerca de 4 cm da inserção na tuberosidade posterior do calcâneo. Foi feita imobilização com talas gessadas até ao joelho e iniciada terapêutica de profilaxia anti-trombótica. No dia seguinte foi realizado o tratamento cirúrgico das roturas utilizando-se técnica aberta, sutura topo a topo com linha multifilamentar não reabsorvível e reforço com tendão do plantar delgado em loop. No pós operatório foi mantida a profilaxia antitrombótica durante 4 semanas e a imobilização com tala gessada até ao joelho durante 6 semanas, altura em que iniciou carga progressiva.

Resultados:
Não se verificaram complicações no pós operatório e aos 3 meses pós-op deambulava sem apoio, conseguia fazer dorsi-flexão em ortostatismo bipodal e apresentava amplitude articular 0-30 à direita e -10-30 à esquerda. A avaliação funcional revelou AOFAS (american foot and ankle society) de 78/100 à direita e 76/100 à esquerda.

Discussão:
A rotura dos tendões de Aquilles ocorre após uma força elevada ou uma força fisiológica sobre um tendão enfraquecido. A maior parte das roturas ocorre na região com menor vascularização, aproximadamente a 6 cm da tuberosidade posterior do calcâneo. No diagnóstico a descontinuidade do tendão, palpável numa fase aguda, pode deixar de ser perceptível após a instalação do edema. Dos vários testes descritos - Copeland, Simmond e Thompson, o último é o mais fácil

de realizar em ambiente de urgência. Na imagiologia a radiografia pode identificar calcificações do tendão, a ecografia é operador dependente e a RM apesar de não ser indispensável ao diagnóstico pode ser útil nas roturas pequenas e no planeamento terapêutico. O tratamento conservador tem a vantagem de não cursar com feridas, ter menor dor e regresso mais rápido à marcha. Por outro lado terá uma taxa mais alta de re-rotura e complicações trombóticas. O tratamento cirúrgico, de escolha nos doentes mais jovens, com elevada exigência, e nas roturas crónicas está associado a maior força e mobilização precoce, contudo cursa com número mais elevado de complicações. Ma e Griffit, em 1977 desenvolveram um sistema de reparação percutânea que parece ter resultados sobreponíveis aos do tratamento aberto na força e no retorno à atividade.

Conclusão:
presentamos um caso de rotura bilateral, rara, dos tendões de Aquilles em que o tratamento cirúrgico, aberto, com reforço de plantar delgado, não cursou com complicações e permitiu boa recuperação funcional.

EP188 - **TRATAMENTO DAS ÚLCERAS DE PELE EM PÉ DIABÉTICO COM ONDAS DE CHOQUE.**
Elson Sousa Miranda, Elson José S. Miranda
()

Introdução:
O tratamento clínico é de baixa resolução e a amputação sempre leva à limitação e depressão. Este trabalho é mostrar os resultados em clientes com úlceras crônicas graves resistentes aos tratamentos conservador e não aceitavam cirurgias.

Material e Métodos:
Vinte e dois casos foram analisados todos com evolução acima de 6 meses, acompanhados pelo Clínico, proposto o tratamento com Ondas de Choque e aceito pelos clientes. Usamos Ondas Radiais, Aplicador Planar, Gerador POWER – ,1.000 impulsos por cm2, 2-4 bar, 5-12hz, 3-9 aplicações semanais. (1)

Resultados:
O Tratamento por Ondas de Choque apresentou um resultado de 88% de cicatrização total da lesão 12% com cicatrização parcial, melhora da qualidade da pele, favorecendo o procedimento cirúrgico e afastando a possibilidade das amputações. (2)

Discussão:
As amputações abaixo do tornozelo são mais frequentes em portadores de Diabetes, é razão de hospitalizações prolongadas e custos altos.

Conclusão:
Pelos ganhos finais com o Tratamento por Ondas de Choque e principalmente com a satisfação dos clientes tratados, nos dá a certeza que é uma boa indicação para Úlcera de Pele, principalmente em Diabéticos, que não tiveram êxito em outros métodos.

EP189 - **Rotura bilateral do Tendão de Aquiles - Caso Clínico**
Carolina Oliveira, Elisa Rodrigues, Bruno Alpoim, Pedro Marques, Pedro Sá, Francisca Gonzalez
(Unidade Local de Saúde do Alto Minho)

Introdução:
A rotura do Tendão de Aquiles predomina no sexo masculino, entre os 30 e 40 anos. Apresenta uma incidência crescente, estando associada a um aumento da actividade física. Estão descritos vários factores de risco associados a esta entidade clinica, tais como, idade, sexo, utilização de corticosteroides ou quinolonas

Material e Métodos:
Doente, sexo masculino, 67 anos. Antecedentes pessoais de HTA e DPOC, medicado com corticóide inalatório. Recorre ao Serviço de Urgência por dor ao nível do Tendão Aquiles direito, de início súbito pós evento traumático em dorsiflexão forçada do tornozelo direito. Refere ainda dor ao nível do tendão de Aquiles esquerdo com 10 dias de evolução pós traumatismo com o mesmo mecanismo de lesão. Ao exame objetivo apresentava gap palpável em ambos os tendões e manobra de Thompson positiva bilateralmente. Colocada hipótese de diagnóstico de rotura bilateral do Tendão de Aquiles, confirmada ecograficamente. Submetido a tratamento cirúrgico. À esquerda procedeu-se a tenorrafia clássica aberta e à direita a tenorrafia percutânea, que decorreram sem intercorrências. Submetido a imobilização gessada durante 6 semanas à esquerda e 4 semanas à direita. Follow-up em consulta externa de Ortopedia e de

Medicina Física e Reabilitação.

Resultados:
Boa evolução no pós-operatório e boa recuperação funcional no seguimento em consulta externa.

Discussão:
A rotura bilateral do Tendão e Aquiles em doentes sem factores de risco é rara. No entanto, 25% da população acima dos 30 anos de idade apresentam alterações estruturais degenerativas que aumentam o risco de rotura, dependendo do nível de actividade desenvolvida. Tanto a tenorrafia clássica aberta como percutânea são técnicas adequadas de tratamento, dependendo da indicação e experiencia do cirurgião. O programa de reabilitação pós-cirúrgico é um dos factores mais importantes na recuperação da biomecânica do tendão, permitindo maior rapidez no início das actividades diárias e da prática desportiva.

Conclusão:
A rotura bilateral do Tendão de Aquiles é uma entidade rara. Devem ser pesquizados os respectivos factores de risco. Estão indicadas a abordagens cirúrgicas clássica ou percutânea, dependendo das indicações. O plano de reabilitação´pós-operatorio é um dos factores importantes na evolução favoravel do doente.

EP190 - **Fratura 1º Falange do "Hallux" – A propósito de Obras em Férias**
Hugo Esteves Cardoso, Portela Da Costa
(Centro Hospitalar do Oeste Unidade de Torres Vedras)

Introdução:
As fraturas de falange são a lesão mais comum no antepé, a falange proximal do 5º dedo é a mais frequentemente envolvida. A fratura da falange proximal em qualquer dedo do pé é mais comum que a fratura da falange média ou distal. Os dois mecanismos de lesão mais frequentes são: Traumatismo direto de um objeto que cai inadvertidamente sobre o pé, geralmente provoca uma fratura transversa ou cominutiva. Traumatismo por compressão axial com aplicação de força em varo ou valgo originando um padrão de fratura oblíqua ou espiral, este mecanismo é mais suscetível de produzir deformidade clínica. Os doentes apresentam normalmente dor, equimose e edema. As fraturas de falange são dolorosas e normalmente requerem medicação analgesia e uso de sapato modificado durante 2 a 3 semanas. As fraturas não deslocadas podem ser tratadas com recurso a sapato com sola dura e apoio limitado ao limiar de dor. Nas fraturas com deformidade é necessário reduzir a fratura. A redução fechada é geralmente possível e o resultado é geralmente estável, a redução é obtida por tração e realinhamento axial. A redução cruenta é reservada para fraturas instáveis ou com grave ou incongruência intra-articular. Uma fratura instável da primeira falange de D1 deve ser reduzida e pode ser fixada com fios de "Kirschner" percutâneas ou parafusos mini-fragmento. As fraturas intra-articulares instáveis em qualquer articulação devem ser reduzidas e fixadas percutaneamente para evitar o mau alinhamento e as suas consequências: Intolerância a sapatos, dor, deformidade progressiva.

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clínico de um doente de raça caucasiana, sexo masculino, 56 anos de idade, motorista de pesados, vítima de acidente doméstico. O doente procedia a obras de remodelação em Agosto de 2012 na sua habitação quando um berbequim lhe caiu sobre o 1º dedo do pé direito. O doente recorre de imediato ao S.U. do nosso Hospital por: Edema, rubor, dor e deformidade do 1º dedo do pé direito, sem hematoma subungueal, sem exposição, sem alteração neurovascular. O R.X. revelou uma fratura da 1º falange do pé direito "A.O." 88- B2.3. A fratura foi reduzida cruentamente com restauro da anatomia e fez-se osteossíntese com 3 parafusos mini-fragmento tipo "Herbert".

Resultados:
O pós-operatório decorreu sem intercorrências, o doente retomou a marcha com sapato de "barouk". Às 5 semanas iniciou carga parcial e às 9 semanas retomou a carga total. Aos 32 meses de "follow-up" apresentava discretas queixas álgicas junto ao parafuso proximal, sem lesão osteoarticular ou "cut-out" do mesmo. Por apresentar "loosening" de 2 espiras da cabeça do parafuso optou-se por remover o material a 17-05-2013. Não apresenta atualmente qualquer limitação.

Discussão:
Ainda que a redução fechada seja muitas vezes possível em fraturas de falange neste caso pela cominuição da fratura "A.O." 88 B-2.3 a redução cruenta e osteossíntese com 3 parafusos tipo "Herbert" foi necessária para o restauro da anatomia. O doente retomou a sua atividade laboral às 9 semanas sem limitações. Às 32 semanas de "follow-up" foi submetido

a remoção de material por queixas de "impingement" após "loosening" de 2 espiras do parafuso proximal. Está atualmente assintomático e sem qualquer limitação funcional.

Conclusão:
Ainda que o "follow-up" seja apenas de 36 semanas podemos afirmar que a opção pela redução cruenta e anatómica da fratura da 1º falange do pé num doente ativo socio-profissionalmente permitiu: Encurtar o período de convalescença e absentismo laboral. Evitar até ao momento as complicações mais frequentes deste tipo de lesão; intolerância a sapatos, dor, deformidade progressiva.

EP191 - **"Hallux Rigidus" Artrodese Bilateral num tempo Cirúrgico - Caso Clinico**
Hugo Esteves Cardoso, Portela Da Costa
(Centro Hospitalar do Oeste Unidade de Torres Vedras)

Introdução:
"Hallux Rigidus" foi termo atribuído por "Cotterill" em 1888 à limitação da dorsiflexão da articulação metatarso-falângica do 1º dedo do pé, clinicamente além da limitação da mobilidade manifesta-se por dor à mobilização e por vezes supinação do pé com repercussão na capacidade de marcha. Das 14 classificações descritas duas são atualmente as mais aceites: "Hattrup e Johnson" descreveram em 1988 uma classificação com 3 graus de gravidade baseada em alterações identificáveis no RX: Grau I: superfície articular mantida, osteófitos insignificantes sem repercussão clinica. Grau II: osteófitos de maior dimensão e esclerose subcondral. Grau III: perda completa da superfície articular, quistos subcondrais, osteófitos e hipertrofia dos sesamóides. "Coughlin e Shurnas" desenvolveram uma classificação com 5 graus (0-4) baseada em sinais, sintomas, alterações radiográficas e arco de mobilidade. Estadio 0: perda (10-20%) da mobilidade, sem repercussão clinica ou radiológica. Estadio 1: perda (20-50%) da mobilidade, dor ligeira nos extremos da mobilidade, osteófito dorsal. Estadio 2: perda (50-75%) da mobilidade, dor moderada, osteófitos circulares. Estadio 3: perda (75-100%) da mobilidade, dor continua, degenerescência quistica. Estatido 4: perda total da mobilidade, do espaço articular com dor mesmo em repouso. Existem várias técnicas cirúrgicas para tratar" Hallux Rigidus" as mais utilizadas são: Queilectomia, Artrodese, Artroplastia. Queilectomia é indicada casos ligeiros a moderados, em doentes com menos de 50 anos permite a melhoria dos sintomas mas não altera o curso da doença ". A artrodese é o " Gold Standard" no "Hallux Rigidus" avançado:

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clínico de uma doente de raça caucasiana, sexo feminino, 65 anos de idade, reformada, enviada à consulta externa do nosso hospital pelo médico assistente por queixas de metatarsalgia do hallux bilateral com mais de uma década de evolução. A doente apresentava marcha claudicante, não conseguia juntar os pés ou calçar sapatos fechados. Tinha um perímetro de marcha inferior a 500 metros e um "Score" A.O.F.A.S. de 42. Clinicamente apresentava deformidade, limitação da dorsiflexão em M1 bilateralmente, ainda sem dor em repouso. Radiologicamente apresentava um hallux rigidus bilateral em estadio 3 de "Coughlin e Shurnas". A doente foi submetida a artrodese bilateral da M.T.F. com dois parafusos num tempo cirúrgico em 26-10-2011.

Resultados:
A doente iniciou de imediato marcha com sapato de "barouk", o pós-operatório decorreu sem intercorrências, manteve carga parcial até às 6 semanas. A artrodese radiológica e clinica foi obtida às 8 semanas de "follow-up". Atualmente tem 24 meses de "follow-up", tolera de modo indolor calçado fechado, apresenta marcha sem limite de perímetro, "Score A.O.F.A.S. 96., sem alterações cutâneas ou da sensibilidade local.

Discussão:
A doente apresentava queixas com grande repercussão na sua qualidade de vida diária, era incapaz de cuidar da casa e dos netos o que se estava a repercutir no seu estado anímico. Apresentava-se no estadio de "Coughlin e Shurnas" 3, pelo que a técnica escolhida foi a artrodese com 2 parafusos. A opção pela cirurgia bilateral num tempo deveu-se há inexistência de diferença clínica ou radiológica entre os mesmos. O tempo de carga parcial de 6 semanas e de artrodese de 8 semanas está de acordo com a literatura. O Score A.O.F.A.S. passou de 42 no pré-operatório para 96 no pós-operatório, o que está de acordo com o benefício e grau de satisfação da doente.

Conclusão:
Nesta doente e com um "follow-up" de 24 meses,

podemos afirmar que a Artrodese com 2 parafusos permitiu um elevado grau de sucesso. Permitiu aliviar a dor com clara melhoria na qualidade de vida da doente e da sua integração bio-psico-social.

EP192 - **LANDMINE INJURIES E O EFEITO BLAST: LESÕES DOS MEMBROS INFERIORES POR EXPLOSÕES**
Carlos Durão,
(Vila Franca de Xira)

Introdução:
A cada 20 minutos uma mina terrestre explode em algum lugar do mundo, ferindo uma ou mais pessoas. Aqueles que sobrevivem a tal evento ficam habitualmente afectados por graves sequelas, nomeadamente mutilações dos membros e stress pós-traumático. Estima-se que existam mais de 100 milhões de minas terrestres espalhadas por 68 países do mundo, em campos de cultivo, estradas, ruas, atalhos ou fontes de água. As minas não atingem apenas militares, mas também cidadãos civis. Para além dos danos humanos, causam ainda grandes danos à agricultura e às infra-estruturas de um país. A desactivação de minas é assim uma necessidade. É certo que retirar minas envolve todavia custos muito significativos, pois a desactivação de uma única mina custa cerca de US $ 1.000. Contudo, gasta-se cinco vezes mais para dar assistência a uma vítima afectada pela explosão destas e que necessite de uma prótese.

Material e Métodos:
O trabalho apresenta casos de vítimas de explosões, abordando as características de lesões músculo-esqueléticas e vasculares produzidas pelos estilhaços e pelo Efeito Blast e posterior estudo necroscópico nos casos fatais.

Resultados:
Infelizmente, quase sempre a amputação é inevitável

Discussão:
A distribuição das lesões depende da postura da vítima e dos pontos de contato do corpo com a superfície bombardeada. Nos indivíduos atingidos de pé, são comuns fraturas do calcâneo, da articulação tíbiotársica e dos pratos tibiais dependendo da onda de choque. Em casos extremos a vibração do choque é transmitido até a anca, com fraturas acetabulares, Em indivíduos sentados, o impacto sobre a região nadegueira é transmitido também pela coluna vertebral, com fraturas da bacia, esmagamentos de corpos vertebrais e até TCE. Nos casos de lesões por minas terrestres o padrão das lesões de partes moles tipo desenluvamento é típico associado as fraturas expostas com perda de tecido.

Conclusão:
Conhecer a biomecânica destas lesões é importante para compreender os efeitos ocasionados pelas ondas de choque e adequar o melhor tratamento para cada caso.

EP193 - **Fractura de Tillaux Juvenil: a propósito de um caso clínico**
Ana Bia, Juscelino Livramento, Margarida Carvalho, José F. Mateus
(Hospital de Torres Vedras (Centro Hospitalar do Oeste))

Introdução:
A fractura de Tillaux é o epónimo para a fractura da superfície articular externa da epífise distal da tíbia. O mecanismo de lesão consiste na avulsão da porção antero-externa da epífise pelo ligamento tibio-peroneal antero-inferior quando o pé se encontra em supinação-eversão ou em rotação externa, permanecendo aquele ligamento intacto na maioria dos casos. Ocorre em adolescentes, com uma média de idade de 13 anos e 5 meses, próximo do encerramento da fise distal da tibia, em que a zona antero-externa é a ultima a encerrar. São lesões consideradas raras, representando 2,5% das fracturas pediátricas da região do tornozelo. São classificadas como fracturas Salter-Harris tipo III. Na radiografia simples em antero-posterior surgem como uma linha vertical que atravessa a epífise. A tomografia axial computorizada tem como indicação principal a caracterização do traço articular para planeamento cirúrgico. A congruência articular é o factor primário a ter em consideração na decisão do tipo de tratamento. As fracturas coaptadas ou com desvio mínimo podem ser tratadas conservadoramente com imobilização. A redução incruenta faz-se com rotação interna do pé . Nas fracturas com > 2mm de desvio após tentativa de redução, deve considerar-se a possibilidade de haver interposição da cápsula articular no foco , pelo que se impõe a redução cruenta. Existem casos descritos na literatura de tratamento artroscópico destas fracturas, mas não existe evidência da superioridade deste

método em relação à abordagem clássica. Relativamente aos métodos de fixação, habitualmente é suficiente a osteossíntese com 1 ou 2 parafusos paralelos à fise. Quanto às complicações, são raríssimos os casos de encerramento assimétrico da fise.

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso clínico de um jovem do sexo masculino, 14 anos, caucasiano que recorreu ao Serviço de Urgência após queda de Skate, referindo posicionamento do pé em supinação-eversão. Referia dor na face antero-externa do tornozelo e impossibilidade em realizar marcha após a queda. Objectivamente apresentava edema ligeiro, dor à palpação da região anterior da articulação tibio-társica e à compressão tibio-peroneal no 1/3 distal da perna. A radiografia simples em antero-posterior e perfil bem como a incidência de mortise do tornozelo permitiu o diagnóstico de fractura de Tillaux com fragmento articular descoaptado pelo que se procedeu a redução cruenta e osteossíntese. No pós-operatório foi mantida imobilização gessada durante 3 semanas . A carga parcial foi iniciada de forma progressiva apenas a partir das 6 semanas. Às 12 semanas de pós-operatório foi feita a remoção de material. Não fez fisioterapia.

Resultados:
Doente com 12 meses de seguimento em consulta que retomou todas as actividades da vida diária e desportivas. Apresenta arco de mobilidade passiva e activa completas e simétricas . Clinica e radiograficamente não se observam sinais de assimetria ou crescimento anómalo da epifise distal da tíbia.

Discussão:
O objectivo deste trabalho é o de alertar para este tipo de fracturas no adolescente, que pela sua raridade, sinais radiográficos discretos, e especificidade, podem passar despercebidas na avaliação inicial, confundindo-se com lesões de entorse. No presente caso clínico foi determinante a história clínica, com a descrição exacta do mecanismo de lesão por parte do doente que levou os médicos da Urgência apensar e investigar a possibilidade desta lesão.

Conclusão:
A congruência articular é o factor determinante no algoritmo de tratamento das fracturas de Tillaux, estando recomendada a redução cruenta e fixação interna com parafusos quando existe um degrau articular > 2 mm após manobra de redução incruenta.

EP194 - **Fraturas do Astrágalo Casuística do Serviço nos últimos 20 anos**
Hugo Esteves Cardoso, Portela Da Costa, Inês Pedro
(Centro Hospitalar do Oeste Unidade de Torres Vedras)

Introdução:
As fraturas do astrágalo ou "Aviator Astragalus" muito comuns nos pilotos de avião durante a 1ºª Guerra Mundial são hoje em dia fraturas raras. Representam menos de 1% das fraturas (0,1-0,85%), são contudo a segunda causa de fratura do tarso e representam (5-7%) das fraturas do pé. Afetam sobretudo adultos jovens do sexo masculino pelo que têm grande repercussão social e económica. Ocorrem normalmente por queda em altura ou dorsiflexção forçada. Uma das suas particularidades é ser revestido em 60% por cartilagem e ter uma vascularização precária. A fratura do astrágalo pode ocorrer com lesões associadas: fratura do calcâneo (10%); fraturas maleolares, sobretudo o maléolo interno (19-28%) e lesões da sindesmose. O tratamento cirúrgico da fratura do astrágalo é desafiador para o cirurgião ortopedista, pois o astrágalo participa ativamente em mais de 90% dos movimentos do pé e tornozelo através das suas articulações com o calcâneo, tíbia, perónio e navicular. Uma lesão na cabeça, colo, corpo ou apófises do astrágalo pode interferir com a mobilidade dessas articulações e originar dor permanente, rigidez e deformidade. O "follow-up" é muito variável mas está relacionado com a lesão inicial. As fraturas coaptadas têm uma evolução favorável na maioria dos casos, pelo que o seu não diagnóstico pode levar a uma consolidação viciosa em varo e uma deformidade em supinação com aumento do arco de mobilidade da subtalar. A evolução para artrose ocorrem em mais de 90% dos doentes com fratura descoaptada, sendo por vezes a artrodese a única solução. O tratamento cirúrgico é a regra nas fraturas descoaptadas.

Material e Métodos:
Estudo retrospetivo de 1 de Janeiro de 1992 a 31 de Dezembro de 2012. Doentes operados a fratura do astrágalo no nosso Serviço Foi utilizada classificação de "Hawkins" nas fraturas do colo Utilizamos na avaliação clínica e funcional o "Score A.O.F.A.S. para o retropé. Avaliamos: O mecanismo e tipo de lesão inicial. Procedimento cirúrgico realizado Complicações surgidas ao longo do "follow-up" Estado clinico e imagiológico atual.

Resultados:
Dos 20 doentes, 17 (85%) compareceram à consulta de "Follow-up". Idade Média no diagnóstico: 29 (16;47) 90% homens; 10% mulheres "Follow-up" médio 11,5 anos Classificação da lesão inicial: 100% lesões do colo; Classificação "Hawkins": 50% grau I; 40% grau II, % 10 grau III. Mecanismo de lesão: acidente de viação (80%); queda com hiperflexão dorsal do pé (20%). Tempo médio de espera para cirurgia 2,1 (1-3) dias. Procedimento Cirúrgico: redução incruenta e parafusos 60%; Redução cruenta e parafusos 30%, Redução incruenta e fios K 10%. Período de Imobilização médio 10 semanas (9-11) Inico de carga total média 12 semanas (11-14), pesquisa do sinal "Hawkins" no R.X. "Score "A.O.F.A.S. médio: 96 "Hawkins" I; 88 "Hawkins" II e 77 "Hawkins" tipo III Complicações do "follow-up" 15% evoluíram para osteoartrose e foram submetidos a artrodese pantalar.

Discussão:
Os nossos resultados parecem estar de acordo com estudos mais recentes no que se refere a composição da amostra quanto ao sexo, idade e mecanismo de lesão. A principal vantagem da redução imediata das fraturas do astrágalo descoaptadas é a redução do risco de osteonecrose e de consolidação em varo que alteraria toda a biomecânica do retropé. Os nossos piores resultados são nas fraturas "Hawkins" III, o que está de acordo com a gravidade da lesão vascular que o astrágalo sofre no momento da lesão. A incidência de necrose avascular parece vir a diminuir nas séries mais recentemente publicadas quando comparado com os valores classicamente apresentados.

Conclusão:
Os nossos resultados confirmam o quão desafiante a abordagem cirúrgica da fratura do astrágalo é. A abordagem cirúrgica mesmo das fraturas "Hawkins" I permite uma mobilização mais precoce e evita o risco de desredução durante o tratamento conservador com as consequênci

---

EP195 - **ANGIOMATOSE do I espaço intermetatársico**
Ricardo Guerreiro, Joana Arcângelo, Augusto Martins, Jorge Costa, Pedro Falcão, João Jorge
(Hospital de S. José -- C.H. Lisboa Central)

Introdução:
Os Angiomas, malformações vasculares, podem ser: Hemangiomas e Linfangiomas. Hemangiomas são lesões ósseas benignas, caracterizadas por espaços vasculares revestidos por células endoteliais. Distinguem-se 4 tipos: cavernosos (mais frequentes no adulto); capilares; arteriovenosos; venosos. Cavernosos e capilares surgem mais frequentemente nos ossos. Os componentes não-vasculares -- tec. adiposo, músculo liso, tec. fibroso, tec. ósseo, hemossiderina e trombos -- presentes nos angiomas (hemangiomas ou linfangiomas), apresentando-se infiltrados de forma difusa, constituem no seu conjunto, a entidade denominada por ANGIOMATOSE.

Material e Métodos:
F, 68A. A.P: DM II; HTA. Consulta Externa: dor e sensação de "choque eléctrico" (sic) no antepé dto; palpação dolorosa do I espaço IMT dto; parestesias (Hallux e D2 dtos); dificuldade na marcha por dor local; negava metatarsalgias; dor moderada na face interna da MF dta. E.O: dor e sensação de "choque eléctrico" locais à palpação/compressão do I espaço IMT direito, bem como à compressão axial das cabeças dos metatársicos direitos; Parestesias ao nível do Hallux e D2 dtos; Dor moderada à palpação da face interna da MTF dta. Hipóteses diagnósticas: 1.Neuroma de Morton pé direito (no I espaço intermetatársico? - localização muito rara, devido à configuração anatómica do pé; poucos casos descritos e documentados na literatura). 2.Bursite intermetatársica /Capsulite (cabeças dos I e II metas). 3.Hallux valgus direito (Bunion)

Resultados:
Exames Complementares Diagnóstico: Radiografias pés (2 planos) em carga: Hallux Valgus. Ecografia Partes Moles:«formação nodular hipoecogénica discernível a nível do primeiro espaço intermetatársico, que pode traduzir neuroma de Morton, medindo de eixos 14x5 mm no plano sagital, e no plano axial 7x5mm, fazendo diagnóstico diferencial com bursite intermetatársica. Sugere-se RMN» Decidiu-se avançar para tratamento cirúrgico: objectivo – eliminação/alívio dos sintomas. Procedeu-se a: 1–Exerese em bloco de peça cirúrgica (enviou-se peça cirúrgica para análise-Anatomia Patológica). 2-Operação de McBride (modificada; sem tunelização do adutor do Hallux). Relatório de Anatomia Patológica:Fragmentos constituidos por tecido fibro-adiposo e muscular esquelético, no seio dos quais se identificam vasos de parede espessa e calibre irregular, consistentes com malformação vascular/angiomatose.

Discussão:

Neuroma de Morton não é um verdadeiro tumor, mas sim um processo de fibrose degenerativa que ocorre dentro e sobre o nervo digital plantar. É mais frequente entre os 25 e os 50 anos; 80% ocorrem em mulheres. Existe dor no espaço intermetatársico distal, que pode irradiar distalmente e transversalmente através dos dedos; na maioria das vezes surge no 3º ou 2º espaço intermetatársico; lesões nos 4º e 1º espaços são raras. A etiologia não foi ainda cientificamente comprovada, mas pensa-se poder ser uma neuropatia secundária ao trauma repetitivo e degeneração fibrosa do nervo. Diagnóstico diferencial de Neuroma de Morton: fractura de stress, gânglio da bainha tendinosa, reacção de corpo estranho, tumor da bainha do nervo, capsulite ou bursite ao nível da articulação metatarso-falângica plantar. A neuropatia periférica também pode causar sintomas idênticos, mas estes tendem a ocorrer ao longo dos dedos, e em ambos os pés.

Conclusão:
Hemangiomas são lesões ósseas benignas caracterizadas por espaços vasculares revestidos por células endoteliais. Cerca de 50% são encontrados nos corpos vertebrais. O pico de incidência ocorre na 5ª década de vida. São, em grande parte assintomáticos, sendo encontrados acidentalmente. Podem surgir sobre a superfície do osso, ser intra-corticais, ou endomedulares. Neste caso, deparámo-nos com uma entidade rara, com forma, estrutura e localização raras, dificultando a obtenção do dianóstico final. Após o exame clínico objectivo e os E.C.Diagnóstico, fomos conduzidos a pensar num possí

EP196 - **Avaliação clínica e funcional de 30 doentes submetidos a cirurgia minimamente invasiva (Achilon) por rotura completa do tendão de Aquiles**
R. Correia Domingos, João Sarafana, Gustavo Martins, Luis Cardoso, Estanqueiro Guarda, Gomes Peres
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
Apesar do tendão de Aquiles ser o maior e o mais resistente tendão do corpo humano, a sua rotura é frequente, graças ao incremento da prática desportiva. Esta ocorre sobretudo numa zona de baixa perfusão do tendão, resultando numa lesão altamente incapacitante. Apesar de a cirurgia corresponder nos dias de hoje ao método de tratamento mais eficaz, a técnica cirúrgica a utilizar parece não ser consensual. Quando comparada à técnica clássica (aberta), a técnica minimamente invasiva parece associar-se a menor tempo cirúrgico, menor número de complicações operatórias e a resultados funcionais equivalentes

Material e Métodos:
Foram revistos 30 doentes com rotura do tendão de Aquiles, operados entre 2006 e 2011 pela técnica minimamente invasiva (Achilon), com um follow-up médio de 53 meses. Através da consulta do processo clínico avaliou-se: o mecanismo da lesão, a duração da cirurgia e do internamento pós-operatório, o período de imobilização e de fisioterapia, bem como a taxa de complicações pós-operatórias. A avaliação clínica e funcional foi realizada em consulta, tendo-se avaliado a amplitude de movimento do tornozelo e retropé, a força do tendão de Aquiles (avaliada pela capacidade do doente deambular em bicos de pé) e a massa muscular dos gémeos (comparação com o lado contra-lateral). Foi aplicado a cada doente a escala AOFAS para o retropé, tendo sido também avaliado o grau de satisfação do doente face à cirurgia, e o retorno à actividade laboral e desportiva prévia.

Resultados:
Dos doentes estudados 79% eram do sexo masculino com idade média à data da cirurgia de 42,6 anos (26;75). Em 72% dos casos a lesão ocorreu durante a prática desportiva e todos os doentes foram operados nas 72 horas seguintes à lesão. O tamanho médio da incisão foi de 3,5cm, o tempo médio de cirurgia de 32 minutos (20;40) e todos os doentes tiveram alta nas 48 horas seguintes à cirurgia. A média de imobilização pós cirúrgica foi de 7,6 semanas (4-12), a realização de fisioterapia decorreu durante uma média de 11 semanas e a independência total na marcha ocorreu em média aos 5 meses de pós-operatório (3-12). Nos doentes operados observaram-se 2 complicações, nomeadamente um caso de re-rotura. Na avaliação actual os doentes referiram ter dor média de 1 (0;4), a totalidade retomou a actividade laboral prévia à rotura tendinosa, e 77% a actividade desportiva. Objectivamente a totalidade dos doentes apresentaram força muscular grau V, limitação média de 8° na flexão plantar e uma atrofia muscular média gemelar de 1,5cm (0;3) quando comparada com o lado contra-lateral. Obtivemos um score AOFAS médio de 94,4 (78;100), sendo que do ponto de vista de satisfação apenas 1 doente se manifestou insatisfeito com a cirurgia.

Discussão:
Os resultados obtidos no nosso estudo, demonstram

como a técnica minimamente invasiva (Achilon) está associada a curtos tempos operatórios, baixa incidência de complicações pós-operatórias e a reabilitação precoce. Apesar da atrofia muscular e da ligeira diminuição da amplitude do tornozelo observada, a totalidade dos doentes apresentaram excelentes resultados clínico-funcionais a longo prazo, traduzidos na grande maioria dos casos pela retoma à actividade laboral e desportiva prévia. O único doente insatisfeito com a cirurgia foi o doente no qual ocorreu re-rotura do tendão. O score AOFAS obtido no nosso estudo está dentro das melhores séries publicadas na literatura actual.

Conclusão:
Os autores defendem com este trabalho, a técnica minimamente invasiva (Achilon) como excelente opção terapêutica na rotura aguda do tendão de Aquiles.

EP197 - **Fratura avulsão da tuberosidade do calcâneo. Caso clínico e revisão da literatura.**
Thais Nomi, Germano Nascimento, Raquel Marques, Carmen Silva, José Barata, Carlos Hipolito
(CHMT)

Introdução:
As fraturas avulsão da tuberosidade do calcâneo são raras, constituindo cerca de 1,3-2,7% das fraturas do calcâneo. O seu pico de incidência ocorre nas mulheres durante a sétima década de vida, consequência da osteopenia / osteoporose. Outros fatores de risco foram descritos na literatura, tais como doenças neuropáticas e fármacos (corticoesteróides, fluoroquinolonas, etc). Os mecanismos de lesão possíveis são dorsiflexão violenta do pé, tal como acontece numa queda em altura, contração forçada do gastrocnémio, traumatismo direto e fraturas neuropáticas. Existem 2 tipos de fratura avulsão da tuberosidade do calcâneo: Tipo I –avulsão simples extra-articular e Tipo II – Fratura em língua; sendo que recentemente foi aceite um 3º tipo, a fratura avulsão abaixo da bursa. A mais frequentemente observada é a do tipo I. Existe um grande leque de opções de tratamento que variam de acordo com a idade, exigência funcional do doente e descoaptação do fragmento ósseo. O tratamento conservador poderá ser opção para os casos de descoaptação mínima (<1cm) ou sem descoaptação do fragmento ósseo. O tratamento cirúrgico inclui sutura do fragmento ósseo, sutura com ancoras, osteossíntese em banda de tensão ou osteossíntese com parafuso(s). As complicações descritas são sobretudo para o tratamento conservador: necrose de pele, deformidade de Haglund e diminuição na força de flexão plantar

Material e Métodos:
MMMSA, sexo feminino, 45 anos de idade, com antecedentes de HTA e história recente de trombose venosa profunda do membro inferior direito no pós-operatório de fasciectomia plantar a direita. Seguida em Consulta Externa por tendinite insercional do tendão de Aquiles à esquerda refratária a terapêutica conservadora. Enquanto se aguardava pelo melhor timing cirúrgico, isto é, pela resolução da TVP, optou-se por realizar infiltração com dexametasona pelas queixas incapacitantes da doente. Entretanto a doente refere agravamento súbito de talalgia a esquerda associada a incapacidade de flexão plantar com 15 dias de evolução. Ao exame objetivo não se verificava qualquer lesão de pele e o teste de Thomas era positivo. A ecografia revelou rotura do tendão de Aquiles a nível da inserção calcaneana com pequeno fragmento de 8mm da tuberosidade do calcâneo.

Resultados:
Intraoperativamente foi confirmada a fratura avulsão do calcâneo tipo III, optando-se pela reinserção do tendão com 2 âncoras. Manteve-se imobilização com tala gessada posterior com o pé em equino durante 4 semanas e plantígrado durante mais 3 semanas. Posteriormente iniciou fisioterapia e a marcha com carga total foi permitida às 12 semanas. Aos 7 meses de pós-operatório a doente apresentava função do pé e tornozelo esquerdos normais.

Discussão:
O nosso caso difere dos já relatados na literatura uma vez que se trata de uma doente jovem sem história de osteopenia / osteoporose ou trauma direto, cuja etiologia da fratura avulsão da tuberosidade do calcâneo terá sido a tendinite insercional do Aquiles associada à infiltração com corticoide. Apesar a doente ter uma boa densidade óssea, o fragmento ósseo era pequeno, pelo que se optou por se realizar sutura com âncoras. Quando não submetido a cirurgia emergente, poderá estar associado a complicações relacionadas com a necrose de pele, o que não se verificou neste caso, muito provavelmente pelo facto do fragmento ósseo ser pequeno e não haver aumento da pressão sobre os tecidos.

Conclusão:
Apresentámos este caso dado ser diferente dos já descritos na literatura. O tratamento cirúrgico realizado permitiu um bom resultado final à doente, pelo que revela ser uma opção de tratamento neste tipo de fratura avulsão. Dada a raridade desta patologia a literatura sobre as fraturas avulsão da tuberosidade do calcâneo é ainda escassa pelo que serão necessários mais estudos para preconizar os tratamentos.

EP198 - **Tratamento Cirúrgico da Rotura do Tendão de Aquiles – Revisão Casuística de 10 anos**
Bruno Canilho, Nuno Lança, Nuno Geada, Bruno Mota, Inês Mafra, José Franco
(Nossa Senhora do Rosário)

Introdução:
A rotura do tendão de Aquiles é uma patologia comum com uma incidência crescente. Ocorre habitualmente em indivíduos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 30 e 50 anos, resultando em morbilidade substancial. Aproximadamente 75 a 80% dos casos estão relacionados com acidentes desportivos. O tratamento da rotura do tendão de Aquiles permanece controverso relativamente a uma escolha cirúrgica ou conservadora. Apesar do risco de complicações com a cicatriz operatória, o tratamento cirúrgico apresenta taxas de re-rotura menores comparativamente ao tratamento conservador. O presente estudo retrospectivo pretende: caracterizar demograficamente a população atingida; avaliar o resultado funcional a longo prazo dos doentes submetidos a tratamento cirúrgico por rotura do tendão de Aquiles na nossa instituição e avaliar o grau de satisfação dos doentes submetidos a cirurgia, com o uso de diferentes escalas de avaliação.

Material e Métodos:
Procedeu-se à contabilização nos livros de registo operatório de todas as opções de tratamento cirúrgico de roturas do tendão de Aquiles efectuadas entre 1 Janeiro de 2002 e 31 de Dezembro de 2011. Recolha de informação nos processos clínicos dos doentes identificados que foram posteriormente submetidos a inquérito e avaliação funcional pelo FAOS (Foot and Ankle Outcome Score) e ATRS (Achilles Tendon Total Rupture Score). Os resultados obtidos foram processados estatisticamente.

Resultados:
No período estudado foram identificadas 49 intervenções cirúrgicas por esta patologia. Foram contactados 38 doentes (perda de follow up de 22,45 %, 11 doentes por se encontrarem incontactáveis), com um recuo médio de 56,56 meses (18-129). A idade média dos doentes foi de 42,3 anos (27-66) com um predomínio de indivíduos do sexo masculino, 97,37 %. O período médio entre a rotura e a intervenção cirúrgica foi de 2,5 dias (0-15). O tratamento cirúrgico desenvolvido foi de acordo com a experiência do cirurgião e achados no intra-operatório. Foram realizadas 37 intervenções por via convencional e 1 por via minimamente invasiva. As opções cirúrgicas convencionais foram: Tenorrafia Topo-a-Topo (35,13 %); Técnica de Lynn (29,73 %); Técnica de Bosworth (24,33 %) e Técnica de Lindholm (10,81%). A taxa de complicações da cicatriz operatória foi de 10,52%. O período médio de imobilização pós-operatória foi de 7,34 semanas, após o qual os doentes foram submetidos a regime de fisioterapia com uma duração média de 2,72 meses. A maioria dos doentes, 97,40 % encontra-se sem limitações nas actividades da vida diária. A avaliação subjectiva dos doentes numa escala de satisfação de 0-10 foi de 8,25 (4-10). Segundo a escala ATRS (classificada de 100 a 0, melhor resultado 0 pontos) obteve-se um resultado médio de 12,66 pontos (50-0). Pela escala FAOS (classificada de 0 a 100 pontos, melhor resultado 100 pontos) obteve-se um resultado médio de 82,36 pontos (44-99).

Discussão:
Na nossa série verifica-se um predomínio desta patologia no adulto do sexo masculino, comparável ao referido em estudos semelhantes. A maioria das lesões ocorreu durante a prática desportiva (65,79 %). Das várias opções cirúrgicas realizadas verificou-se um bom resultado funcional de acordo com as escalas ATRS, FAOS e de satisfação do doente. Apresentamos uma baixa taxa de complicações da cicatriz operatória e nenhuma re-rotura.

Conclusão:
A rotura do tendão de Aquiles acarreta morbilidade a longo prazo na população jovem activa. Na nossa casuística verificámos bons resultados funcionais com os tratamentos cirúrgicos desenvolvidos, sem limitações relevantes nas actividades da vida diária, sem re-roturas e uma taxa de regresso a actividade desportiva aceitável, se bem que com um nível de intensidade menor. O tratamento cirúrgico da rotura do tendão de Aquiles permanece uma solução favorável na população

jovem activa.

EP199 - **Braquimetatarsia – alongamento com mini fixator externo: terá a osteotomia por via percutânea uma vantagem?**

Sandra Martins, Virgínia Do Amaral, Sofia Esteves Vieira, Rui Martins, Júlio Marinheiro, Nuno Ferreira
(Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa)

Introdução:
A Braquimetatarsia Congénito é uma deformidade rara do pé. Define-se como um encurtamento anormal de um ou vários metatarsianos causados por um encerramento prematuro da fise. Ocorre o mais comummente no 4º osso metatarsiano e pode atingir apenas um ou vários metatarsianos e uma ou ambas as extremidades. Atinge predominantemente doentes do sexo feminino, tornando-se mais evidente na adolescência.

Material e Métodos:
Apresenta-se um caso clínico de uma adolescente de 14 anos de idade com braquimetatarsia do 4º metatarsiano do pé direito. Foi referenciada a Consulta Externa de Ortopedia por dor localizada ao antepé, especialmente com a marcha prolongada, mas a razão principal da consulta foi o problema estético que deformidade causava. O tratamento eleito para tratar esta condição foi o alongamento do metatarsiano utilizando um mini fixator externo e osteotomia associada, com compressão interfragmentária e distração subsequente após uma semana. A colocação do fixator foi efectuada por via percutânea, assim como a osteotomia médio-diafisária.

Resultados:
A distração iniciou-se gradualmente em cerca de 0.5 mm por dia até um total de 13.5 mm (28 dias). O fixator foi removido após 10 semanas. A doente não referiu queixas álgicas de relevo durante todo o processo. No fim do tratamento a deformidade, o encurtamento e o problema estético foram tratados com sucesso.

Discussão:
A Braquimetatarsia Congénita de um ou vários metatarsianos é predominante entre doentes do sexo feminino, com o 4o metatarsiano sendo o mais comummente afetado. Neste caso, o tratamento ditou-se por uma questão estética inaceitável para a doente com uma metatarsalgia associada. Optamos por efectuar a osteotomia por via percutânea com distração porque consideramos que é fácil executar, é menos traumática e bem tolerada pelos doentes, com resultados clínicos e estéticos muito bons.

Conclusão:
O alongamento dos metatarsianos com a utilização de um mini fixator externo é uma opção que fornece bons resultados no tratamento da Braquimetatarsia em doentes pediátricos e adolescentes. A abordagem cirúrgica percutânea fornece uma boa alternativa dado que é menos traumática e fácil executar. Deixamos em discussão a possibilidade de a osteotomia percutânea ter vantagens no que respeita à consolidação óssea, nomeadmente vantagens biológicas. Serve este tema de motivação e mote para mais investigação e mais estudos da nossa parte.

EP200 - **Arthroscopic Treatment of the Anterior Tibial Eminence Fractures with cannulated screws in teenagers.**

Godino, Vides, Röhr Jr, Enrique Guerado
(Hospital universitario Costa del Sol)

Introdução:
To evaluate the results of the anterior tibial eminence fractures treatment by arthroscopy, with cannulated screws.

Material e Métodos:
A retrospective study of 20 cases classify by a modified Meyers-Mc Keever Zaricznyj classification and treated by arthroscopically set cannulated screws. Patients were evaluated by Lysholm, Tegner, IKDC, and EVA tests.

Resultados:
The average follow-up was 3 years with a minimum of 1 year. After one-year follow up all fractures consolidated. Early full functional recovery was achieved in all patients. Results according to the Lysholm test averaged 95 points. Under the IKDC test the majority of patients became normal. BA medium was 0-130.

Discussão:
.

Conclusão:
Treatment by arthroscopically inserted cannulated screws is an excellent method for the stabilization of the anterior tibial eminence fracture allowing the patient returning to previous sport activity.

EP201 - **Problemática do tratamento do pé cavo neurológico – a propósito de 2 casos clínicos**
Fréderic Da Cunha Ramalho, Tiago Barbosa, Roberto Couto, Maribel Gomes, António Moreira
(Centro Hospitalar do Alto Ave)

Introdução:
O pé cavovaro caracteriza-se por uma alteração tridimensional do pé, incluindo um arco plantar medial elevado, uma flexão plantar do primeiro raio e um calcâneo varo. Tem origem na grande maioria dos casos em patologias neurológicas sensitivo-motoras do tipo Charcot-Marie-Tooth responsável pela atrofia muscular periférica. Uma deformidade flexível resultante do desequilíbrio muscular leva ao desenvolvimento durante o crescimento de uma deformidade rígida com dor e fadiga do pé, instabilidade e alterações da marcha. O tratamento cirúrgico é o tratamento de eleição do pé cavo neurológico. Inúmeros procedimentos reconstrutivos estão descritos na literatura. A tríplice artrodese e as osteotomias combinadas com transferências tendinosas são as duas principais filosofias de tratamento. No entanto, os estudos com resultados a longo prazo são escassos e assim se mantém ainda hoje a dificuldade na escolha do tratamento cirúrgico do pé cavo neurológico. Os autores foram avaliar através de uma revisão da literatura qual o tratamento que apresenta melhor resultado no tratamento do pé cavo neurológico.

Material e Métodos:
Tendo por base 2 casos clínicos de 2 irmãos apresentando pé cavo neurológico com atrofia muscular peroneal, os autores realizaram uma revisão da literatura através de uma pesquisa na Pubmed ® utilizando como descritores “pes cavus”, “deformity” e “treatment”.

Resultados:
A tríplice artrodese apresenta resultados mitigados. O seu uso em doentes com deformidade rígida está indicada e apresenta bons resultados mas que se deterioram com o tempo devido ao aparecimento de queixas do médio pé e as recorrências do pé cavo. A combinação osteotomias mais transferências tendinosas está indicada no pé cavo flexível e em doentes mais jovens. Vários estudo reportam a longo prazo excelentes resultados com taxas de alterações degenerativas e re-intervenções inferiores a tríplice artrodese no pé cavo flexível. Nos casos clínicos relatados, 2 irmãos, atualmente com 18 e 23 anos apresentam atrofia muscular peroneal com quadro clínico compatível com Doença de Charcot-Marie-Tooth mas sem diagnóstico definitivo. Ambos apresentavam um pé cavovaro flexível na altura dos procedimentos cirúrgicos. O mais novo, submetido bilateralmente a osteomias e transferências tendinosas apresenta aos 2 anos um bom realinhamento do pé com resultados funcionais positivos incluindo diminuição das queixas álgicas e melhoria da marcha . O mais velho submetido a artrodese na adolescência , foi igualmente submetido a osteotomias e transferências tendinosas perante a recidiva do pé cavo. Apresenta atualmente um resultado funcional igualmente positivo.

Discussão:
O tratamento do pé cavo neurológico deve ser individualizado a cada doente após realizar um estudo pré-operatório minucioso. Os resultados encontrados na literatura são difíceis de analisar devido a escassa informação sobre os resultados dos diversos tratamentos a longo prazo e ao espectro de grande dimensão da população estudada. O uso de diversas osteotomias e procedimentos nos tecidos moles deve ser o tratamento preconizado em doentes jovens com deformidade flexível conforme descrevem os estudos encontrados na literatura.

Conclusão:
A intervenção precoce do pé cavo neurológico permite restaurar uma postura normal do pé prevenindo ou adiando a necessidade de tratamento ósseos extensos e mais invasivos.

EP202 - **A rotura completa do tendão de Aquiles em adultos: estudo retrospectivo e heterogeneidade no protocolo pós-operatório.**
Miguel Alves De Botton, Augusto Martins, Mário Vale, Filipe Oliveira, Marco Sarmento, Nuno Ramiro
(HOSPITAL DE SANTA MARIA)

Introdução:

A reparação cirúrgica da rotura completa do tendão Aquiles é um opção de tratamento. O tratamento conservador é, na nossa prática clínica, seleccionado apenas para os grupos de risco (Diabetes Mellitus; Neuropatia; Imunosupressão; Idade superior a 65 anos; Tabagismo; Sedentarismo; Obesidade; Doença Vascular periférica; Lesão cutânea local). O objectivo deste estudo foi avaliar os doentes submetidos a tratamento cirúrgico.

Material e Métodos:
De 2008 a 2012 foram avaliados retrospectivamente, os doentes adultos submetidos a tratamento cirúrgico com o diagnóstico de rotura completa do tendão Aquiles. Seleccionámos 29 doentes submetidos a tenorrafia aberta topo a topo (sutura de tipo Krackow) em que avaliámos, retrospectivamente, os dados epidemiológicos, complicações minor e major, o tempo de imobilização, tempo de regresso à actividade laboral e tempo de regresso à actividade desportiva prévia. Os doentes foram ainda avaliados funcionalmente através da escala AOFAS.

Resultados:
Os doentes apresentavam idades compreendidas entre 19 e 71 anos à data da lesão. Um total de 21 homens e 8 mulheres. Quanto à lateralidade, 58,6% das lesões são referentes ao lado esquerdo e 42,4% do lado direito. O mecanismo de lesão mais frequente foi o acidente desportivo. Funcionalmente, com um follow-up mínimo de 6 meses, o score funcional AOFAS médio foi de 91/100. A salientar como complicações minor, quatro casos de dificuldade de cicatrização (sem deiscência) da ferida operatória mas sem evidência de infecção. A referir um caso de deiscência da ferida operatória com necessidade de intervenção cirúrgica (enxerto). Não houve nenhum caso de re-rotura, lesão do nervo sural ou outra complicação major. Os tempos de imobilização gessada variaram entre os 15 e 58 dias após a intervenção cirúrgica. O tempo de regresso à actividade laboral médio foi de 39 dias. O tempo médio de regresso à desportiva prévia foi de 141 dias – foram excluídos os doentes que não tinham actividade física relevante antes da lesão.

Discussão:
Do ponto de vista epidemiológico, o nosso grupo de doentes é similiar à literatura publicada. Nesta opção cirúrgica, salientamos o número reduzido de complicações pós-operatórias contrariando os números apresentados na literatura. Um dos pontos mais controversos deste tema é de facto o protocolo pós-operatório que é muito variável. Por dificuldades inerentes à situação financeira da maioria dos doentes, o período de imobilização gessada é superior ao que está recomendado; porém, é de salientar que os resultados funcionais e tempos de regresso às actividades de vida diária convergem aos 6 meses de follow-up.

Conclusão:
A nossa opção de tratamento cirúrgico foi eficaz tendo em conta esta avaliação retrospectiva. Apesar de estar recomendada a carga parcial nas primeiras 2 semanas com limite da dorsiflexão e mobilização com ortótese após este período, não nos é possível implementar este modelo de protocolo para todos os doentes; no entanto, a médio prazo, os resultados são bons para todos os parâmetros avaliados.

Traumatologia

EP203 - **CAVILHA RETROGRADA PARA ARTRODESE TIBIO-CALCANEANA COMO PROCEDIMENTO DE SALVAMENTO DO MEMBRO EM FRATURA EXPOSTA GRAVE DOS OSSOS DA PERNA COM PERDA ÓSSEA**

Pedro Costa Rocha, Filipe Oliveira, Joaquim Brito, Joana Teixeira, Augusto Martins, Nuno Ramiro
(Hospital Santa Maria - CHLN)

Introdução:
O tratamento das fraturas complexas da tíbia distal, tornozelo e astrágalo com lesão grave das partes moles, perda óssea e articulações não reconstruíveis, em que foi ultrapassada a janela de tempo ideal para a redução e fixação é um desafio. Em tais casos a artrodese primária pode ser uma opção de tratamento.

Material e Métodos:
homem, 48 anos, vítima de acidente de viação, condutor de motociclo que terá sofrido embate com trator agrícola. Admitido no Serviço de Urgência com talas do Membro sup D e Membro Inf E. Após avaliação clínica e imagiológica foram identificadas fratura do rádio distal direito, fratura exposta IIIB do terço distal dos ossos da perna E com perda óssea, fratura supra e intercondiliana do fémur e fratura exposta II da tíbia proximal ipsilaterais. Não apresentava lesão neurovascular. Foi feita a redução incruenta e imobilização gessada do rádio D, lavagem e desbridamento cirúrgico das fraturas expostas e osteotaxia fémuro-tibio-calcanena no membro inferior E. A Cirurgia Plástica realizou cobertura partes moles da perna e tornozelo E com enxerto de pele parcial, colhido da coxa ipsilateral.

Resultados:
No dia 102, dia 15 pós artrodese do tornozelo verificou-se necrose focal do enxerto de pele pelo que o doente iniciou vacuoterapia e no dia 110 foi realizado novo enxerto de pele parcial pela Cirurgia Plástica no tornozelo, tendo o doente alta ao D 123. No seguimento em consulta verificou-se aos 3 meses que as feridas não apresentavam alterações e que existia esboço de calo ósseo. Aos 6 meses o doente realizava carga total no membro inferior esquerdo sem queixas, deambulava com andarilho e o RX mostrava calo ósseo. Aos 12 meses, radiograficamente a artrodese do tornozelo estava conseguida e o doente deambulava sem auxiliares de marcha, sem queixas.

Discussão:
A artrodese calcaneo tibial em fraturas expostas com perda óssea grave e lesão partes moles significativa é uma solução terapêutica de última linha que visa o salvamento do membro. Pode ser sempre discutido se as dificuldades no tratamento e na recuperação com internamento prolongado, cirurgias agressivas e com riscos elevados e reabilitação prolongada justificam o facto de o doente preservar o membro ou se não seria mais vantajoso uma amputação precoce e colocação de prótese. Na abordagem do politraumatizado é determinante a equipa multidisciplinar, em particular no tratamento das fraturas graves dos ossos da perna, a relação da Ortopedia com a Cirurgia Plástica. O resultado obtido foi além das nossas expectativas na capacidade de a cavilha funcionar como fixador interno e com potenciador osteogénico.

Conclusão:
A artrodese calcaneo tibial com cavilha retrograda é uma boa opção de tratamento, como um procedimento de salvação, nas fraturas não reconstruíveis do tornozelo com perda óssea grave e lesão das partes moles significativa.

EP204 - **Papel da utilização de âncoras de sutura no tratamento de fraturas cominutivas da rótula.**

Pedro Farinha Martins, Filipe Torres Sousa, Rita Jerónimo, Joaquim Neves, Álvaro Botelho
(Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio)

Introdução:
As fraturas da rótula constituem cerca de 1% de todas as lesões traumáticas do sistema músculo-esquelético. Ocorrem maioritariamente em indivíduos do género masculino, numa proporção de 2:1. O grupo etário mais afetado situa-se entre os 20 e os 50 anos. Podem resultar de mecanismos diretos ou indiretos. As indicações para o tratamento cirúrgico das fraturas da rótula incluem incongruência articular superior a 2mm, desvio dos fragmentos superior a 3mm ou fratura exposta. Nos métodos cirúrgicos de tratamento estão incluídos a redução aberta e fixação interna (utilização de fios Kirschner, parafusos canulados, parafusos compressivos interfragmentários, arame), patelectomia parcial ou total. A disponibilidade de sistemas de âncoras de sutura, constitui hoje uma alternativa ou um método complementar, às possibilidades de tratamento existentes, face a padrões específicos de fratura.

Material e Métodos:
Exposição de casos clínicos. Três casos clínicos, de pacientes submetidos a redução aberta e fixação interna, com utilização de sistemas de âncoras de sutura, por fraturas cominutivas da rótula. Avaliação clínica e radiológica, com tempo mínimo de follow-up de 12 meses.

Resultados:
Obtido bom desempenho funcional em termos de amplitude articular e força de extensão. Âncoras de sutura bem toleradas e sem interferência com o movimento articular. Sem necessidade da sua remoção cirúrgica. Sem registos de infeção. Cumpridos os objetivos de tratamento em termos radiológicos.

Discussão:
As fraturas cominutivas da rótula, sobretudo com localização aos polos superior ou inferior, constituem um desafio no âmbito da Ortotraumatologia cirúrgica. A disponibilidade de sistemas de âncoras de sutura veio possibilitar uma mais-valia no tratamento destes padrões específicos de fraturas, ajudando a cumprir aqueles que são os objetivos do tratamento cirúrgico: reparação das superfícies articulares da rótula, preservação da máxima substância óssea da rótula e preservação da integridade funcional do mecanismo extensor do joelho.

Conclusão:
A utilização de âncoras de sutura em fraturas cominutivas da rótula, constitui um método alternativo ou complementar de tratamento, permitindo obter bons resultados em termos clínicos/funcionais e radiológicos.

EP205 - **Um caso invulgar de síndrome compartimental do antebraço**

Rodolfo Caria Mendes, Inês Pedro, António Rodriguez De Sousa
(Centro Hospitalar do Oeste)

Introdução:
O síndrome compartimental do antebraço é uma emergência ortopédica que pode comprometer a viabilidade do membro ou até a própria vida do doente. Geralmente ocorre no contexto de fractura, esmagamento ou outros traumatismos major. No entanto este síndrome pode surgir em circunstâncias menos evidentes ou sem história sugestiva.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, 41 anos, que recorre ao SU com quadro progressivo de dor no antebraço e parestesias na mão direita, desde que acordou. Segundo acompanhante esteve embriagado no dia anterior, não tendo memória dos acontecimentos desse dia. Apesar de não ter história de traumatismo major ou ponto de aplicação visível, e a ausência de fracturas no estudo radiográfico, o exame objectivo era sugestivo de síndrome compartimental. Procedeu-se à medição da pressão dos compartimentos do antebraço (Stryker Quick Pressure Monitor Set), sendo a mesma de 40mmHg no compartimento anterior. O doente foi mantido em observação e 4 horas depois, a pressão era 60mmHg. Devido ao agravamento decidiu-se pela fasciotomia do compartimento anterior do antebraço. Nas análises pré-operatórias salientava-se creatinina 3,3 e ureia 121.

Resultados:
Na manhã seguinte verificou-se degradação do estado geral com rabdomiólise maciça e insuficiênica renal aguda por necrose tubular aguda secundária a mioglobinúria. Foi instituída terapêutica dirigida, para aumentar a diurese e o pH urinário. Por agravamento da função renal, o doente foi transferido para Unidade de Cuidados Intensivos e posteriormente para Nefrologia para hemodiálise, tendo alta após 3 semanas, com recuperação da função renal. Voltou à Consulta sem queixas de dor ou parestesias e com função normal do membro.

Discussão:
O síndrome compartimental é um síndrome clínico secundário ao aumento da pressão intersticial de um compartimento muscular, que tenha duração e intensidade suficientes para causar compromisso isquémico e neurológico desse segmento. Pode ocorrer por aumento do volume contido no compartimento (fractura, esmagamento) ou redução do volume do compartimento (queimaduras). Pode estar também ocorrer por causas extrínsecas ao membro (gessos fechado, patologias médicas). A isquémia conduz a necrose muscular maciça (rabdomiólise), com entrada da mioglobina em circulação que precipita nos túbulos renais, causando mioglobinúria e necrose tubular aguda. A necrose muscular pode ser irreversível, levando a contractura de Volkmann ou até amputação. Mesmo após a descompressão cirúrgica, se tardia, pode ocorrer síndrome de reperfusão, com entrada dos

produtos da necrose muscular em circulação, resposta inflamatória sistémica severa, coagulação intravascular disseminada e falência multiorgânica. A medição dos compartimentos é especialmente útil em doentes com alteração do estado de consciência ou do status neurológico, compartimentos dificilmente avaliáveis ao exame objectivo ou em casos duvidosos como este. Se a decisão cirúrgica fosse tomada mais precocemente, a consequente insuficiência renal poderia ser sido atenuada. Por outro lado, a terapêutica médica preventiva da mioglobinúria (estimulação da diurese, alcalinização da urina) poderia ter sido iniciada mais precocemente, provavelmente diminuindo a lesão renal.

Conclusão:
O síndrome compartimental é uma patologia que pode comprometer o membro afectado ou até a vida do doente, se não for tratada. O diagnóstico é essencialmente clínico e exige um alto grau de suspeita. No entanto, em alguns doentes, a medição dos compartimentos pode ser um factor determinante para a decisão de proceder à fasciotomia, nomeadamente naqueles em que o quadro é pouco esclarecedor. Após confirmação diagnóstica, o tratamento cirúrgico é emergente, devendo idealmente ser efectuado até às 6 horas após a lesão. É importante o controlo analítico seriado da função renal e dos marcadores de lesão muscular para a detecção precoce da mioglobinúria e degra

---

EP206 - **Pseudoartrose pós fratura acetabular tratada por fixação per-cutânea**

Ruben Lopes Da Fonseca, Carlos Pina, Miguel Nascimento, Marcos Carvalho, Ana Inês, António Lopes Figueiredo
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
As fraturas acetabulares permanecem um dos maiores desafios da traumatologia. São lesões complexas que necessitam de uma boa compreensão do padrão da lesão por parte do cirurgião ortopédico com vista ao sucesso do seu tratamento. A obtenção de um bom resultado no tratamento destas fraturas está dependente do restauro de uma anca estável e congruente com uma redução anatómica da superfície articular.

Material e Métodos:
Caso clínico, doente do sexo masculino de 21 anos de idade, vítima de acidente de trabalho, encarceramento, do qual resultou fratura acetabular da coluna anterior alta, com desvio mínimo, submetido tratamento conservador com repouso no leito durante 6 semanas. Após esse período iniciou levante e treino de marcha com apoios externos. Referiu sempre queixas álgicas com a carga que o impossibilitaram de exercer a sua atividade laboral. Verificou-se posteriormente, em avaliação radiológica, a presença de pseudoartrose. O doente foi submetido a tratamento cirúrgico. Realizou-se fixação per-cutânea da fratura com a colocação de 2 parafusos retrógrados ilíacos supra acetabulares e um 3º parafuso anterógrado à coluna anterior. Sob controlo de intensificador de imagem.

Resultados:
O doente iniciou levante no 1º dia pós-operatório, com desaparecimento completo das queixas álgicas, teve alta para domicilio ao 2º dia, com indicação de marcha com canadianas em carga parcial. Às 12 semanas apresentava sinais radiológicos de consolidação da fratura tendo iniciado carga total. Retomou a sua atividade laboral sem restrições às 16 semanas.

Discussão:
As fraturas do acetabulo são lesões que normalmente requerem tratamento cirúrgico excepto se estiverem presentes certos critérios de tratamento conservador, tais como: um tecto acetabular intacto, uma cabeça femoral congruente com o acetábulo intacto tanto nas incidências AP e Judet sem tração, no caso de fraturas da parede posterior um envolvimento de menos de 40% na TAC, e fraturas com menos de 1-2 mm de desvio. Neste caso clínico, apesar do desvio mínimo da fratura o doente desenvolveu uma pseudoartrose o que constitui uma complicação extremamente rara neste tipo de lesões, sendo poucos os casos descritos na literatura. A pseudoartrose pós fratura acetabular, sendo rara, encontra-se associada a um traço transverso ou fraturas da parede posterior, requere estabilização cirúrgica, e habitualmente evolui para uma coxartrose pós traumática. No caso apresentado o factor fundamental no desenvolvimento de uma pseudoartrose foi considerado a ausência de estabilidade mecânica adequada. A estabilização per-cutânea permite uma abordagem minimamente invasiva, condicionando uma recuperação rápida para o doente com menor morbilidade.

Conclusão:

A pseudoartrose é uma rara complicação das fraturas acetabulares, numa situação semelhante a esta, com desvio mínimo, a fixação per-cutânea é uma opção viável, uma vez que se trata de uma pseudoartrose vascularizada, sendo necessária a estabilização mecânica do foco de fratura de modo a proporcionar um ambiente mecânico favorável a consolidação óssea.

EP207 - **TRATAMENTO DE PSEUDARTROSE DA DIÁFISE FEMORAL – OSTEOTAXIS COM ILIZAROV**

Cláudia Martins, Amilcar Valverde, Isabel Garcia, Marco Lucas, Teresa Tomé, José Mousinho
(CHLP - Hospital de Santo André - Leiria)

Introdução:
O fémur é o osso mais forte e de maiores dimensões na espécie humana, envolvido pela vasta musculatura da coxa. As fracturas da diáfise femoral são fracturas de alta energia. São geralmente fracturas fechadas concomitantemente associadas a outros traumatismos que resultam de acidentes de viação. Após exclusão de outras lesões, o diagnóstico de fractura do fémur deve ser complementado com exames imagiológicos. O tratamento é cirurgico – encavilhamento, osteossíntese com placa ou fixação externa. As complicações de uma osteossíntese com placa são variadas: atraso de consolidação (19%), pseudartrose (10%) ou infecção (5%). A pseudartrose pode ser tratada com nova osteossíntese com placa (4,6% de recidiva), ou através do encavilhamento com descorticação dos fragmentos e enxerto ósseo, ou osteotaxis com fixador Ilizarov. Apresenta-se um caso clínico de uma fractura da diáfise do fémur cuja osteossíntese com placa complicou com pseudartrose, tendo sido utilizados outros métodos de fixação para atingir a consolidação, que serão descritos.

Material e Métodos:
Será descrito o caso de um doente do sexo masculino, com antecedentes patológicos de fractura subtrocantérica da coxa esquerda aos 9 anos, consolidada com encurtamento de 2,5cm. Aos 38 anos, doente foi vítima de acidente de viação, do qual resultou fractura da diáfise do fémur (32 – B3 da Classificação AO), tratada com osteossíntese com placa DCP de 4,5mm (16 buracos e 15 parafusos) e descorticação dos segmentos. O doente foi observado periodicamente em consultas de follow-up, para avaliação clínica e radiológica do estadio de consolidação da fractura.

Resultados:
Após 16 meses da primeira cirurgia, o doente apresenta pseudartrose e fractura do material de osteossíntese aplicado, pelo que foi tratada, após 9 meses, com encavilhamento, encurtamento e descorticação do fémur, enxerto ósseo e factores de crescimento. Cerca de 7 meses depois, dada a sintomatologia de gonalgia mecânica, encurtamento de cerca de 70mm e persistência de pseudartrose, é efectuada a dinamização do encavilhamento Dezoito meses depois, aos 39 meses de evolução da fractura inicial, foi feita osteotaxis com fixador Ilizarov e osteotomia distal do fémur para alongamento do fémur. O doente regressou à sua actividade diária dependente com utilização de ortótese após ao 1 semana após a fixação com Ilizarov, tendo sido feitos ajustes periódicos do fixador externo no local da pseudartrose e no local da osteotomia distal. Actualmente, o doente apresenta ligeira rigidez do joelho esquerdo, sem dismetria realizando marcha sem auxílio de ortótese. Radiologicamente, apresenta consolidação da pseudartrose e um bom regenerado no alongamento do fémur.

Discussão:
Este caso mostrou que o tratamento de uma pseudartrose da diáfise femoral com encavilhamento foi complicado com persistência da pseudartrose. A alternativa executada (osteotaxis com fixador Ilizarov) teve como objectivo a aplicação de um foco de compressão na pseudartrose e de um foco de distracção/alongamento na osteotomia. Salienta-se o longo período de tratamento da pseudartrose – cerca de 3,5 anos – que teve um grande impacto na qualidade de vida quotidiana e profissional do doente.

Conclusão:
O caminho percorrido no tratamento da pseudartrose da diáfise femoral, apesar de longo teve um desfecho positivo. Este método de tratamento de pseudartrose, mostrou ser uma boa alternativa no tratamento deste tipo de complicação.

EP208 - **A propósio de um caso clínico - Tratamento de Fractura-avulsao da espinha anterior da tíbia num adulto**

Glória Magalhães, Ricardo Gonçalves, Ana Lopes, Pedro Campos, Clara Júlio, Daniel Sá Da Costa
(Hospital de Vila Franca de Xira)

Introdução:
As fracturas da espinha da tíbia são classicamente descritas como sendo lesões raras e típicas em crianças e, portanto extremamente raras em indivíduos com esqueleto maturo. As fracturas da espinha da tíbia são avulsões da inserção do Ligamento cruzado anterior (LCA) e que poderão envolver a superfície articular da tíbia. São classificadas em 3 tipos de acordo com o grau de descoptação: tipo 1 se não descoptadas ou minimamente descoptadas, tipo 2 se parcialmente descoptadas e tipo 3 se a descoptação é completa (geralmente associada a rotação). Os autores descrevem um caso de uma fractura avulsão da espinha da tíbia associada a fractura do planalto lateral

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino de 40 anos, vitima de entorse do joelho esquerdo em flexão, rotação externa e valgo associada a queda e contusão. Recorre ao Serviço de urgência por dor, edema e incapacidade de marcha . Após a realização de exames complementares de diagnóstico - radiografias do joelho e tomografia computorizada – foi feito o diagnóstico de fractura - avulsão da tíbia anterior com fractura do planalto externo (Schatzker grau 1) Por via artroscópica foi submetido a redução e fixação da espinha da tíbia com parafuso canulado. Concomitantemente, foi fixado o planalto externo, percutaneamente, com 1 parafuso canulado. No pós-operatório houve imobilização do joelho com ortotese de controlo da flexão/ extensão. Iniciou marcha com carga parcial após 10 dias.

Resultados:
Com 6 meses de follow up o doente faz marcha sem dificuldade. O joelho encontra-se sem instabilidade ou dor à mobilização.

Discussão:
O tratamento de fracturas do tipo 1 poderá ser conservador com imobilização do joelho em extensão ou flexão a 20º durante 6 semanas. No entanto, a reavaliação deve ser constante, e deve-se ter em conta que a rigidez é uma complicação frequente. Nas fracturas tipo 2 e 3 o tratamento cirúrgico é o tratamento de eleição. A técnica que actualmente é aceite como padrão é redução por via artroscópica e fixação com parafusos, fios de sutura não reabsorvíveis ou banda de tensão. Segundo a literatura, a idade (> a 18 anos), a cominução e um maior tempo de imobilização são factores de pior prognóstico. A técnica de fixação (parafusos versus fios de sutura) não apresenta alterações significativas em termos de prognóstico; embora a fixação com fios de sutura não absorvíveis apresente menor risco de cominução, lesão do feixe neurovascular e de reintervenção por intolerância ao implante. Este doente apresenta uma factura avulsão associada a uma fractura do planalto externo que é extremamente raro. O facto de apresentar alterações degenerativas a nível do planalto externo poderá condicionar o prognóstico.

Conclusão:
Os autores recomendam que este tipo de fractura seja tratado por via artroscópica e com fixação interna. As fracturas da espinha da tíbia estão associadas a rigidez e a instabilidade; a diminuição do tempo de imobilização associada a uma boa recuperação fisiátrica poderá ser essencial para o bom prognóstico funcional.

EP209 - **Fractura-luxação bilateral do cotovelo - Caso Clínico**

António Jorge Mendes, Vasco Oliveira, João Pedro Antunes, Daniel Peixoto, Carlos Alberto Pereira, Fernando Pereira
(Hospital Distrital Figueira da Foz)

Introdução:
A luxação do cotovelo é uma lesão relativamente comum, estando, muitas vezes, associada à prática desportiva. pode ocorrer apenas com lesão dos tecidos moles ou, em casos mais graves, estar associada a lesões ósseas, nomeadamente fracturas da cabeça radial, do processo coronóide ou ainda do olecraneo. Pela predisposição à rigidez que o cotovelo apresenta, o tratamento destas lesões coloca, muitas vezes, um desafio para o ortopedista.

Material e Métodos:
Apresentação de caso clínico observado no Serviço de Urgência do nosso hospital por fractura-luxação bilateral do cotovelo.

Resultados:
Jovem do sexo masculino, 18 anos de idade, que recorre ao Serviço de Urgência na sequência de uma queda enquanto andava de skate. A queda ocorreu com os membros superiores em extensão. À entrada, apresentava dor e impotência funcional de ambos os membros superiores com deformidade evidente a nível dos cotovelos. A avaliação radiológica revelou luxação

póstero-lateral e fractura da cabeça radial tipo Mason I do cotovelo esquerdo e luxação póstero-lateral com fractura da cabeça radial tipo Mason II associada a fractura tipo II do processo coronóide do cotovelo direito. Ambas as luxações foram reduzidas com sucesso de forma ortopédica, confirmada por nova avaliação imagiológica. Dada a complexidade das lesões à direita foi pedida avaliação por TAC. Procedeu-se a suspensão braqueal do membro superior esquerdo e a redução aberta e fixação interna, utilizando uma dupla abordagem interna e externa, da fractura da cabeça radial e do processo coronóide

Discussão:
Após o tratamento cirúrgico, o doente apresentou mobilidades activas e passivas normais do cotovelo esquerdo; o cotovelo direito apresentou marcada limitação quer da flexão-extensão, quer na prono-supinação; apesar desta limitação, não condiciona incapacidade para a realização das AVDs.

Conclusão:
As lesões do cotovelo colocam um desafio para o cirurgião ortopédico, não só pela eventual complexidade das lesões presentes, como também pelos resultados, por vezes decepcionantes, do seu tratamento.

EP210 - **Fractura proximal fémur em doente com doença de Paget. Que solução?**
Mafalda De Noronha Lopes, Francisco Santos, Ricardo Rocha, Miguel Pádua, Pedro A. Leitão, Pedro Beckert
(Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca - Amadora/Sintra)

Introdução:
A doença de Paget foi descrita pela primeira vez em 1877, por Sir James Paget. Trata-se de uma doença metabólica de etiologia desconhecida, caracterizada por um aumento patológico da actividade osteoclástica. O turnover ósseo está aumentado e conduz a um processo destrutivo seguido de outro reparativo embora o osso formado contenha uma textura anárquica e uma resistência mecânica muito inferior ao osso com características normais. Este facto é responsável pela dor e deformidade progressivas que caracterizam esta doença. Em casos de doença avançada, a actuação terapêutica pode tornar-se um desafio.

Material e Métodos:
Reporta-se caso clínico de doente do sexo feminino, 57 anos, com antecedentes de doença de Paget femoral, diagnosticada há 12 anos. Parcialmente dependente nas actividades da vida diária, segundo Índice de Katz (Índice de Actividades de Vida Diária). A doente foi trazida ao nosso SU após queda no domicílio com contusao da anca direita.

Resultados:
Radiograficamente observa-se a característica aparência de uma doença de Paget em estádio muito avançado, com zonas líticas e alterações escleróticas com espessamento exuberante da cortical. A típica deformidade em "cajado de pastor" é evidente. Destaca-se fractura intracapsular, de traço vertical (tipo III de Pauwels), com desvio (Garden tipo IV) proximal do fémur direito. O tratamento foi cirúrgico e a doente foi submetida a ressecção da extremidade proximal fémur. Intraoperatoriamente constatou-se consistência pétrea da cabeça femoral. A cirurgia decorreu sem intercorrências e actualmente a doente encontra-se sem queixas álgicas tendo voltado ao seu status funcional pré-operatório.

Discussão:
O objectivo do tratamento das complicações da doença de Paget deverá passar pelo o alivio sintomático da dor. Dado o contexto da doente, parcialmente dependente nas actividades da vida diária, com uma deformação acentuada óssea, a ressecção femoral proximal pareceu-nos a melhor opção terapêutica, neste caso. A fixação da cabeça ou a substituição artroplástica foram ponderadas, mas o contexto clínico e imagiológico da doente fizeram-nos optar pela ressecção proximal femoral (procedimento de Girdlestone).

Conclusão:
A doença de Paget é uma doença frequente. Em casos de doença avançada, a actuação terapêutica pode tornar-se um desafio, sendo necessário ter em conta o contexto do doente e os potenciais benefícios e malefícios de uma intervenção mais agressiva. O tratamento geralmente preconizado para fracturas intracapsulares proximais do fémur é a fixação da cabeça ou a substituição artroplástica. Em casos de fracturas tipo III de Pauwels e Garden IV a substituição artroplástica seria, à partida, o tratamento a escolher. No entanto, dado, não só o contexto clínico mas também imagiológico com uma deformidade exuberante do fémur, o procedimento de Girdlestone

foi o tratamento escolhido, permitindo que a doente voltasse ao seu estadio funcional prévio, sem complicações decorrentes do gesto cirúrgico.

EP211 - **Fractura periprotética supracondiliana bilateral - Caso clínico**

Marcos Carvalho, Sandra Santos, Alfredo Figueiredo, Miguel Nascimento, Joana Bento, António Mendonça
(Centro Hospitalar Universitário de Coimbra)

Introdução:
A fractura periprotética supracondiliana é uma patologia rara, sendo a mais comum das que ocorrem associadas à artroplastia primária do joelho. Esta tem uma incidência de 0,3-2,5%, e é mais frequente em doentes com osteoporose e idade superior a 60 anos, a maioria consequência de traumatismos de baixa energia (queda). Embora menos comum, este tipo de fractura pode verificar-se bilateralmente associada a traumatismos de alta energia (acidentes de viação). O objectivo do trabalho pretende avaliar a eficácia da metodologia terapêutica e tipo de osteossíntese, num doente politraumatizado grave com fractura rara.

Material e Métodos:
Mulher de 78 anos de idade, com antecedentes de artroplastia total do joelho bilateralmente, vítima de acidente de viação, do qual resultou traumatismo toracico grave, com vollet costal à esquerda e fractura periprotética supracondiliana bilateral, OTA: 33-A3 / Tipo II - Classificação Lewis e Rorabeck. Constatou-se a existência de uma ferida do 1/3 ântero-inferior da perna direita e ausência de défices neurovasculares periféricos. A abordagem inicial consistiu na estabilização do compromisso ventilatório, com colocação de dreno torácico, ventilação mecânica invasiva e internamento no Serviço de Medicina Intensiva (SMI). No Serviço de Urgência foi ainda efectuada lavagem abundante das feridas, imobilização com tala gessada posterior e vigiados potenciais sinais de lesão neurovascular dos membros inferiores. Após 6 dias, foi submetida a redução fechada com fixação interna, com encavilhamento endomedular retrógado do femur, bilateralmente.

Resultados:
O pós-operatório imediato decorreu sem intercorrências major. A doente manteve-se internada no SMI por agravamento do quadro respiratório com pneumonias de repetição, tendo tido alta 4 meses após a entrada. Aos 5 meses são evidentes sinais de consolidação óssea, iniciou levante para cadeira de rodas e mantém um plano de reabilitação física, apresentando uma evolução clínica favorável.

Discussão:
A terapêutica usual neste tipo de fracturas é maioritariamente cirúrgica, variando a abordagem/implante, de acordo com o tipo/ localização da fractura, capital ósseo intrínseco e potencial de recuperação funcional do doente. Neste caso, dadas as fracturas extra-articulares metafisárias complexas, a idade da doente e gravidade clínica, a opção foi o encavilhamento endomedular retrógado do fémur bilateralmente. Como vantagens do procedimento destacam-se a menor agressividade, desvascularização periostal ou risco de pseudartrose quando comparado com a osteossíntese por placa. Realça-se ainda no bloqueio distal da cavilha à esquerda, a opção por parafuso e lâmina em espiral, dada a maior complexidade do traço e reduzido capital ósseo, permitindo minimizar o risco de protusão da cavilha para o joelho numa fractura mais complexa. Assume-se como principal complicação deste tipo de implante o potencial desvio rotacional varo/valgo observado

Conclusão:
A fractura periprotética supracondiliana é uma patologia rara, com elevado potencial de lesão neurovascular e impacto óbvio na funcionalidade do membro, com implicações relevantes em termos de tratamento cirúrgico, seguimento e terapêutica complementar. A opção pelo encavilhamento endomedular retrógado do fémur revelou-se uma opção válida nesta doente, sendo no entanto essencial o aprofundamento e aperfeiçoamento das diferentes opções terapêuticas, uma vez que é expectável um aumento significativo deste tipo de fracturas, dado o número em expansão de artroplastias do joelho realizadas e do nível crescente de actividade física da população idosa.

EP212 - **Fractura-avulsão da Tuberosidade Anterior da Tíbia em Jogador de Futebol**

Teresa Oliveira, Ricardo Antunes, João Deus Froufe, João Faria, António Martins
(Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A fractura-avulsão da tuberosidade anterior da tíbia (TAT) é uma lesão rara, constituindo 0,4 a 2,7% de todas as epifiólises. Ocorre tipicamente em rapazes entre os 13 e os 17 anos durante a prática desportiva e é provocada por um mecanismo de contracção violenta e rápida do quadricípite (durante um salto ou remate). Esta contracção origina uma força de tracção do tendão rotuliano sobre a sua inserção tibial, provocando a lesão da fise tuberositária.

Material e Métodos:
Descreve-se o caso clínico de um rapaz de 12 anos, praticante de futebol federado, que sofre episódio de dor súbita no joelho esquerdo após remate, sem história de traumatismo directo ou queda. No Serviço de Urgência observa-se dor à extensão do joelho, edema e incapacidade para marcha. Realizou-se Rx simples dos joelhos que documentam fractura-avulsão da TAT grau C na classificação de Watson-Jones ou IIa na classificação de Ogden. Observou-se também lesão compatível com doença de Osgood-Shlater no joelho contralateral. O doente foi submetido a redução aberta e fixação interna da fractura por osteossíntese da TAT com dois parafusos inter-fragmentários com anilha.

Resultados:
O período pós-operatório decorreu sem intercorrências. O doente manteve tala gessada e descarga total durante 6 semanas. Após remoção da tala colocou joelheira articulada e iniciou fisioterapia e carga parcial com canadianas. A carga completa foi iniciada aos 2 meses pós-operatórios. O material de osteossíntese foi removido aos 6 meses pós-fractura, sem intercorrências. Uma vez que se apresentava sem queixas, o doente reiniciou a sua prática desportiva de modo progressivo, encontrando-se neste momento a treinar sem limitações.

Discussão:
A maior incidência no sexo masculino está relacionada com uma idade de encerramento da epífise tibial proximal mais tardia e a prática de desportos mais vigorosos nos rapazes. A associação deste tipo de lesão com a presença de Doença de Osgood-Shlatter tem sido frequentemente descrita na literatura, não se confirmando no entanto uma relação de causalidade.

Conclusão:
Este caso documenta um caso típico de fractura-avulsão da TAT. É uma lesão rara, fortemente associada à prática desportiva, com muito bom prognóstico e poucas complicações documentadas.

EP213 - **Fratura avulsão da cabeça do perónio, apresentação de dois casos clínicos**
Ana Facanha, Afonso Ruano, Renato Neves, Maria Luísa Fardilha, Raul Cerqueira, Susana Pinto
(ULS Nordeste)

Introdução:
As fraturas avulsão são causadas por contração muscular súbita ou tração sobre inserção tendinosa ou capsular. O joelho é uma articulação particularmente sujeita a esta lesão, pelas suas numerosas inserções tendinosas e ligamentares. O complexo ligamentar lateral do joelho é constituído pelo tendão do bicípite femoral e fáscia lata inseridos na tíbia, perónio e rotula, especialmente sujeito a lesão, se o joelho for submetido a stress em varo. O nervo peroneal comum está intimamente relacionado com as estruturas posterolaterais do joelho, sendo que lesões deste nervo são comuns em casos de fratura da cabeça peroneal ou lesões do complexo ligamentar lateral.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, de 71 anos, sofre acidente com trator (atropelamento), do qual resulta trauma do joelho esquerdo. Apresenta-se ao exame objetivo inicial com claudicação, edema do joelho, sem derrame aparente e dor à movimentação do joelho. Sem instabilidade articular aparente. Radiologicamente verifica-se avulsão de fragmento da extremidade proximal do peróneo esquerdo. Adiado tratamento cirúrgico por 5 dias, pela medicação antiagregante do doente (clopidogrel). Intraoperatoriamente foi feita a sutura do ligamento lateral externo e ancoragem do fragmento ósseo com Safil ® 2/0. Doente teve alta sem queixas álgicas e deambulando com apoio de canadianas e tala de imobilização (tipo Depuy). Descreve-se outro caso de um doente, do sexo masculino, de 76 anos, que sofre queda da própria altura. É observado no serviço de urgência, tendo alta por não serem detectadas lesões agudas. Volta ao serviço de urgência, dois dias depois, por manter dor e edema do joelho esquerdo. Apresenta-se com dor, edema e rubor da articulação. Apresenta ainda, instabilidade lateral interna. Radiologicamente, constata-se avulsão de pequeno fragmento ósseo da cabeça do peróneo esquerdo. Foi feita a ancoragem do ligamento colateral lateral e capsuloplastia. Observou-

se estiramento do nervo peroneal comum sem outras lesões aparentes. Teve alta com tala de imobilização e sem queixas álgicas.

Resultados:
Após cinco semanas de seguimento, o primeiro doente retira tala e mobiliza activamente o membro. É encaminhado para Fisiatria para mais rápida e eficaz reabilitação. O segundo doente apresenta-se em consulta externa, cerca de duas semanas após a cirurgia, com dor e parestesias no pé esquerdo. Apresentava edema e incapacidade de dorsiflexão. Após fisioterapia, consegue movimentar o pé e as parestesias desaparecem.

Discussão:
As fraturas avulsão da cabeça do peróneo podem resultar de lesão do complexo arqueado, inserido na apófise estilóide do peróneo. Radiologicamente, é característico o sinal arqueado, cuja visualização pode ser dificultada pela interposição da tíbia posterior. Outro mecanismo de lesão é avulsão do tendão do bicípite femoral. A aparência radiológica é de um fragmento emergente da face lateral da cabeça peroneal, embora a diferença entre os dois possa ser difícil. Se o joelho se apresentar estável e não existirem aparentes lesões neurológicas, pode-se optar pelo tratamento conservador. A reparação cirúrgica deve ser cuidadosa, uma vez que as fraturas avulsão da cabeça do perónio, com associada disrupção da inserção do bicípite, levam a deslocamento anterior da normal posição do nervo peroneal comum. Alguns autores advogam que a exploração do nervo deve ser sempre feita, independentemente de existir lesão neurológica ou não.

Conclusão:
As fraturas avulsão têm um aspeto radiológico frequentemente benigno, associadas frequentemente a uma clinica frustre, levando ao não tratamento de lesões potencialmente desestabilizadoras articulares e neurológicas. Sempre que exista duvidas, deve-se completar estudo radiológico com exames de TC ou RMN. O tempo operatório é também importante: a partir das três semanas pós lesão, o hematoma organizado e tecido cicatricial tornam a identificação e isolam

---

EP214 - **Luxação do Joelho no Serviço de Urgência – Caso Clínico**

Carlos Pedrosa, Hugo Constantino, António Camacho, Nuno Diogo, Eduarda Vidal, Francisco Nogueira
(Hospital Curry Cabral)

Introdução:
A luxação do joelho constitui uma lesão traumática pouco frequente que resulta mais frequentemente de um traumatismo de alta energia e constitui uma verdadeira urgência ortopédica pelo risco de perda do membro. O diagnóstico é habitualmente imediato pela deformação óbvia do joelho, no entanto, até metade dos casos podem apresentar-se espontaneamente reduzidos podendo levar a uma subvalorização da gravidade da lesão.

Material e Métodos:
Os autores relatam um caso clínico abordado no contexto do serviço de urgência de um doente do sexo masculino, caucasiano, 44 anos de idade, vítima de traumatismo lombar e do joelho direito em resultado da queda de um portão sobre a região lombar. O doente apresentava uma deformação evidente do joelho direito e o membro encontrava-se imobilizado com talas de madeira. Os exames radiográficos revelaram tratar-se, segundo a classificação descritiva de Kennedy, de uma luxação do joelho resultante de um mecanismo rotacional com deslocação postero-medial da tíbia relativamente ao fémur e com provável perfuração em botoeira da cápsula articular pelo côndilo femoral externo. Testes de stress realizados com auxílio de intensificador de imagem revelaram lesões dos ligamentos cruzado posterior e colateral lateral, tratando-se assim de uma luxação do tipo KD I, segundo a classificação anatómica de Schenck, sem evidência de fractura ou compromisso neurovascular.

Resultados:
No bloco operatório procedeu-se a redução fechada da luxação sob anestesia geral. A lesões ligamentares decorrentes do traumatismo resultaram em significativa instabilidade articular pelo que se procedeu a imobilização com fixador externo com o joelho em flexão na posição de maior estabilidade articular. O doente manteve sempre pulsos da extremidade distal do membro palpáveis, antes e após a redução da luxação. Procedeu-se ainda à avaliação da perfusão distal do membro com doppler que demonstrou a presenta de fluxos arteriais trifásicos. Manteve-se apertada vigilância da perfusão distal não se tendo verificado quaisquer sinais de evidência de isquemia aguda.

Discussão:
Os autores apresentam um caso clínico de luxação do joelho com o objectivo de rever a sua abordagem no contexto do serviço de urgência e as suas principais complicações que consistem na lesão ligamentar e neurovascular. A lesão ligamentar resultante da luxação está directamente relacionada com o grau e direcção do deslocamento e poderá resultar em significativa instabilidade articular após a redução. A lesão vascular da artéria poplítea constitui um sério risco de perda do membro e pode resultar de lesão arterial completa com isquemia aguda imediata ou de lesão da íntima e trombose tardia, pelo que é fulcral a vigilância da perfusão distal do membro. A lesão neurológica é menos habitual e está habitualmente associada à lesão do nervo peroneal comum nas luxações rotacionais posterolaterais.

Conclusão:
As luxações do joelho são lesões pouco frequentes mas com complicações potencialmente graves. O reconhecimento imediato da lesão é fundamental para o prognóstico e a integridade neurovascular deve ser avaliada rotineiramente durante vários dias após a lesão para assegurar que as complicações mais graves não se desenvolvem ou são imediatamente tratadas.

EP215 - **Um Caso de Fractura Bilateral do Acetábulo na Criança: duas fracturas, duas opções terapêuticas.**
Luis Melo Tavares, Cristina Alves, Inês Balacó, Pedro Cardoso, Tah Pu Ling, Gabriel Matos
(Serviço de Ortopedia Pediátrica do CHUC, EPE- Hospital Pediátrico)

Introdução:
As fracturas pélvicas são raras na criança (incidência anual: 1/100000), sendo que as fracturas acetabulares correspondem a 1-15% destas lesões, com um ratio ?:? de 4:1. Estas fracturas resultam de traumatismos de alta energia (acidentes de viação / atropelamento) e estão associadas a um elevado risco de morbilidade. Em idade pediátrica, as fracturas acetabulares ocorrem predominantemente em adolescentes com a cartilagem trirradiada encerrada, pela existência de uma menor elasticidade óssea e menor percentagem de cartilagem a nível acetabular. É frequente estar associada luxação da cabeça femoral, que é posterior em 90% dos casos. As indicações terapêuticas das fracturas acetabulares em idade pediátrica são pouco claras e envoltas em alguma controvérsia.

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clinico de uma criança de 13 anos, sexo feminino, vítima de acidente de viação com capotamento, politraumatizada, com fractura bilateral do acetábulo. À entrada no Serviço de Urgência apresentava-se hemodinamicamente estável, consciente e orientada no tempo e espaço, com encurtamento do membro inferior direito associado a queixas álgicas intensas.

Resultados:
O RX da Bacia e a TAC permitiram identificar fractura complexa acetábulo direito com luxação central da cabeça femoral (Watts tipo D; Letournel tipo H- 'T shaped') e fractura minimamente desviada do acetábulo esquerdo (Watts tipo B; Letournel tipo B). Foram excluídas lesões vasculares ou génito-urinárias. Foi submetida a redução incruenta urgente da fractura-luxação da anca direita, com aplicação de tracção cutânea de 3kg. Após 4 dias, procedeu-se a cirurgia electiva, que consistiu em redução aberta por abordagem de Kocher-Langenbeck e osteossintese de fractura do acetábulo direito com 2 placas de reconstrução. A fractura do acetábulo esquerdo foi alvo de tratamento conservador. A adequação da redução de ambas as fracturas foi verificada intra-operatoriamnete com a realização de fluoroscopia 3D. Não apresentou complicações no intra ou pós-operatório imediato, tendo alta ao 7º dia pós-operatório, com indicação para realizar descarga total (cadeira de rodas) durante 8semanas. Decorridos 4 meses após a cirurgia, a doente faz marcha com carga total e está a fazer fisioterapia. Tem mobilidade simétrica e indolor das ancas, mantendo uma redução anatómica das fracturas acetabulares e ausência de sinais de necrose avascular da cabeça femoral.

Discussão:
A fractura-luxação da anca é uma emergência ortopédica. A redução da luxação deve ocorrer nas primeiras 6 horas, de modo a evitar osteonecrose da cabeça femoral. Após a redução, é recomendado novo estudo imagiológico para se decidir qual a melhor abordagem terapêutica definitiva. A complexidade anatómica do acetábulo e bacia, associada à dificuldade de realizar uma classificação da fractura que permita inferir um tratamento/prognóstico bem definido, fazem com que as indicações terapêuticas das fracturas acetabulares em idade pediátrica sejam controversas.

No entanto, existe algum consenso no sentido de que o tratamento cirúrgico será benéfico para fracturas acetabulares com desvio > 2 mm, fracturas-luxação com instabilidade posterior (> 50% superfície articular) e/ou subluxação medial persistente, fractura-luxação central, presença de fragmentos intra-articulares e fracturas expostas.

Conclusão:
O tratamento das fracturas acetabulares em idade pediátrica deve ser ponderado caso a caso, de acordo com a idade, padrão de fractura, estabilidade do anel pélvico, estabilidade hemodinâmica e presença/extensão de lesões associadas.

EP216 - **Fixação posterior percutânea no politraumatizado com traumatismo dorso-lombar: caso clínico**

Sandra Santos, Marcos Carvalho, Alfredo Figueiredo, Paulo Lourenço, António Mendonça, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
Os traumatismos dorsolombares podem provocar lesões de elevada morbilidade, sobretudo quando ocorre lesão neurológica. O diagnóstico, classificações e indicação para tratamento, conservador ou cirúrgico, são áreas de grande controvérsia; os estudos com maior nível de evidência científica não estabelecem recomendações clínicas claras. O desenvolvimento das técnicas minimamente invasivas, particularmente da fixação percutânea com parafusos pediculares, mostrou utilidade significativa em traumatologia vertebral, particularmente no controlo do dano secundário, ao permitir estabilizar fracturas dorsolombares, minimizando as desvantagens de uma abordagem clássica: desinserção, destruição e desnervação da musculatura, hemorragia, tempos de hospitalização e recuperação funcional.

Material e Métodos:
Apresenta-se um caso clínico de um doente, do sexo masculino, 64 anos de idade, politraumatizado (esmagamento tóraco-abdominal), que deu entrada no Serviço de Urgência. Apresentava as seguintes lesões: fractura de arcos costais, hemotórax direito com necessidade de drenagem, hematoma retroperitoneal pararrenal, fractura do anel pélvico (asa do sacro e acetábulo esquerdos) e fracturas vertebrais em L1 e L4 - L1 do tipo cunha, com depressão da plataforma superior (classificação AO/Magerl A1.2, classificação de McCormack grau 3, score Thoracolumbar Injury Classification Score (TLICS) 3) e L4 do tipo burst (classificação AO/Magerl A3.1, classificação de McCormack grau 6, score TLICS 4) com recuo do muro posterior, condicionando estenose endocanalar significativa (>50% do diâmetro anteroposterior do canal). Não apresentava sinais de lesão medular à entrada, nem houve alteração desta situação. Após estabilização das lesões toraco-abdominais, foi decidido o tratamento cirúrgico das fracturas vertebrais. Tratando-se de um doente em que se pretendia a estabilização da coluna com a menor agressividade cirúrgica, optou-se pelo uso de fixação transpedicular e barras laterais percutâneas com o sistema Viper II (Depuy/Synthes). O doente foi submetido a intervenção cirúrgica 22 dias após o traumatismo inicial; foram realizadas estabilizações independentes em D12-L2 e L3-L5.

Resultados:
O pós-operatório decorreu favoravelmente, não se tendo verificado quaisquer intercorrências. A perda hemorrágica foi pequena (descida de 1,7 g/dL), e o doente não apresentou queixas álgicas significativas (score de 3 na escala visual analógica). Ao 5º dia pós-operatório, o doente foi transferido para o hospital da área de residência, para continuação do tratamento conservador da fractura acetabular, com indicação para uso de contenção externa com dorso-lombostato tipo Jewett aquando do início do levante.

Discussão:
A fixação de fracturas vertebrais por técnicas minimamente invasivas tem vindo a aumentar em popularidade, sendo a fixação percutânea com parafusos pediculares uma componente muito importante e de uso cada vez maior na traumatologia, particularmente enquadrada no controlo do dano secundário. Vários sistemas têm sido desenvolvidos, bem como várias técnicas para determinar o adequado posicionamento dos parafusos. Este tipo de fixação tem múltiplas vantagens, ao evitar incisões alargadas e desinserção extensa da musculatura paravertebral, diminuindo a hemorragia e dor no pós-operatório, bem como os tempos de hospitalização e recuperação funcional. Estes factores são muito importantes no doente politraumatizado, que apresenta maior susceptibilidade para perdas hemorrágicas e infecção, procurando-se assim minimizar a morbilidade da intervenção, facilitar os cuidados e a mobilização,

particularmente durante a estadia em cuidados intensivos. Neste caso, optou-se por realizar uma fixação segmentar curta para cada fractura, com o objectivo de procurar manter alguma mobilidade a nível da coluna lombar e a passagem para a posição sentada e ortostática quando o programa de reabilitação da fractura acetabular permitisse.<b< font="">

EP217 - **Fratura do Calcâneo – A propósito de uma entorse do Tornozelo**

Hugo Esteves Cardoso, Portela Da Costa
(Centro Hospitalar do Oeste Unidade de Torres Vedras)

Introdução:
O tratamento eficaz das fraturas do calcâneo continua a ser um dos maiores desafios para o cirurgião ortopédico. As fraturas do calcâneo são as mais frequentes nos ossos do tarso, atualmente constituem 2% de todas as fraturas. As fraturas da tuberosidade do calcâneo "Tongue Type" podem resultar dum traumatismo direto ou por fratura avulsão. Na fratura por avulsão o tendão de Aquiles é desinserido após o arrancamento da sua inserção óssea. Estas fraturas representam provavelmente um espectro de lesão. Resultam normalmente de uma contração vigorosa dos gémeos como a entorse seguida de eventual queda, originando um fragmento por avulsão de tamanho variável. Nas fraturas "Tongue Type" da tuberosidade do calcâneo os doentes apresentam normalmente dor, edema do retropé e encurtamento do complexo gastrocnêmio-sólear. O envelope mio-fáscio-cutâneo de reduzidas dimensões que envolve a tuberosidade do calcâneo aumenta o risco de lesão exposta quando ocorre deslocamento do fragmento. A não ponderação desta particularidade e imobilização gessada sem controle periódico dos tecidos moles pode ter consequências desastrosas. A indicação cirúrgica nas fraturas "Tongue Type" da tuberosidade do calcâneo deve ser colocada: (1) A pele do retropé está em sofrimento devido à pressão da tuberosidade deslocada. (2) A dimensão do fragmento é relevante e implicará afetação da marcha (3) O complexo gastrocnêmio-sólear é incompetente (4) Quando a avulsão envolve a superfície articular

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clinico de uma doente de 84 anos de idade independente nas suas atividades da vida diária. Recorre ao S.U. do nosso Hospital em Dezembro de 2012 por dor, edema e impotência funcional do tornozelo esquerdo após entorse na véspera. A doente não tolerava carga total, fazia marcha com 2 canadianas e apresentava um V.A.S. de 8. À observação apresentava edema do retropé esquerdo sem lesão cutânea. O RX do tornozelo e pé esquerdos revelaram uma fratura da tuberosidade do calcâneo esquerdo "Tongue Type" descoaptada. A doente foi operada nesse dia, realizou-se redução cruenta e fixação da fratura com 2 parafusos canulados. O R.X. de controle confirmou a redução anatómica da fratura. Confecionámos uma imobilização gessada que a doente manteve durante 4 semanas.

Resultados:
Durante o período de imobilização mantivemos vigilância da pele e fomos ajustando a tala. Às 4 semanas de "follow-up" retirámos a tala. A doente iniciou carga parcial progressiva limitada pelo limiar de dor e complementada com avaliação Imagiológica bimensal. Foi encaminhada para Fisioterapia, às 6 semanas para reforço e tonificação muscular. Às 9 semanas retomou o seu nível de atividade prévio sem limitações, mantem-se assintomática, tem atualmente 6 meses de "follow-up".

Discussão:
Nas fraturas "Tongue Type" da tuberosidade do calcâneo a existência de um compromisso do envelope mio-fáscio-cutâneo do retropé está sempre presente em maior ou menor grau consoante o grau de descoaptação do fragmento. A necessidade de retalhos vascularizados ou de amputação não são resultados impossíveis caso não se pondere os riscos já referidos e não se proceda de modo a evitá-los. O risco de lesão catastrófica aumenta nas lesões com grande grau de descopatação, nos fumadores, nos doentes que recorrem tardiamente ao Serviço de Urgência. O tratamento cirúrgico "ad inicium" com redução da fratura parece reduzir esse risco

Conclusão:
Apesar do tempo de "follow-up" desta doente ainda ser curto, podemos afirmar que a opção pela redução da fratura e sua estabilização na fase aguda permitiu: (1) Minorar o risco de lesão secundária do envelope mio-fáscio-cutâneo. (2) A doente retomasse o seu nível de atividade funcional prévio (3) Minorar a morbilidade do tratamento conservador Mantem-se assintomática após ter retomado a sua atividade da vida diária.

EP218 - **As fracturas sub-trocantéricas atípicas e tratamento prolongado por difosfonatos: a propósito de um caso clínico**

Rui De Freitas Dias, Lima ESá, Manuel Caetano, Carlos Alegre, Fernando Judas, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
Este trabalho tem como objetivo a revisão da evidência científica da associação entre o tratamento prolongado com bifosfonatos e o risco de fracturas subtrocantéricas atípicas, bem como a apresentação de um caso clinico que corrobora esta associação. As fracturas subtrocantéricas atípicas têm uma incidência de 2,3/10000 habitantes/ano, tendo por definição origem em evento traumático minor ou na ausência de traumatismo, com características clinicas típicas, traço linear transverso na sua apresentação radiológica e elevada morbi/mortalidade (25% aos 2 anos).

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso de uma fractura subtrocantérica numa doente de 64 anos que era medicada com difosfonatos desde 2000. Em Fevereiro de 2011 apresentou-se ao serviço de urgência com um quadro de dor, encurtamento e rotação externa do membro inferior direito, sem história de traumatismo recente. Radiologicamente apresentava fractura subtrocantérica transversal direita com padrão atípico. Esta fractura era coincidente com o padrão radiológico tipo, descrito por diversos autores em doentes tratados com bifosfonatos por mais de 5 anos: hipertrofia do córtex da diáfise femoral em associação com fissuras corticais numa localização subtrocantérica, que podem progredir para uma fractura linear transversa.

Resultados:
A doente parou a ingestao de difosfonato e foi operada, tendo sido realizado a osteosintese com placa por o canal não apresentar dimensões concordantes com a aplicação de cavilha endomedular. Em Julho de 2011 e por apresentar desmontagem do material e da fractura, é reoperada e aplicado DCS e aloenxerto ósseoe substituto ósseo. Em Dezembro de 2011 a doente é reoperado por apresentar fractura de fadiga e não consolidação, tendo sido aplicado DHS e placa recta anterior, aloenxerto ósseo e autoenxerto.

Discussão:
A evidência científica existente e o caso que expomos não podem confirmar de forma inequívoca um aumento do risco de fracturas subtrocantéricas atípicas em consequência do uso prolongando de bifosfonatos, embora a maioria das publicações sugiram que o uso por mais de 5 anos deste classe de anti-osteoporóticos podem conduzir a fracturas subtrocantéricas de fadiga ou atípicas. A evidência científica existente não pode confirmar de forma inequívoca um aumento do risco de fracturas subtrocantéricas atípicas em consequência do uso prolongando de bifosfonatos, embora a maioria das publicações sugiram que o uso por mais de 5 anos deste classe de anti-osteoporóticos podem conduzir a fracturas subtrocantéricas de fadiga ou atípicas, com padrões clínicos e radiológicos bem definidos.

Conclusão:
Em 2008, a Sociedade Americana do Estudo do Osso e Mineral (ASBMR) emitiu recomendações para o tratamento médico da Osteoporose, das quais se salientam, o uso de terapêuticas alternativas aos bifosfonatos (raloxifeno e teriparatida) em doentes com DEXA normal ou ligeiramente reduzida no colo do fémur, a descontinuação dos bifosfonatos em doentes com fracturas atípicas subtrocantéricas e da diáfise do fémur e o uso de Teriparatida nos casos de falência de formação de calo ósseo em consequência deste tipo de fracturas. Mais recentemente em 2009, a agência reguladora britânica de produtos medicinais (MHRA) reviu a segurança do alendronato e aconselhou a descontinuação do tratamento em doentes que desenvolvessem este tipo de fractura, não sendo aconselhado o uso futuro pelos mesmos de bifosfonatos sob qualquer fórmula, a menos que os benefícios suplantem os riscos de incidência destas situações.

EP219 - **Picnodisostosis – A Propósito de Um Caso Clínico**

Tiago Rebelo, André Carvalho, João Moreno, Serafim Pinho, Ana Abrantes, Manuel Sousa
(Centro Hospitalar Tondela-Viseu)

Introdução:
A Picnodisostosis é uma doença genética, de transmissão autossómica recessiva, resultante de mutação no gene da catepsina K. Apresenta uma prevalência de cerca de 1-9 casos para 1000000. A consanguinidade é frequente, estando descrita em até 30% dos casos. Caracteriza-se por osteosclerose, fragilidade óssea como resultado do aumento da densidade óssea, baixa estatura e dismorfia craniofacial. O diagnóstico é normalmente realizado na

infância, no entanto poderá ser realizado mais tarde como resultado de fractura óssea sem traumatismo major.

Material e Métodos:
Apresentamos um caso de uma doente de 69 anos, com antecedentes de vários episódios fraturários secundários a traumatismos minor, que ocorrem desde a infância. Nos antecedentes é de realçar a existência de consanguinidade nos pais (primos em 1ºgrau). Ao exame físico trata-se de uma doente com 1,46m de altura, com desproporção entre o torax-abdomen e os membros inferiores que se encontram encurtados e dismorfia craneo-facial. Foi encaminhada ao Serviço de Urgência (SU) em Setembro de 2012 por História de queda da própria altura com traumatismo do cotovelo esquerdo e anca direita dos quais resultou fractura do olecrânio tipo IIA de Mayo, tratada cirurgicamente com banda de tensão e fractura intertrocanterica do fémur direito, tratada com DHS com placa longa. Em Novembro de 2012 voltou ao SU por dor de início súbito referida à coxa direita após traumatismo minor (mobilização no leito). O estudo imagiológico mostrou fractura da diáfise do fémur, logo abaixo da placa do DHS. A paciente foi operada, tendo sido removido o DHS e colocado DMS com placa longa até aos côndilos femorais.

Resultados:
A paciente que previamente fazia marcha com apoio de canadianas, neste momento desloca-se em cadeira de rodas. Não apresenta dor nem impotência funcional ao nível do cotovelo esquerdo. Cicatriz cirúrgica da coxa direita sem sinais inflamatórios, sem alterações neurovasculares. Os raio-x mostram evolução para consolidação.

Discussão:
Na Picnodisostosis existe uma desorganização da estrutura óssea por alterações na formação das trabéculas ósseas, o que conduz a um aumento da fragilidade óssea, aumentando o risco de fraturas principalmente em ossos longos. O diagnóstico diferencial deverá ser realizado com a Osteopetrose, a Displasia Cleido-Craniana e a acro-osteólise idiopática familiar. As principais características radiológicas da Picnodisostosis são o aumento da densidade óssea com corticais espessadas, desaparecimento do angulo mandibular, fontanelas abertas e aplasias assimétricas das últimas falanges.

Conclusão:
A Picnodisostosis é uma doença rara, sendo o seu diagnóstico clinico e radiológico. A prevenção de traumatismos é de fulcral importância uma vez que devido à fragilidade óssea associada a esta patologia a energia necessária para causar fraturas é bastante reduzida.

EP220 - **Lesão vascular e nervosa após luxação do cotovelo em criança – Caso Clínico**
Tiago Rebelo, João Moreno, André Carvalho, Zico Gonçalves, Eduardo Mendes, Manuel Sousa
(Centro Hospitalar Tondela-Viseu)

Introdução:
O cotovelo é uma das articulações mais estáveis do esqueleto. A luxação do cotovelo, que constitui cerca de 3 a 6% das lesões do cotovelo em crianças, é a luxação mais frequente nesta faixa etária. É mais frequente após os 8 anos de idade, com um pico durante a adolescência. Geralmente deve-se a uma queda com a mão em extensão e o cotovelo em flexão incompleta, mas também pode ocorrer em hiperextensão. Uma das complicações mais temidas são as lesões neurovasculares. Deve ser feita uma avaliação neurovascular distal ao cotovelo lesado antes da redução, devido a risco de lesão dos nervos mediano, ulnar e radial, bem como após a redução. As lesões vasculares estão relacionadas com traumatismos de maior energia, particularmente fraturas expostas.

Material e Métodos:
Apresentamos o caso de uma criança de 10 anos, do sexo masculino, sem antecedentes relevantes, vítima de queda de baloiço com traumatismo do membro superior esquerdo da qual resultou luxação posterior exposta do cotovelo e fratura distal do rádio. Foi realizada redução da luxação no bloco operatório sob anestesia geral seguida de exploração cirúrgica. Observada lesão da artéria braquial, realizada reconstrução através do uso de enxerto da veia cefálica. O cotovelo foi fixado com fixadores externos com 30º de flexão. Realizada fixação da fractura distal do rádio com 2 fios de Kirschner.

Resultados:
No seguimento pós-operatório foi observado deterioração neurológica da área correspondente ao nervo mediano. A criança apresenta igualmente rigidez articular com limitação dos movimentos.

Discussão:
A luxação do cotovelo em crianças é uma condição rara. Dos vários tipos o mais frequente é a luxação posterior. Pode estar associada a fraturas, sendo a mais comum a fractura do epicôndilo medial. Compromisso neurológico é uma das possíveis complicações das luxações do cotovelo. A avaliação de compromisso neurológico em crianças é normalmente difícil devido à dor, má compreensão e pouca colaboração durante a avaliação. Hallet descreveu 3 tipos de lesão do nervo mediano associada a luxações do cotovelo. A lesão do nervo mediano ocorre normalmente durante a redução, ficando este preso atrás do epicôndilo medial ou no interior da articulação. A lesão vascular associada é rara, sendo a artéria braquial lesada mais frequentemente. A rutura total da artéria braquial é mais frequente em fraturas expostas.

Conclusão:
Em luxações do cotovelo na idade pediátrica deverá existir um alto grau de suspeição em relação à possibilidade de existirem fraturas ou lesões neurovasculares associadas. Deve ser realizado exame físico meticuloso e seguimento com avaliação clinica e radiográfica frequente.

EP221 - **Reconstrução com enxerto cortico-esponjoso e artrodese do médio-antepé em traumatismo de alta energia com perda de substância**

João Nunes Castro, Nuno Ramiro, Pedro Rocha, Joaquim Brito, Joana Teixeira
(Hospital Santa Maria)

Introdução:
O tratamento de extremidade mutilida do membro inferior é um desafio clínico de difícil resolução na cirurgia ortopédica. A complexidade das lesões de tecidos moles associada a fracturas expostas e osteomielite frequentemente resultam em amputação no lugar da reconstrução. Os avanços recentes nas técnicas de reconstrução melhoraram significativamente os resultados e potencial para a reabilitação de um membro gravemente lesado.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, 14 anos, caucasiano, vitima de acidente náutico do qual resultou traumatismo por hélice de barco, com fractura exposta da tíbia e medio-antepé direitos (Gustillo 3B), associada a esfacelo grave. A abordagem primária do doente foi realizada noutra instituição, onde após estabilização hemodinâmica foi realizada osteotaxia das fractura expostas com fixador monoplanar. Após estabilização inicial, o doente foi transferido para a nossa instituição, onde foi submetido a múltiplos procedimentos de lavagem e desbridamento, destacando-se a presença de esfacelo dorsal extenso do pé e tornozelo, com perda de cobertura muscular e necrose dos ossos do segmento interno do mediopé - escafoide társico, cuneiformes e 2/3 do 1º e 2º metatarso.

Resultados:
Com a colaboração da especialidade de cirurgia plástica, o doente foi submetido a excisão dos ossos necrosados e realizada cobertura de partes moles com retalho músculo-cutâneo livre e enxerto de pele. Para manutenção de comprimento e estabilidade do pé, foi mantida osteotaxia ao nível do pé . Aos 3 meses de pós-operatório o doente realiza carga parcial sobre o pé, apresentando boa evolução dos enxertos cutâneos e do retalho livre. Por clinicamente apresentar atraso da consolidação da fractura da tíbia distal é submetido a fixação definitiva com cavilha ETN e conversão para mini-osteotaxia do pé com artrodese da articulação interfalângica e metatarso-falângica do 1º e 2º raios. Aos 6 meses de pós-operatório, verifica-se consolidação da fractura da tíbia distal, sendo submetido a nova intervenção cirúrgica para preenchimento da solução de continuidade do médio e antepé com enxerto cortico-esponjoso (ilíaco ipsilateral) fixado com placa e parafusos.

Discussão:
Este caso clínico demonstra a complexidade terapêutica em lesões traumáticas desta gravidade, não havendo grandes séries na literatura científica que possam servir de guideline. O timing ideal para a reconstrução é especialmente controverso na literatura, havendo autores que referem como ideal a reconstrução total nas 72h após trauma enquanto que outros defendem um período mais alargado até ao procedimento reconstrutivo final. Independentemente disto, obtivemos um optimo resultado funcional ao fim de 1 ano de tratamento, nomeadamente, um score AOFAS 82 e um score FADI 82,5

Conclusão:
Aos 12 meses de pós-operatório o doente realiza marcha sem necessidade de dispositivos de apoio, com evidencia radiográfica de integração completa de enxerto e consolidação das artrodeses.

EP222 - **Fractura bilateral do úmero proximal - caso raro**

Ugo Fontoura, Pedro Jordão, André Bahute, Ruben Fonseca, Armando Gomes, Vasco Batista
(Centro Hospitalar e Uinversitario de Coimbra)

Introdução:
As fracturas da extremidade proximal do úmero correspondem a cerca de 2-3% das fracturas do membro superior e a mais de 45% das fracturas do úmero. Estão frequentemente relacionadas com a osteoporose, sendo mais frequentes na mulher, e em mais de 75% dos casos ocorrem em doentes com mais de 60 anos. A referir, que mais de 85% deste tipo de fracturas não apresenta desvio significativo. A etiologia mais frequente é o traumatismo indirecto. O diagnóstico é normalmente confirmado por radiografia convencional, sendo a TAC reservada para fracturas complexas e/ou estudo pré-operatório e a RMN para avaliação de lesão da coifa dos rotadores. A classificação mais utilizada para este tipo de fracturas é a classificação de Neer. O tratamento conservador é efectuado na maioria dos doentes, sendo o tratamento cirúrgico reservado para os 15% das fracturas com desvio.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino, 68 anos, vítima de queda em Dezembro de 2012 de que resultou fractura bilateral do úmero proximal. Realizou radiografia convencional que revelou fractura proximal do úmero em duas partes do lado direito e em três partes do lado esquerdo. Foi submetida a osteossíntese com placa anatómica LCP bilateralmente com abordagem deito-peitoral.

Resultados:
Iniciou mobilização passiva ás 3 semanas de pós-operatório. Ás 6 semanas, as fracturas encontravam-se em consolidação, tendo sido encaminhada para programa de reabilitação no serviço de Medicina Física e de Reabilitação por apresentar limitação das mobilidades (Ombro esquerdo – Abdução 30º e Ombro direito – Abdução 20º). Aos 3 meses foi considerada consolidação definitiva de ambas fracturas. Actualmente apresenta cerca de 6 meses de seguimento, apresentando melhoria progressiva das mobilidades.

Discussão:
O tratamento conservador continua a ser o tratamento preconizado na maioria das facturas da extremidade proximal do úmero, no entanto com o aumento da esperança de vida e as maiores exigências por parte dos pacientes, cada vez mais se tem efectuado tratamento cirúrgico. A osteossíntese com placa LCP está indicada em fracturas de Neer em 2,3 e 4 partes. A incidência de osteonecrose aumenta se existir cominução da fractura, idade avançada e se cabeça umeral não se encontra centrada na cavidade glenoideia.

Conclusão:
O tratamento cirúrgico das fracturas do úmero proximal tem vindo a ganhar importância devido ao aumenta da esperança de vida e maiores exigências dos doentes. Neste caso clinico, optou-se pelo tratamento cirúrgico bilateralmente, por método de osteossíntese rígida para permitir uma mobilização mais precoce.

EP223 - **Fractura Intertrocantérica Bilateral Simultânea – Caso Clínico Raro**

Manuel Dos Santos Carvalho, Filipe Duarte, Artur Antunes, André Sá Rodrigues, Rui Pimenta Ribeiro, Rui Pinto
(Centro Hospitalar São João)

Introdução:
As fracturas de fémur proximal são um problema comum entre a população de hoje,especialmente nos idosos. No entanto, a incidência de fracturas de fémur proximal bilaterais simultâneas são muito raras, e há uma escassez de dados na literatura actual a documentar estes casos.

Material e Métodos:
.

Resultados:
Mulher, 85 anos, residente em Lar que recorre ao serviço de urgência após queda da própria altura. Apresenta limitação funcional severa ambos os membros, que se apresentam em rotação externa, sem no entanto encurtamento. Apresentava em Rx fractura bilateral intertrocantérica - Boyd and Griffin tipo II, Evans B, AO 31-A2.3. Submetida no mesmo dia e após avaliação pré-operatória por anestesiologia a fixação bilateral com placa e cravo deslizante compressão. Internamento hospitalar de 20 dias, tendo tido alta orientada para consulta de Ortopedia, Medicina Física e Reabilitação e Medicina Interna para avaliação de eventual doença renal / mineral óssea. Em ambulatório

cumpriu plano de Medicina física e reabilitação sendo que aos 2 meses pós operatórios deambulava com carga total, embora com auxílio de andarilho.

Discussão:
Segundo Kaper e Mayer as fracturas bilaterais do fémur proximal têm uma incidência de aproximadamente 5,5% da população.7 Há um intervalo médio entre as fraturas de 1,7 anos, e uma similaridade no padrão de fractura na maioria dos pacientes (64%). A incidência de fracturas bilaterais simultâneas é muito rara e é geralmente associada a um traumatismo de alta energia. Vários relatos de casos destas fracturas em associação com outras lesões tais como electrocussão, convulsões e doenças renais ou ósseas prévias podem ser encontrados na literatura. No entanto, muito poucos relatos têm sido publicados a relatar a sua incidência, modalidades de tratamento e resultados do tratamento. A mortalidade no grupo de idosos (50%) é maior do que a mortalidade no grupo mais jovem (25%) segundo Grisoni et al. Neste estudo é relatado que nestes doentes com fractura bilaterais pode ser esperado para um tempo de internamento mais longo quando comparado com a média por unilateral.

Conclusão:
Fraturas fémur próximal bilaterais são um padrão de lesão raro. Estes doentes exigem uma avaliação cuidadosa para outras lesões se motivados por traumatismo uma alta. A morbilidade e mortalidade desta lesão é bastante elevada. A idade do paciente influencia a sua recuperação. Em casos de traumatismo baixa energia, estes doentes devem ser avaliados por eventual doença renal ou mineral óssea.

EP224 - **Fratura da cabeça femoral associada a luxação posterior da anca**
Edgar Meira, Joana Cardoso, Nuno Camelo Barbosa, Hugo Aleixo, Luís Carvalho, Leite Da Cunha
(Hospital de Pedro Hispano)

Introdução:
As fraturas da cabeça femoral são entidades pouco frequentes. Estão associadas a luxação traumática da anca e a trauma de alta energia. São um desafio cirúrgico principalmente no doente jovem , em que a congruência da cabeça femoral é primordial para a sobrevida e função da anca.

Material e Métodos:
Um doente do sexo masculino, 61 anos de idade. Politraumatizado após acidente de viação. Apresentava coxalgia direita severa associada a deformidade e encurtamento do membro. Não tinha défices neurovasculares do membro em questão. Na avaliação radiográfica apresentava uma fractura/luxação da anca esquerda, fratura da cabeça femoral Pipkin tipo I. Como lesões associadas apresentava fratura bilateral de costelas, fraturas faciais e um hemotórax à esquerda. Foi submetido a redução articular e osteossíntese da fratura com parafusos tipo Herbert. Tratou-se de uma avaliação retrospetiva. Foi conduzida uma entrevista clínica, consulta processual. Avaliação clínica e radiográfica. Follow-up de 30 meses.

Resultados:
No follow-up o doente refere coxalgia ligeira ocasional. É independente mas deambula com o auxílio de uma canadiana. Na avaliação radiográfica a consolidação da fratura está estabelecida, no entanto como esperado há sinais de perda ligeira da esfericidade da cabeça femoral mas sem sinais de osteonecrose

Discussão:
Estas lesões são entidades pouco frequentes e 5-15% estão associadas a luxação posterior traumática da anca e a trauma de alta energia. A sua incidência está a aumentar devido ao aumento de acidentes de viação e à melhoria da assistência pré-hospitalar após os mesmos. Estão também associadas a fraturas do acetábulo e colo femoral, a neuropraxias do nervo ciático, a osteonecrose da cabeça femoral e a instabilidade do joelho ipsilateral após acidente de viação. Neste caso após redução da anca foi utilizada a via antero-lateral de Watson-Jones. Foi feita a osteossíntese com 3 parafusos tipo Herbert com um aceitável resultado final.

Conclusão:
As fraturas da cabeça femoral são pouco comuns. A grande maioria está associada a trauma de alta energia. O desvio dos fragmentos e a instabilidade destas lesões quase sempre obriga a intervenção cirúrgica, havendo melhor prognóstico para as fraturas Pipkin tipo I.

EP225 - **Correcção com Ilizarov de lesão pós-traumática com deformidade e encurtamento francos da perna direita – caso clínico**
João Sarafana, R. Correia Domingos, Gonçalo Viana, Hermengarda Azevedo, Fernando Xavier, Carlos

Evangelista
(Hospital Ortopédico de Sant'Ana)

Introdução:
A fixação externa circular foi desenvolvida em 1951 por Ilizarov como método de compressão no tratamento de pseudartroses, de estabilização externa de fracturas e de tratamento de osteomielietes em ambiente com acesso limitado a antibióticos. Posteriormente originou técnicas de transporte ósseo e alongamento em ossos longos, sob o principio de osteogénese distractiva, com aplicação a nível mundial a partir dos anos 80. O mecanismo biológico primário consiste na ossificação intramembranosa com um gradiente de mineralização uniforme a partir de uma fibrosa central, sendo o neo-osso produzido pelas superfícies ósseas. A neoosteogenese e alongamento após osteotomia deve respeitar princípios mecânicos e biológicos para sucesso: a) preservação máxima de vascularização intra-medular e periostal; b) fixação externa estável; c) intervalo 10-15 dias até iniciar distracção; d) distracção lenta e progressiva 1 mm/ dia; e) um período de fixação neutra estável após alongamento f) mobilização fisiológica do membro tratado. Devem ser prevenidas deformidades causadas por contra-tensão nos tecidos moles. A osteogénese distractiva permite a correcção de grande variedade de patologias com deformidade ou instabilidade, nomeadamente malformações congénitas, defeitos de desenvolvimento, lesões pós-traumáticas, infecções e sequelas infecciosas do aparelho musculo-esquelético, reconstrução pós-tumoral. O caso clínico apresentado exemplifica a utilização deste método na correcção de deformidade major.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, de 35 anos, com peso 80 kg e altura 1.80 m. Sofreu em 1999 lesão complexa da perna direita por arma de fogo, com deformidade sequelar complexa da tíbia direita, com varismo de 30º e encurtamento de 7 cm. Em Junho de 2012 o doente foi submetido a cirurgia para tratamento da deformidade. Foi realizada osteotomia de subtracção da tíbia proximal e osteotomia concomitante do peróneo ao nível do 1/3 proximal. Foi realizada fixação externa circular tipo Ilizarov com estabilização a 3 níveis e reforço proximal com parafusos a nível do planalto tibial. Foi documentada com imagens a evolução radiológica e clínica do doente.

Resultados:
Não houve intercorrências no período peri e pós-operatório. 15 dias após a cirurgia o doente iniciou alongamento da tíbia de 1 mm por dia, que manteve durante 70 dias, até Agosto de 2012. Foi mantido seguimento clínico e radiológico quinzenal, com sinais de consolidação progressiva. Em Abril de 2013, verificou-se infecção do trajecto dos fios de fixação, com drenagem de conteúdo sero-purulento. Foi retirado o fixador externo e realizada antibioterapia com vancomicina e imipenem durante 8 dias, seguida de 16 dias de flucloxacilina. Após antibioterapia o doente manteve-se sem sinais inflamatórios. Apresenta sinais de consolidação da matriz de alongamento e correcção completa do varismo e do encurtamento da tíbia.

Discussão:
A utilização de fixação com módulos circulares permitiu correcção simultânea do varismo e do encurtamento. Consideramos essencial ao sucesso terapêutico a colaboração do doente e compreensão dos cuidados de tratamento, nomeadamente no respeitante à higiene do fixador, carga e periodicidade do alongamento.

Conclusão:
O alongamento com Ilizarov é um método complexo exigindo seguimento regular. A taxa de complicações apresenta uma redução marcada com a experiência do cirurgião, dada a curva de aprendizagem marcada. Nos alongamentos ósseos, o período de latência até iniciar distracção, a taxa de alongamento e o impacto da vascularização no foco de distracção são ainda alvo de discussão. É um método seguro, com baixa taxa de infecção, que permite a correção de grande variedade de patologias com deformidade ou instabilidade graves, exemplificado no caso apresentado.

EP226 - **Uma raridade - luxação traumática da anca no idoso sem fracturas associadas**
Luis Melo Tavares, João Pedro Raposo, Thiago Aguiar, Pedro Amaral, Virgilio Paz Ferreira, Fernando Carneiro
(Divino Espirito Santo)

Introdução:
A luxação da anca é pouco frequente e acontece na sua maioria após traumatismo de alta energia: acidentes de viação (2/3 dos casos). No entanto, também as quedas da própria altura são causa significativa de luxações da anca, sobretudo nos idosos. A localização da cabeça femoral em relação ao acetábulo é utilizada para classificar o tipo de luxação. Existem 3 tipos: posterior

(85-90%), anterior e central. Também podem ser divididas em luxações simples (não associadas a fracturas) ou complexas (fractura-luxação). A última é frequente nos idosos, sendo as fracturas do fémur (cabeça; colo; diáfise), pélvicas e acetabulares as mais frequentemente associadas.

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clinico de uma idosa de 96 anos, sexo feminino, que recorre ao SU (30-3-2012) por traumatismo da anca esquerda após queda de própria altura, com antecedentes pessoais de FA, HTA, DM tipo II e Osteoporose. À entrada apresentava uma deformidade do membro inferior esquerdo em flexão, rotação interna e adução, associada a queixas álgicas. Sem alterações hemodinâmicas ou neurovasculares do membro referido.

Resultados:
A investigação diagnóstica (Rx) revelou luxação simples da anca esquerda, de localização posterior (Thomas-Epstein tipo I), sem fracturas associadas. Submetida no mesmo dia a redução incruenta de luxação da anca esquerda (manobra de Allis), sob intensificador de imagem, e aplicação de tracção percutânea com 3kg. Anca estável após redução e sem fracturas iatrogénicas visíveis no Rx. Internamento no serviço de Ortopedia para estabilização de quadro clínico e estudo imagiológico pós-operatório. Realizou TAC pélvico de controlo (4-4-2012) que não demonstrou presença de fracturas associadas ou fragmentos intra-articulares. Teve alta a 9/4/2012 a tolerar marcha com andarilho, com carga parcial no membro operado, com recomendações para evicção de movimentos de adução, flexão (>60º) e rotação interna do membro afectado. No seguimento pós-operatório em consulta externa, não se verificou qualquer episódio de instabilidade da anca esquerda, encontrando-se a doente à data da última consulta (28-3-2013) sem queixas álgicas e com capacidade funcional da anca esquerda semelhante à que tinha previamente.

Discussão:
Os principais objectivos no tratamento da luxação simples da anca consistem na redução da luxação e evitar complicações iatrogénicas. A redução da luxação da anca deve ser realizada de forma urgente em quase todos os casos, pois a incidência de osteonecrose da cabeça femoral é tanto maior quanto maior for o atraso na redução (<6horas - 4,8%; >6horas - 52,9%). Esta deve ser realizada de forma incruenta e sob anestesia geral, sempre que possível. Após a sua redução deverão ser aplicados testes clínicos (manobras de flexão (90º), adução, rotação interna e força posterior) para assegurar a estabilidade da anca. Se permanece reduzida e estável, então dever-se-á optar pelo tratamento conservador. Se não for estável, então o tratamento cirúrgico será a atitude terapêutica mais indicada. Em termos de prognóstico: - A luxação anterior simples da anca está associada a um melhor prognóstico do que a posterior - A presença de fractura-luxação está associada a uma menor capacidade funcional da anca, pois a incidência de coxartrose pós-traumática é maior nestas (88%, se fractura acetabular associada) do que nas simples (24%). - A incidência de lesão do nervo ciático é maior nas luxações posteriores complexas do que nas simples, embora muitas vezes a lesão seja reversível.

Conclusão:
As luxações traumáticas da anca no idoso são muitas vezes derivadas de quedas da própria altura e muitas vezes associadas a fracturas concomitantes, nomeadamente do fémur e bacia, devido ao osso osteoporótico. A presença de uma luxação traumática da anca sem fracturas associadas num idoso com osso osteoporótico é uma raridade.

EP227 - **Luxação dorsal das articulações carpometacarpianas de quatro dedos**

André Couto, Fernando Leite, Diogo Gomes, João Vide, Tánia Freitas
(Hospital de Faro, EPE)

Introdução:
A luxação das articulações carpometacarpianas é uma forma rara de lesão da mão (menos de 1% do total destas) havendo atualmente raras referências bibliográficas disponíveis. A luxação dorsal resulta de traumatismos de alta energia sobre a mão e/ou por falência dos mecanismos envolvendo a flexão palmar da mão. O seu diagnóstico é frequentemente negligenciado se não for aplicado um elevado nível de suspeição clinica e um exame físico meticuloso. Nos casos clínicos não tratados ou cujo tratamento foi atrasado, verificou-se uma má evolução clinica e funcional decorrente da limitação dos movimentos da mão. O objetivo deste trabalho é a apresentação de um caso clinico desta lesão rara e seu respetivo tratamento.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino de 31 anos, que recorre ao

serviço de urgência após sofrer um forte trauma direto sobre a mão direita (mão dominante) resultante de uma queda da própria altura. Ao exame físico verificou-se que mão estava marcadamente deformada, edemaciada e com impotência funcional. O estudo radiológico mostrou presença de luxação das articulações carpometacarpianas do 2º, 3º, 4º e 5º raio. O doente foi submetido a redução fechada, fixação percutânea com fios Kirschner e imobilização com gesso. Os fios Kirschner e o gesso foram removidos seis semanas mais tarde.

Resultados:
O follow-up aos 12 meses demonstrou uma amplitude de movimento sem restrições de todos os raios. O doente ficou livre de dor, com força de preensão equivalente ao membro contralateral e retornou à sua actividade profissional prévia. Sua "DASH Outcome Measure" obtido na última avaliação foi de 6,7.

Discussão:
As luxações dorsais das articulações carpometacarpianas são lesões pouco comuns, pouco relatadas e com raras referências bibliográficas disponíveis. A falha no seu diagnóstico ou no seu tratamento adequado predispõe a dor e défice funcional da mão. Os achados ao exame físico e a avaliação radiográfica são assim essenciais para um correto diagnóstico. A opção por redução anatómica fechada ou aberta deve obedecer a critérios definidos. A opção por redução aberta não se justifica em todos os casos, pois o tratamento com redução fechada seguida de imobilização podem ser suficientes para obter excelentes resultados finais. A redução fechada pode ser efetuada em lesões com menos de 10 dias de evolução, tendo como principais desvantagens a redução não anatómica, a dificuldade na fixação e o risco de transfixação tendinosa. Pode ser necessário recorrer a redução aberta e fixação interna se na presença de sobreposição metacarpal, edema maciço, encarceramento ligamentoso, fragmentos ósseos, redução fechada ineficaz ou luxações superiores a 3 semanas.

Conclusão:
A luxação dorsal de várias articulações carpometacarpianas de uma mão é assim uma situação rara que exige um elevado nível de suspeição clínica. O tratamento recorrendo a redução fechada e aplicação de fios de Kirschner permite obter bons resultados clínicos e funcionais, desde que respeitem as indicações existentes.

EP228 - **Fratura cominutiva da glenoide na criança – Caso clínico raro**
Sofia Esteves Vieira, João Das Dores Carvalho, Helder Nogueira, Sandra Martins, Daniel Lopes, Fernando Silva
(Centro Hospitalar do Tamega e Sousa)

Introdução:
As fraturas da glenoide são extremamente raras na criança. Quando presentes, associam-se quase sempre a luxações do ombro ou fraturas do úmero proximal. Quando isoladas devem fazer suspeitar de maus tratos e deixar alerta os profissionais de saúde.

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

Resultados:
1 semana após a lesão a doente referia melhoria da dor e o Rx mostrava bom alinhamento do fragmentos. Foi retirada imobilização à 5ª semana. Nessa altura a mobilidade do ombro estava limitada a 70º de abdução, 90º de elevação anterior, rotação interna e externa quase nulas. Foi orientada para Fisiatria e cumpriu programa de reabilitação durante 8 semanas. Repetiu TC à 10ª semana que mostrava # consolidada com superfície articular preservada. Na reavaliação aos 8 meses foi-lhe aplicado o score de Constant que foi de 98 (0-100) havendo referencia a limitação ligeira nas atividades recreativas mais esforçadas.

Discussão:
Sendo uma entidade clínica rara, a fratura da glenoide na criança necessita de elevado grau de suspeição para o seu correto diagnóstico. O objetivo major do tratamento é a preservação da superfície articular e o retorno às AVD sem limitação.

Conclusão:
Neste caso clínico, apesar de apresentar cominuição extensa, a superfície articular estava congruente o que possibilitou o tratamento conservador com Gerdy. O resultado final é excelente apenas com referência a

limitação ligeira de atividades recreativas mais esforçadas.

EP229 - **Fractura supracondiliana do fémur em doente com amputação infraarticular do membro inferior ipsilateral**

Sergio Figueiredo, Luis Machado, António Sá, Jacinto Loureiro
(Centro Hospitalar Leiria Pombal)

Introdução:
A menor solicitação do membro inferior amputado é responsável pelo menor capital ósseo aí observado. Não obstante, as fracturas neste território e nesta circunstância são relativamente raras.

Material e Métodos:
Descrição de um caso clínico.

Resultados:
Indivíduo do sexo masculino, 51 anos, com história de amputação infraarticular do membro inferior direito por fractura exposta do planalto tibial complicada por sépsis, que deu entrada no serviço de urgência do nosso hospital a 27 de Abril de 2013 por queda da própria altura com traumatismo do coto de amputação direito. O estudo imagiológico revelou uma fractura supracondiliana do fémur, impactada com curvatura posterior, do tipo AO/ASIF 33A1. Pelo grau de angulação da lesão e pela capacidade de marcha do indivíduo, com auxílio de prótese, optou-se pela resolução cirúrgica. Após redução com auxílio do distractor bipolar, efectuou-se a osteossíntese com o sistema DCS.

Discussão:
As fracturas do coto de amputação são relativamente raras, com apenas 3% de ocorrências para o membro inferior, nos indivíduos amputados. A resolução das fracturas distais do fémur, nos indivíduos com amputação infraarticular, é predominantemente conservadora. Excepções considerar-se-ão caso o indivíduo seja autónomo com apoio de prótese. A técnica cirúrgica é complexa, dada a alteração morfológica do coto de amputação, bem como o grau de desmineralização e desestruturação óssea.

Conclusão:
As fracturas supracondilianas do fémur em cotos de amputação são episódios raros. A técnica cirúrgica, quando necessária, deverá ter em conta a alteração morfológica e estrutural do coto de amputação.

EP230 - **Fratura luxação exposta do joelho**

Bruno Maia, Jorge Azevedo, Oliana Tarquini, Eunice Carvalho, Luis Silva, Jorge Correia
(ULS - Guarda)

Introdução:
As luxações do joelho podem originar-se em mecanismos de trauma de alta energia, estando frequentemente associadas a fraturas ipsilaterais dos pratos da tíbia, fémur e acetabulo. A hiperextensão do joelho é a causa mais comum das lesões dos ligamentos cruzados, no entanto forças rotacionais ou laterais podem lesar os ligamentos colaterais. As lesões vasculares encontram-se presentes em 7-15% dos casos, devendo-se examinar os pulsos periféricos para se detetar eventuais roturas dos vasos poplíteos. O nervo peronial é a estrutura nervosa mais lesada, estando associada a pior prognostico de recuperação. Neste poster demonstramos a 1ª fase do tratamento de uma fratura-luxação exposta de um joelho em contexto de Urgência

Material e Métodos:
Doente deu entrada no serviço de Urgência, 1 hora após um acidente de mota, com uma fratura exposta do joelho de grau III A GA. Não foram detetadas lesões vasculares ou nervosas havendo preservação da motricidade e sensibilidade distal à área de trauma. Apresentava rotura do aparelho extensor ao nível do tendão quadricipital e rotula, com preservação do tendão rotuliano. Perda total da integridade ligamentar do joelho

Resultados:
Efetuado estudo radiológico com RX (incidências em Antero-posterior, Perfil), tendo-se identificado uma fratura supra/intercondiliana tipo 33-C2 (Classificação OTA) e uma fratura Schatzker 6, dos pratos da tíbia

Discussão:
Perante a gravidade da lesão calculou-se o Mess score como auxiliar de decisão, tendo-se optado pela redução e estabilização da fratura após se obter uma classificação de 4 nesta escala. Efetuada limpeza/desbridamento cirúrgico com individualização das estruturas ósseas avulsas, seguido de redução das fraturas com fios de Kirshner. Reconstruiu-se o aparelho

extensor e colocaram-se fixadores externos. Pós operatório sem intercorrências, efetuando-se controlos radiológicos periódicos em consulta externa. Atualmente verifica-se uma perda parcial de redução a nível supracondiliano devendo ser corrigida cirurgicamente após remoção dos fixadores externos. Após consolidação das lesões osseas, o doente devera ser estudado para a reconstrução ligamentar do joelho.

Conclusão:
A técnica cirúrgica num doente politraumatizado deve ser cuidadosamente planeada, devendo-se ter em conta não só o aspeto radiológico das fraturas como também eventuais lesões vasculares/nervosas, atingimento de tecidos moles e contexto clinico do doente. As fraturas/luxação do joelho são muito instáveis exigindo uma redução o mais anatómica possível, com controlos radiológicos periódicos durante o pós operatório. Dependendo do tipo de fratura e instabilidade lateral, a reconstrução dos ligamentos colaterais poderá ser efetuada após osteossintese rígida, no mesmo tempo operatorio. Já a reconstrução dos ligamentos cruzados apenas devera ter lugar após consolidação da fractura e restituição da mobilidade do joelho, devido ao risco de rigidez articular e ossificação heterotópica.

EP231 - **Lesões do complexo posterior da bacia – Estabilização percutânea com parafusos**
Afonso Caetano, Luís Sobral, Carlos Cardoso, Jorge Lopes, João Salgueiro
(Hospital de São Francisco Xavier)

Introdução:
As fracturas da bacia são habitualmente lesões complexas que exigem um estudo e abordagem cirúrgica criteriosos. Cursam frequentemente com sequelas que nalguns estudos atingem os 40%, estando associadas a repercussões sócio-económicas significativas pelo grupo etário em que incidem e ao tipo de acidentes de alta energia que as provocam. As fracturas-luxação da articulação sacro-ilíaca tipo C de Tile, são caracterizadas pela instabilidade pluridireccional. Não existindo consenso quanto ao melhor método para o seu tratamento, é contudo frequentemente necessária uma estabilização mecânica posterior e anterior da bacia.

Material e Métodos:
No universo de fracturas da bacia tratadas no serviço (15 casos nos últimos 3 anos), os autores apresentam 3 casos clínicos, com um recuo médio de 7,5 meses, todos do sexo feminino com idades entre os 28 e 54 anos (idade média de 38,3 anos) e todos com fracturas tipo C de Tile. Os doentes tendo realizado com antecedência preparação cólica, foram colocados em mesa radiotransparente, um em decúbito dorsal e os outros 2 em decúbito ventral. O posicionamento foi condicionado pelas fracturas associadas e num dos casos procedeu-se à redução prévia em mesa ortopédica. Colocou-se o intensificador de imagem para incidência cranial, caudal e perfil do sacro. Por via percutânea procedeu-se à introdução do parafuso canulado que se orientou para o meio do corpo de S1.

Resultados:
Não registámos qualquer tipo de morbilidade associada à técnica. A avaliação funcional média segundo o Score de Majeed foi de 65, o que se justifica atendendo ao pequeno recuo.

Discussão:
Este tipo de fracturas devem ser estabilizadas de modo a permitir uma independência locomotora precoce. Das diversas técnicas conhecidas (fixação externa, barras sagradas, osteossíntese com placa e parafusos e parafusos ílio-sagrados por via aberta), esta garante-nos boa estabilidade, constituindo um procedimento relativamente simples e pouco invasivo.

Conclusão:
Trata-se de uma técnica cirúrgica eficaz, tendo a imagiologia um papel fundamental para a precisão desta, dadas as possíveis complicações iatrogénicas a que pode estar associada.

EP232 - **Luxação do joelho - revisão de casos clínicos do último ano**
Ana Correia Lopes, Ricardo Gonçalves, Glória Magalhães, Pedro Campos, Daniel Sá Da Costa, Luis Barbosa
(Vila Franca de Xira)

Introdução:
A luxação do joelho é um evento raro mas de suma importância, com lesões osteoligamentares implicadas e com risco elevado de lesão vascular ou nervosa. Surge frequentemente associada a politraumatismos, podendo reduzir espontaneamente numa grande parte dos casos, o que dificulta o seu diagnóstico e reconhecimento da lesão da artéria popliteia, o que

pode resultar em complicações devastadoras. Pode apresentar diversas formas clínicas, com padrões de lesão ligamentar ou fracturária e complicações distintas, que no todo definem diversas opções de tratamento. Este trabalho tem como objectivo a revisão da literatura sobre recomendações de abordagem e tratamento nas luxações do joelho, a propósito de quatro casos, com expressões clínicas distintas.

Material e Métodos:
Descrevem-se quatro casos clínicos, todos do último ano, após revisão processual. Caso 1: doente do sexo feminino, 69 anos, vítima de queda da qual resultou luxação do joelho documentada à entrada na urgência, com subsequente isquémia do membro inferior por lesão da artéria popliteia, tendo sido submetida a redução e fixação com fixador externo e bypass popliteu. Caso 2: doente de 30 anos, sexo feminino, com traumatismo do joelho decorrente de acidente de viação, com rotura do ligamento cruzado posterior e ligamento colateral externo, com lesão do ciático popliteu externo, que foi submetida a ligamentoplastia com isquiotibiais. Caso 3: doente de 35 anos, sexo masculino, vítima de acidente de viação, com luxação do joelho relatada pela equipa pré-hospitalar, com rotura dos ligamentos cruzados e ligamento lateral externo, que foi submetido a ligamentoplastia do cruzado anterior, com isquiotibiais. Caso 4: doente de 42 anos, sexo masculino, vítima de acidente de viação com luxação do joelho com avulsão das inserções distais dos ligamentos cruzados e rotura do ligamento lateral interno, tendo sido submetido a redução e osteossíntese com parafusos. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca da abordagem e tratamento das luxações do joelho.

Resultados:
Em dois dos casos verificou-se uma luxação documentada, sendo que nos casos restantes se assumiu a sua ocorrência, pela gravidade do traumatismo e pelo número de estruturas atingidas. A evolução individual mostrou-se dependente do padrão de lesões encontradas, com complicações (um caso de lesão da artéria politeia e um caso de lesão do CPE) e resultados funcionais distintos.

Discussão:
A literatura realça a importância de suspeita clínica face aos casos de luxação do joelho com redução espontânea, que podem atingir os 50%, com possíveis complicações vasculonervosas que podem passar sem diagnóstico. O tratamento inicial implica a redução fechada imediata e imobilização, à qual se segue a avaliação da integridade vascular. A realização de estudo vascular inicial é mandatória, uma vez que podem existir lesões ocultas da íntima mesmo na presença de pulso arterial. O estudo do quadro clínico é complementado com a realização de radiografias do joelho, bem como de ressonância magnética, que localiza as lesões ligamentares implicadas. O tratamento conservador está reservado para doentes com baixa solicitação funcional e pouco colaborantes na reabilitação pós-operatória. As opções cirúrgicas são individualizadas conforme as lesões encontradas. O prognóstico é reservado e está dependente das lesões associadas.

Conclusão:
A luxação do joelho tem implicações funcionais importantes, cujo diagnóstico deve ser apurado à entrada na urgência, a fim de diminuir as consequências das possíveis complicações associadas. Constitui um importante desafio na prática clínica da Ortopedia pelas suas diferentes formas de apresentação.

EP233 - **Factores preditivos da lesão neurológica em doentes com fracturas toraco-lombares**
Joaquim Soares Do Brito, Filipe Oliveira, Miguel Botton, Joana Teixeira, António Tirado, Pedro Fernandes
(Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria)

Introdução:
Os traumatismos de elevada energia, particularmente os associados a fracturas da coluna toraco-lombar, são responsáveis por uma morbilidade e mortalidade crescente no contexto traumatológico. Concomitantemente, a lesão neurológica após fractura da coluna reveste-se de grande importância, sendo fundamental reconhecer os factores de risco associados. Neste trabalho, os autores procuram relacionar a presença de lesão neurológica em contexto de fractura toraco-lombar, com factores epidemiológicos, mecanismo de lesão e segmento da coluna envolvido.

Material e Métodos:
Foram identificados 172 doentes com fractura da coluna toraco-lombar tratados cirurgicamente ao longo de um período de 8 anos (2005-2012). Constituíram-se dois grupos: doentes neurologicamente íntegros e doentes com lesão neurológica. Foi feita uma análise

estatística comparativa, com recurso a SPSS 21.0 com o objectivo de estabelecer uma relação entre género, mecanismo de lesão, segmento da coluna envolvido e presença de lesão neurológica. Foi utilizado o teste de Qui-quadrado para variáveis categóricas e teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas.

Resultados:
Dos 172 doentes em estudo foram identificados 106 doentes neurologicamente íntegros e 66 doentes com lesão. A média de idades foi de 45 anos no primeiro grupo e de 41 no segundo. Identificaram-se 120 doentes do género masculino e 52 do género feminino. A relação entre a presença de lesão neurológica e género masculino foi estatisticamente significativa (p=0.026). Relativamente ao mecanismo de fractura, existiu um claro predomínio dos acidentes de viação (50 casos) e quedas de altura (97 casos). Verificou-se igualmente tendência para que a lesão neurológica ocorra em contexto de acidente de viação, no entanto, esta relação não foi estatisticamente significativa. Não se determinou relação estatisticamente significativa entre o género e o mecanismo de lesão. No grupo sem lesão neurológica cerca de 70% das fracturas ocorreram no segmento T11-L2, enquanto que no grupo com lesão neurológica somente 43% das fracturas ocorreram neste mesmo segmento. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre fractura do segmento torácico e a presença de lesão neurológica (p=0.01), sendo que 31 das 44 fracturas torácicas com lesão neurológica surgiram no segmento T8-T12. O número de fracturas e de doentes com lesão neurológica ao longo dos anos em estudo não sofreu variações significativas.

Discussão:
Da análise do grupo em estudo foi possível verificar que as fracturas toraco-lombares ocorrem na sua maioria numa população jovem, e por isso mesmo, acarretam não só importante morbilidade como elevados custos sociais. Existe um claro predomínio das fracturas toraco-lombares e da lesão neurológica entre os indivíduos do género masculino, no entanto, não existe diferença entre géneros no que respeita aos mecanismos de lesão. Estes achados sugerem que os indivíduos do género masculino são mais frequentemente envolvidos em acidentes e quedas de elevada energia. Existe também uma tendência para que as fracturas com lesão neurológica ocorram predominantemente no contexto de acidente de viação, apesar desta relação não ser estatisticamente significativa. Na nossa série, as fracturas distribuem-se de forma semelhante entre o segmento torácico e lombar, no entanto, existe uma importante relação entre a fractura torácica e a lesão neurológica, particularmente no segmento T8-T12.

Conclusão:
As fracturas toraco-lombares ocorrem predominantemente em indivíduos jovens do género masculino. A lesão do segmento torácico é aquela que acarreta maior risco de lesão neurológica, enquanto os principais mecanismos de lesão envolvidos são os acidentes de viação e quedas de altura. Os acidentes de viação são aqueles que tendencialmente acarretam maior risco de lesão neurológica.

EP234 - **Fraturas articulares do fémur distal tipo B e C: revisão de 10 anos**

Bruno Pereira, Nuno Ferreira, Rui Duarte, Luis Miguel Silva, Bandeira Rodrigues, Manuel Vieira Da Silva
(Hospital de Braga)

Introdução:
As fraturas intercondilianas do fémur são lesões cujo tratamento é geralmente de elevada complexidade. Tendem a ocorrer em duas faixas etárias distintas, em doentes jovens vítimas de traumatismo de grande energia e doentes idosos vitimas traumatismos de baixa energia. Por serem articulares implicam recuperação funcional longa e seguimento prolongado, independentemente do tratamento. Os autores apresentam revisão retrospetiva de 35 fraturas intercondilianas, suas causas e complicações, bem como o tratamento e resultado obtido.

Material e Métodos:
Estudados retrospetivamente uma população de 42 doentes admitidos no Serviço de Urgência entre 2004 e 2012 com diagnóstico de fratura intercondiliana do fémur. Fraturas agrupadas segundo classificação AO (AO: 33-B e C) e analisadas descritivamente. Estudado o tratamento efetuado, internamento e seguimento até à alta. Analisadas as complicações e o resultado funcional final.

Resultados:
Identificados 42 casos, com uma idade média de 49 anos. A principal causa foram os acidentes de viação com 59,1% e as fraturas tiveram uma distribuição de 63,1% do tipo C e 36,9% do tipo B. Globalmente encontrou-se uma taxa de lesões associadas de 48,67%,

em que 42% estavam associados a outras fraturas. A fratura da rótula concomitante estava presente em 17,14% dos casos. Vinte e um por cento de todas eram expostas. As opções de tratamento dividiram-se entre osteossíntese com parafusos (20%), encavilhamento retrógrado associado a osteossíntese com parafusos (40%); osteossíntese com placas (20%), e 20% de osteossínteses percutâneas que englobam todas as fraturas tipo B. O internamento médio foi de 15 dias e o seguimento médio de 13 meses.

Discussão:
Ocorreram complicações em 40% dos casos. A mais frequente foi a falência da osteossíntese (11,43%), associadas mais frequentemente a fracturas tipo B. A maioria dos doentes estava satisfeita com o resultado final.

Conclusão:
São fraturas que condicionam elevada morbilidade. Das fraturas tratadas, as mais complexas, com lesões associadas e que complicaram mais frequentemente tiveram origem em acidentes de viação. O tratamento cirúrgico foi complexo nalguns casos mas o resultado final foi satisfatório.

EP235 - **Fracturas do colo e tacícula radial com indicação cirúrgica A experiencia do nosso serviço nos últimos 5 anos**

Glória Magalhães, Ricardo Gonçalves, Ana Lopes, Pedro Campos, Clara Júlio, João Alves Da Silva
(Hospital de Vila Franca de Xira)

Introdução:
A maioria das fracturas da tacícula radial são estáveis e o tratamento não cirúrgico é o tratamento de eleição. A preservação ou o restabelecimento da articulação rádio - capiteleo é fundamental para a estabilidade do cotovelo. Determinadas características da fractura – número, tamanho de fragmentos, estabilidade, descoaptação, impactação articular, fragmentos Intra-articulares, cominução metafisaria e osteopenia definem a necessidade de intervenção cirúrgica, que poderá passar pela redução cruenta e ostessíntese, até a artroplastia da tacícula radial. O objectivo deste trabalho é apresentar a experiencia do nosso serviço, nos últimos 5 anos em intervenções cirúrgicas ao colo e tacícula radial.

Material e Métodos:
Estudo retrospectivo dos doentes submetidos a intervenção cirúrgica à tacícula radial nos últimos 5 anos e com um follow up mínimo de 1 ano, na nossa instituição. Foram observados os exames complementares de diagnóstico antes e após intervenção cirúrgica. Avaliou-se a amplitude de movimentos, dor e a necessidade de re-intervenção cirúrgica. Os doentes foram avaliados pelo Oxford Elbow Score

Resultados:
10 doentes foram submetidos a intervenção cirúrgica: em 5 procedeu-se a artroplastia da tacícula radial com prótese modular e em 5 doentes procedeu se à redução e osteossíntese. Os doentes submetidos a artroplastia da tacícula radial, 4 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre 41 e os 68 anos. Dos parâmetros avaliados 2 doentes apresentam dor muito esporádica para determinados movimentos, 1 doente apresenta edema e 3 doentes apresentam deficits ligeiros na amplitude de movimentos. Os doentes submetidos a osteossíntese 4 eram do sexo feminino e 1 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 29 e os 61 anos. À excepção de um doente que apresentava fractura do colo da tacícula radial na qual se procedeu ao encavilhamento retrógrado (adaptação da técnica de Métaizeau), os doentes foram submetidos a redução cruenta e osteossíntese com parafusos compressivos interfragmentarios e em determinados casos com fios de kirshner. Dos parâmetros avaliados, a diminuição da amplitude de movimentos é a única queixa de 1 doente.

Discussão:
As fracturas da tacícula radial Mason tipo II (se descoptadas), tipo III e IV colocam um desafio ao cirurgião. A literatura defende que a redução cruenta e a osteossíntese devem ser realizadas quando a redução anatómica, a congruência articular e a mobilização precoce é possível. Nos casos em que há descoptação com grande cominução (mais de 3 fragmentos), impossibilidade de fixação de fragmento parcial, e em fracturas associadas a lesões complexas do cotovelo, a artroplastia da tacícula é um procedimento que deve ser escolhido. A taciculectomia pode ter bons resultados a médio prazo mas desconhecidos a longo prazo. Em relação aos nossos doentes, na generalidade obteve-se resultados clínicos satisfatórios.

Conclusão:
A maioria das fracturas do colo e tacícula radial podem

ser tratadas não cirurgicamente, obtendo se excelentes ou bons resultados. A cirurgia quando indicada tem como objectivo restaurar a anatomia, biomecânica, estabilidade e amplitude de movimentos de modo a evitar alterações degenerativas a médio e longo prazo.

EP236 - **Tratamento cirúrgico de fracturas do acetábulo**

Romeu Pinho, Filipe Puga, Altino Santos, José Brenha, José Martel, António Figueiredo
(Centro Hospitalar Baixo Vouga)

Introdução:
As fracturas acetabulares são pouco frequentes, normalmente resultantes de mecanismos de alta energia e são, também, das mais difíceis de tratar com sucesso. As que requerem cirurgia, beneficiam de um planeamento pré-operatório e abordagem cirúrgica meticulosas que possa conduzir à redução anatómica e fixação estável, no sentido de evitar a elevada morbilidade destas fracturas. O objectivo deste trabalho é o de analisar os casos de fracturas acetabulares tratadas cirurgicamente no Serviço e os resultados obtidos, confrontando-os com a literatura publicada e revendo a problemática envolvida no tratamento deste tipo de fracturas.

Material e Métodos:
Análise de 8 casos de doentes com fracturas do acetábulo tratadas cirurgicamente entre 2010 e 2012 e revisão da literatura. Foram avaliados em cada caso os seguintes parâmetros: idade; sexo; lateralidade da lesão; existência de lesões associadas ; classificação da fractura segundo a classificação de Letournel, com base nas radiografias AP, incidências de Letournel e TAC; existência ou não de lesão da cabeça femoral; vias de abordagem utilizadas; complicações peri e pós-operatórias ; tempo, em meses, de follow-up; resultados funcionais segundo a escala de Harris.

Resultados:
A média de idades dos doentes foi de 46 anos. 6 dos 8 casos ocorreram em doentes do sexo masculino. 7 dos 8 doentes foram vitimas de acidente de viação. A lesão ocorreu em igual número de doentes no lado esquerdo e direito. Não existiram lesões associadas da cabeça femoral. A via de abordagem mais utilizada foi a de Kocher-Langenbeck. Não existiram complicações per nem pós-operatórias de relevo. A pontuação média da escala de Harris aos 14 meses, foi de 74. Serão apresentados individualmente e documentados por imagens alguns destes casos e a diversidade de técnicas de osteossíntese utilizadas.

Discussão:
Apesar de serem lesões pouco frequentes, as fracturas do acetábulo colocam especiais desafios no que concerne ao seu tratamento cirúrgico. A pequena casuística apresentada e o curto follow-up não permitem retirar ilações definitivas sobre alguns dos parâmetros analisados. Contudo, as diferentes abordagens e técnicas cirúrgicas nos casos em apreço permitem abordar algumas soluções para um tratamento bem sucedido.

Conclusão:
As fracturas do acetábulo são das lesões que mais problemas colocam em termos de tratamento. O tratamento cirúrgico nos doentes apresentados permitiu obter bons resultados.

EP237 - **Um estranho caso de múltiplas fracturas e deformidades...**

Romeu Pinho, Filipa Farinha, Filipe Puga, Renata Aguiar, Domingos Estrela
(Centro Hospitalar Baixo Vouga)

Introdução:
A osteoporose é a causa mais comum de fraturas de fragilidade. Contudo, várias outras condições afetam a qualidade óssea e o diagnóstico diferencial é fundamental para a compreensão do quadro e escolha do tratamento mais adequado. As fraturas de fragilidade estão associadas a um considerável aumento da morbi-mortalidade.

Material e Métodos:
Caso clínico de uma doente de 55 anos de idade com história vaga de "patologia osteoarticular" desde a infância que condicionou atraso de crescimento e deformidades ósseas implicando várias "cirurgias de correção" dos membros inferiores. Apresentava dificuldade acentuada para a marcha e episódios recorrentes de dor a nível das ancas entre os 35 e 39 anos, altura em que foi medicada com alendronato, cálcio e nandrolona, com melhoria significativa do quadro clínico. Desde os 48 anos referia coxalgia mecânica bilateral, mais intensa à esquerda, sem história de traumatismo, necessitando da utilização de canadianas como auxiliar da marcha. Do exame físico destacava-se baixa estatura, obesidade e coxa vara

bilateral.

Resultados:
A investigação imagiológica revelou: osteopenia difusa; arqueamento dos ossos longos; coxa vara bilateral; fratura do colo do fémur esquerdo, de aspecto não recente; fratura subtrocantérica do fémur direito com calo exuberante e fratura do ramo isquiopúbico direito consolidada, bem como sinais de coxartrose bilateral. Foi internada no serviço de Ortopedia para artroplastia electiva da anca esquerda, vindo a sofrer fractura de baixo impacto no terço proximal da ulna direita no pós-operatório, ao iniciar reabilitação funcional da marcha com canadianas. Procedeu-se investigação diagnóstica. Do estudo analítico realizado salientava-se cálcio e fósforo séricos no limite inferior da normalidade, calciúria e fosfatúria diminuídas, fosfatase alcalina e hormona paratiroideia elevadas e deficiência de vitamina D. Com base no quadro clínico, analítico e imagiológico, concluiu-se pelo diagnóstico de osteomalácia associada a sequelas de raquitismo.

Discussão:
Raquitismo e osteomalácia são distúrbios do metabolismo mineral ósseo cuja causa mais comum é a deficiência de vitamina D. O primeiro ocorre apenas durante o crescimento e consiste num defeito de mineralização da placa epifisária. A osteomalácia pode ocorrer quer no osso maduro quer em crescimento e define-se pela inadequada mineralização da matriz. Os autores apresentam o caso pela raridade desta patologia nos dias de hoje e pela importância de um correcto diagnóstico para a instituição de terapêutica adequada à prevenção de novas fracturas. Simultaneamente, os autores abordam as várias técnicas cirúrgicas utilizadas, documentando-as com imagens.

Conclusão:
Osteomalácia e raquitismo, apesar da sua raridade na actualidade, não devem ser esquecidas no diagnóstico diferencial das fracturas de fragilidade. A ausência de um correcto diagnóstico pode protelar a terapêutica, causando problemas cirúrgicos ao ortopedista e grande incapacidade ao doente.

EP238 - **Revisitando o síndrome doloroso regional complexo**

Joaquim Soares Do Brito, Miguel Botton, Jacinto Monteiro

(Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria)

Introdução:
O síndrome doloroso regional complexo (SDCR) corresponde a um conjunto de sinais e sintomas cuja etiologia e fisiopatologia não está totalmente esclarecida, mas que habitualmente surge em contexto pós-traumático. Manifesta-se classicamente através de um distúrbio motor, sensitivo e autonómico, interessando principalmente os membros superiores nos adultos, sendo mais prevalente nos membros inferiores na idade pediátrica. Estima-se que este síndrome possa ocorrer em cerca de 1 a 2% de todas as fracturas. O diagnóstico desta condição assenta na sua apresentação clinica. Actualmente, os critérios de Budapeste estabelecidos desde 2007, são os mais consensuais para diagnóstico do SDRC, apresentando sensibilidade de 85% e especificidade de 69%. A terapêutica de um SDRC instalado é difícil, não existindo protocolos consensuais quanto à melhor abordagem. No entanto, existe consenso na necessidade de uma abordagem multidisciplinar com tratamento farmacológico, reabilitação funcional, abordagem cognitivo-comportamental, e em última análise cirurgia para bloqueio do output simpático, apesar dos resultados pouco satisfatórios associados a esta técnica.

Material e Métodos:
Foram identificados dois doentes, operados durante o ano de 2012, com critérios diagnósticos de síndrome doloroso regional complexo. Doente 1: Homem, 56 anos de idade, vitima de queda com fractura dos ossos da perna esquerda, submetido a redução incruenta e osteossintese, sem intercorrências. Doente 2: Homem, 37 anos de idade, vitima de queda com fractura do maléolo externo, submetido a redução cruenta e osteossintese, igualmente sem registo de intercorrências.

Resultados:
Doente1: no pós-operatório o doente apresentava membro operado edemaciado, com hipersudorese, ruborizado e com queixas álgicas intensas. Aos 2 meses apresentava concomitantemente alterações marcadas de osteopénia que motivaram inicio de terapêutica com calcitonina assim como reabilitação motora e proprioceptiva. Aos 6 meses apresentava ainda dor residual mas com melhoria da sintomatologia. Aos 9 meses de pós-operatório já com resolução do quadro de SDRC e fractura consolidada realizando marcha sem

apoio. Doente 2: no pós-operatório iniciou quadro de membro edemaciado, ruborizado e com queixas álgicas intensas associadas. Optou-se por iniciar medicina física e reabilitação assim como medicação com calcitonina. Aos 8 meses de pós-operatório ainda mantinha dor residual. Apesar de fazer carga e deambulação sem necessidade de apoio, a resolução total do quadro de SDRC apenas ocorreu aos 12 meses de pós-operatório.

Discussão:
O síndrome doloroso regional complexo persiste como patologia de etiologia a esclarecer e com fisiopatologia complexa. Pelo facto de se encontrar frequentemente associado a eventos traumáticos constitui uma complicação temível para o ortopedista. O diagnóstico é fundamentalmente clinico embora possam existir alguns achados imagiológicos sugestivos desta condição, tal como observado nos dois casos clínicos apresentados. Neste contexto, os critérios de Budapeste constituem um instrumento valioso para o diagnóstico, dada a sensibilidade e especificidade aceitáveis que apresentam. Ambos os casos apresentados cumprem os critérios diagnósticos para síndrome doloroso regional complexo. No que concerne ao tratamento, parece-nos que a melhor estratégia assenta na prevenção do síndrome dado o difícil controlo do quadro. Contudo, e na presença das manifestações clinicas sugestivas, a abordagem deverá ser multidisciplinar, de modo a incrementar a possibilidade de atingir um bom resultado final.

Conclusão:
O SDRC permanece como complicação de difícil resolução para o ortopedista. O elevado grau de suspeição e intervenção terapêutica precoce multidisciplinar permite a obtenção dos melhores resultados. São ainda necessários mais e melhores estudos para esclarecer etiologia e fisiopatologia desta condição.

EP239 - **Fractura Subcapital e Intertrocantérica Homolateral Patológica do Fémur em Doente com Linfoma não Hodgkin Primário do Osso**

Luis Sobral, José Miguel Sousa, Nuno Oliveira, Isabel Rosa
(Hospital São Francisco Xavier - CHLO)

Introdução:
O linfoma não Hodgkin primário do osso é um tumor raro que constitui menos de 5 % dos tumores primários malignos do osso. Define-se por lesão solitária do osso podendo apresentar envolvimento linfático limitado aos nódulos regionais. Destaca-se por manifestação inicial de dor óssea localizada com ou sem edema local e massa palpável. Histologicamente caracteriza-se por um linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B. Neste trabalho é apresentado o tratamento cirúrgico de fractura patológica subcapital e intertrocantérica homolateral do fémur em doente com linfoma não Hodgkin primário do osso, em que se optou pela redução incruenta e osteossíntese. Descrevemos as complicações pós-operatórias, a evolução clínica e imagiológica e o grau de função obtido aos 11 meses de follow-up.

Material e Métodos:
Case Report

Resultados:
Doente de 23 anos, sexo masculino, fuzileiro de profissão, sem diagnósticos ou sintomatologia sistémica conhecidos, com o registo de uma queda da própria altura e dor crónica da anca direita associada a incapacidade funcional progressiva desde então. Referenciado por outra instituição para o Hospital da área de residência para tratamento de fractura patológica da extremidade proximal do fémur direito e de linfoma não Hodgkin de subtipo não identificado em exame anatomopatológico de biopsia óssea. Os radiogramas e tomografia axial computorizada demonstravam lesões líticas extensas da extremidade proximal do fémur, fractura subcapital completa parcialmente descoaptada - Garden III e fractura intertrocantérica com avulsão do pequeno trocanter - 31-A2 da classificação AO. Após redução incruenta em mesa de tracção foi submetido a osteossíntese de ambas as fracturas por encavilhamento cefalomedular estático rimado longo e técnica de aumentação com cimento ósseo. A Histologia confirmou infiltração óssea por linfoma não Hodgkin B difuso de grandes células sem atingimento de medula óssea. Iniciou quimioterapia o mais precocemente possível obtendo-se remissão completa no final do 3º ciclo. Como complicação destaca-se um quadro de parésia grau 2 da dorsiflexão e eversão associada a dor tipo nevrálgica da face dorsal do pé direito. O electromiograma demonstrava uma lesão do nervo peroneal comum direito com sinais de reinvervação recente. Aos 11 meses de follow-up o doente encontrava-se sem dor, com mobilidade completa da anca, a realizar carga parcial, com fracturas consolidadas no controlo radiológico e recuperação parcial mas progressiva da dorsiflexão activa do pé.

Discussão:
O linfoma não Hodgkin primário do osso é raro no entanto muito agressivo. É necessário o diagnóstico precoce para um tratamento efetivo. Atualmente preconiza-se a estabilização das fraturas patológicas e realização de quimioterapia seguida de radioterapia. Neste caso foi preferido um curso maior de quimioterapia no sentido de evitar os efeitos secundários importantes da radioterapia local. O encavilhamento cefalomedular longo foi escolhido devido às características e localização das fracturas e à estabilidade e opção de cimentação de defeitos ósseos da cabeça e colo oferecidas pelo implante. Assistiu-se a uma resposta favorável à quimioterapia obtendo-se consolidação no controlo radiológico dos 3 meses pós-operatório e excelentes resultados funcionais aos 11 meses de follow-up. A lesão do nervo peroneal no pós-operatório foi interpretada como neuropraxia.

Conclusão:
Comparado com outros tumores malignos do osso, o linfoma primário do osso tem um bom prognóstico global apresentando uma taxa de sobrevivência de 60 % aos 5 anos quando existe boa resposta à quimioterapia e radioterapia. Reportamos um caso de fractura patológica subcapital e intertrocantérica em doente com linfoma não Hodgkin primário do osso tratada por encavilhamento cefalomedular seguido de quimioterapia. Obteve-se remissão completa no final do 3º ciclo e um bom resultado funcional aos 11 meses. Actualmente

---

EP240 - **TUMORACIÓN PULSÁTIL EN REGIÓN INGUINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Carlos Cano Gala, D.a. Rendón Díaz, F.j. García García,

L. Alonso Guardo, A. Muñoz Galindo
(Hospital Virgen de la Vega)

Introdução:
La bolsa serosa del psoas-ilíaco se encuentra entre dicho músculo y la cara anterior de la cápsula de la cadera. Es la más grande del organismo y está presente en el 98% de los adultos. La comunicación con la cavidad articular es rara en una situación normal, mientras que es casi constante en el caso de coxopatía. Clínicamente la bursitis se manifiesta por dolor inguinocrural, masa palpable por fuera de los vasos femorales o más raramente como compresión vascular, nerviosa, del colon, vejiga o de los uréteres. El agrandamiento de la bolsa serosa del psoas-ilíaco puede ser más frecuente de lo publicado previamente y debe considerarse en pacientes con inexplicable dolor de cadera, asociado a una masa en la región inguinal. Presentamos el caso de una bursitis del psoas-ilíaco en un paciente con artropatía subyacente.

Material e Métodos:
Paciente varón de 79 años que acude a urgencias por dolor y limitación funcional en cadera izquierda de unas semanas de evolución. A la exploración se palpa una tumoración pulsátil blanda en cara anterointerna del muslo, de aproximadamente 4x4 cms. Se realiza ecografía y TC para descartar fundamentalmente formación aneurismática en vasos ilíacos o femorales. Ambos son informados como bursitis del ileopsoas izquierdo que desplaza los vasos femorales. Ingresamos al paciente para ampliar el estudio mediante RM que, además de la bursitis, informa de una necrosis avascular evolucionada de la cabeza femoral ipsilateral. La biopsia guiada por ECO realizada unos días después nos confirma el diagnóstico de bursitis. Se decide implantar una Prótesis Total de Cadera y en ese mismo acto quirúrgico realizar una bursectomía del ileopsoas.

Resultados:
En las revisiones postquirúrgicas el paciente evoluciona favorablemente, comparable a cualquier otro paciente intervenido de sustitución articular, y no ha vuelto a presentar la tumoración por la que se inició su estudio.

Discussão:
En el 9% de las series publicadas de artrografías se ha demostrado la comunicación entre la bolsa del iliopsoas y la articulación de la cadera. El agrandamiento de dicha bolsa podría ser secundario al aumento de producción del líquido sinovial, en una articulación con artropatía (como ampliamente ha sido descrito en el caso de las necrosis avasculares de la cabeza femoral), con el consiguiente incremento de la presión y protrusión de las membranas sinoviales en el espacio potencial de la bolsa, o bien a la proliferación hipertrófica de las vellosidades de la bolsa, con la subsecuente hiperproducción del líquido. La dirección y el grado de extensión de la bursa determinan la sintomatología clínica. El diagnóstico diferencial incluye la hernia inguinal o crural, linfoma u otras neoplasias, linfadenopatías, criptorquidia, absceso del psoas y anomalías vasculares

Conclusão:
El tratamiento consiste en la aspiración del contenido quístico y la instilación de corticoides(si no hay una etiología clara sobre la que actuar). Las bursas recurrentes o de gran extensión pueden requerir escisión y sinovectomía. En todos los casos de bursitis infecciosa es necesaria la exéresis de la misma. En nuestro caso, la bursitis estaba siendo producida por la necrosis de la cabeza femoral, por lo que se obtuvo un claro beneficio sustituyendo la articulación por una Prótesis.

EP241 - **Doença de Von Recklinghausen enquanto mimetizadora de neoplasia agressiva da epífise tibial**
Miguel Do Nascimento, Marcos Carvalho, Alexandre Brandão, Luis Corte Real, António Garruço, Fernando Fonseca
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
A doença de Von Recklinghausen ou osteíte fibrosa quística, trata-se da manifestação óssea de um hiperparatiroidismo de longa evolução. Caracteriza-se pela reabsorção excessiva por parte dos osteoclastos, condicionando a destruição da cortical óssea e formação de quistos fibrosos. Geralmente localizada ao nível dos metacarpos, falanges, bacia, fémur, tíbia ou coluna vertebral Na presença de carcinoma paratiroideu, a osteíte fibrosa quística é mais comum e radiologicamente evidente. A melhoria sintomatológica e a regressão do quadro poderão ocorrer, após a realização de uma paratiroidectomia. O objetivo deste trabalho cursa com o sensibilizar da comunidade ,para a existência de entidades raras que simulam lesões malignas do aparelho locomotor.

Material e Métodos:
Doente do sexo feminino com 58 anos de idade,

seguida em consulta externa desde 2011, no contexto de gonalgia direita tipicamente mecânica. Clinicamente apresentava tumefacção e derrame articular recorrentes, com presença de sinais inflamatórios localmente, associados a rigidez e diminuição da amplitude articular. Sem outras queixas assinaláveis do foro osteoarticular. Após estudo radiológico convencional, realizou uma TAC articular do joelho direito que revelou a presença de uma lesão lítica episifária. Por suspeita de lesão expansiva da epífise tibial realizou uma RMN, a qual concluiu tratar-se de uma lesão com especto sugestivo de neoplasia óssea agressiva, levantando-se a hipótese de se tratar de um osteossarcoma atípico. Referenciada para a nossa unidade de tumores do aparelho locomotor, em Maio de 2012, foi então submetida a biópsia guiada por TAC e biópsia incisional, em bloco operatório central. Ambos os diagnósticos histopatológicos revelaram a presença de lesão cartilagínea, sem qualquer evidência de componentes proliferativos celulares. De salientar, que em Outubro de 2012 se optou pela realização de curetagem da lesão quística e seu preenchimento com enxerto ósseo autólogo. Na sequência de um doseamento com valores de PTH elevados e hipercalcémia grave, realizou uma cintigrafia das paratiróides com Sestamibi – Tc99m, o qual concluiu a presença de um estudo sugestivo de hiperparatiroidismo grave. Submetida em Novembro de 2012 a paratiroidectomia inferior esquerda, com diagnóstico histológico de lesão tumoral benigna – adenoma da paratiróide esquerda.

Resultados:
Atualmente a doente encontra-se em período de normalização dos valores séricos de PTH, apresentando estabilização das lesões ósseas, mantendo o seguimento por consulta multidisciplinar.

Discussão:
A osteíte fibrosa quística foi inicialmente descrita por von Recklinghausen em 1891, associando-se ao estádio final de hiperparatiroidismo. Atualmente, através do desenvolvimento de exames complementares de imagem e rastreio bioquímico seriado, a hipercalcémia resultante de hiperparatiroidismo primário ou secundário, é diagnosticada precocemente. Como resultado da hipercalcemia, a qual pode ser marcada, é frequente a presença de astenia, anorexia, perda de peso, poliúria, cálculos urinários, fraturas patológicas e osteíte fibrosa quística, a qual poderá condicionar dor e tumefação local. A osteíte fibrosa pode ser localmente agressiva, no entanto não é considerada um tumor maligno verdadeiro. No entanto, devido à características da doença, poder-se-á tornar difícil distingui-la de tumores primários, doença metastática ou mieloma múltiplo. Assim sendo, é de vital importância a realização de biopsia guiada por TC, biopsia incisional, em associação com estudos de imagem e rotinas analíticas seriadas. O tratamento da osteíte fibrosa quística secundária a um hiperparatiroidismo primário, cursa com a remoção cirúrgica das lesões paratiroideas. As lesões ósseas tendem a recuperar espontaneamente após a correcção dos níveis séricos da PTH, considerando-se a sua remoção cirúrgica desnecessária. A principal causa de hiperparatiroidismo primário

---

EP242 - **Linfoma primário não Hodgkin da sétima costela – caso clínico**
Daniel Esteves Soares, Luciana Leite, Pedro Santos Leite, Pedro Brandão Barreira, Vânia Oliveira, Pedro Cardoso
(Centro hospitalar do Porto)

Introdução:
Os linfomas ósseos primários são entidades raras, correspondendo a cerca de 7% dos tumores ósseos malignos, e foram descritos pela primeira vez por Oberling em em 1928. São classicamente definidos como linfomas com origem na cavidade medular e confinados a um osso, sem envolvimento sistémico concomitante. Existe um ligeiro predomínio pelo sexo masculino e geralmente surgem após a segunda década de vida. A maioria corresponde a linfomas não-Hodgkin de tipo difuso de grandes células B. São mais comuns no esqueleto apendicular do que no esqueleto axial, particularmente ao nível dos membros inferiores, sendo o fémur o osso mais frequentemente envolvido (25%). A principal característica clínica é a dor e os achados imagiológicos geralmente sugerem agressividade embora sejam variáveis.

Material e Métodos:
Os autores apresentam o caso de um jovem de 32 anos de idade, referenciado à consulta externa de Ortopedia por dor intensa localizada ao nível da grade costal esquerda com vários anos de evolução, agravada nos últimos 7 meses, sem irradiação ou sintomatologia do foro respiratório associada. As queixas motivaram estudo por radiografia, ressonância magnética e tomografia axial computadorizada onde foi identificada uma lesão heterogénea associada a ligeiro espessamento cortical e regiões de interrupção e

efracção com ténue reacção periosteal,mas sem atingimento dos tecidos moles. Os achados imagiológicos foram considerados sugestivos de displasia fibrosa do 7º arco costal esquerdo com fractura associada e o doente foi proposto para tratamento cirúrgico, devido a dor intratável, tendo sida realizada a exérese do 7º arco costal esquerdo

Resultados:
O pós-operatório imediato decorreu sem complicações e o doente teve alta para o domicílio decorridas 48 horas da cirurgia. O estudo histológico entretanto realizado viria a demonstrar características de Linfoma não-Hodgkin, do tipo difuso, de grandes células B. Procedeu-se à realização de exames de estadiamento que não revelaram envolvimento sistémico e foi orientado para a consulta de Oncologia tendo sido proposto para tratamento com radioterapia local e quimioterapia. Verificou-se boa evolução clínica encontrando-se, volvido 1 ano após cirurgia, assintomático e sem qualquer evidência de recidiva ou progressão da doença em estudo por tomografia por emissão de positrões.

Discussão:
Os linfomas primários ósseos são entidades raras e cujas características clínicas e imagiológicas são, frequentemente, inespecíficas. No caso clínico apresentado o diagnóstico foi feito de forma incidental uma vez que, à excepção da fractura associada, não existiam características clínicas e imagiológicas que sugerissem agressividade. Para mais, a localização da lesão é pouco frequente nesta patologia sendo muito mais associada a envolvimento secundário metastático ou mesmo à hipótese diagnostica inicialmente colocada de displasia fibrosa. Do ponto de vista do tratamento, o gold standard é a utilização combinada de radioterapia e quimioterapia que permitem obter taxas de sobrevida livre de doença da ordem dos 88%. A ressecção cirúrgica não é geralmente considerada embora existam relatos na literatura da obtenção de bons resultados quando a doença está confinada ao osso de origem e se associada a quimioterapia. No caso clínico descrito a intervenção cirúrgica veio a traduzir-se, até ao momento, num bom resultado clínico.

Conclusão:
Os tumores ósseos da grelha costal constituem um desafio diagnóstico e terapêutico para o clínico. Maioritariamente correspondem a metastização ou invasão de tumores malignos adjacentes sendo que os linfomas ósseos primários constituem uma raridade.

EP243 - **Quisto Aneurismático "gigante" do cúbito, um caso raro.**
Helder Nogueira, Daniel Lopes, Sara Lima Araújo, Sofia Esteves Vieira, Sara Alves Da Silva, Joana Leitão
(Centro Hospitalar Tâmega e Sousa)

Introdução:
O quisto ósseo aneurismático é uma lesão benigna, muitas vezes localmente agressiva, de etiologia obscura. Tem uma predileção pelo sexo feminino, e pode surgir em qualquer faixa etária, com pico na segunda década de vida. Pode ser uma lesão primária ou secundária, associada a condroblastoma, osteoblastoma, entre outros tumores. Afecta habitualmente ossos longos, em particular o fémur, tíbia e úmero, com atingimento preferencial das metáfises ou segmentos metadiafisários assim como os elementos posteriores da coluna. Em termos radiológicos, trata-se de uma lesão lítica, expansiva, que frequentemente se apresenta com adelgaçamento cortical e septações, apresentando caracteristicamente na RMN níveis líquidos. A história natural desta lesão é o progressivo crescimento pelo que o tratamento cirúrgico é recomendado. O tratamento consiste habitualmente em curetagem e enxerto ósseo. A recidiva é de 10-20%, estando correlacionada com idade inferior a 15 anos, remoção incompleta e localização central, aplicando-se nestes casos a mesma opção terapêutica.

Material e Métodos:
Os autores apresentam um caso de uma doente de 25 anos, sexo feminino, que recorre ao serviço de urgência, encaminhada do Centro de Saúde, por dor ao nível do antebraço direito com 3 meses de evolução e deformidade moderada, com aumento das queixas álgicas nas últimas 24 horas, negando uma história traumática identificável. O Rx do antebraço direito revela lesão osteolítica da metade proximal da diáfise do cúbito com fractura patológica ao nivel do segmento médio da lesão. Foi sujeita a estudo com TC, que retrata lesão lítica na metade proximal do cúbito direito, com um diâmetro longitudinal de cerca de 8,5 cm, compatível com quisto ósseo aneurismático, e onde se identifica traço de fractura transversal em posição central. Decide-se pela imobilização do antebraço com suspensor de braço universal, sendo proposta para biópsia e cirurgia, com curetagem e enxerto ósseo da lesão.

Resultados:
A biópsia óssea confirmou o diagnóstico de quisto ósseo aneurismático, lesão benigna sem critérios malignos. A doente foi submetida a curetagem da lesão, preenchimento com enxerto ósseo colhido no ilíaco e osteossíntese da fractura apresentada com placa e parafusos. Permaneceu imobilizada com suspensor universal de braço durante 3 semanas. No seguimento em consulta verificou-se boa evolução clínica e radiológica, com consolidação da lesão, assim como recuperação completa do arco de mobilidade do cotovelo.

Discussão:
O quisto ósseo aneurismático mesmo sendo uma lesão benigna pode se tornar muitas vezes localmente agressiva, como tal deve ser abordado de forma metódica. O tratamento assenta no correcto diagnóstico da lesão sendo necessário a realização de uma biópsia óssea de forma a excluir lesões tumorais malignas. Uma vez confirmado o diagnóstico é necessário realizar uma curetagem da lesão e preenchimento da mesma com enxerto ósseo de forma a evitar fracturas patológicas da área atingida. No caso clínico apresentado, foi necessário proceder à fixação da fractura, tendo sido utilizada uma fixação rígida com bom resultado clínico e radiológico.

Conclusão:
Os autores apresentaram um caso clínico de um quisto aneurismático em localização atípica, no cúbito, já complicado de fractura patológica. Conseguiram um excelente resultado clínico e radiológico, tendo sido necessário o preenchimento de toda a lesão com enxerto ósseo colhido no ilíaco, assim como a correcta fixação da fractura. Deste modo, foi conseguida uma recuperação por completo das lesões apresentadas.

EP244 - **Osteocondromas ou Condrossarcomas de baixo grau? A propósito de 2 casos clínicos com follow-ups distintos.**
João Sarmento Esteves, Manuel Leão, José Pinto, João Protásio, Carolina Escalda, Nuno Craveiro Lopes
(Garcia de Orta)

Introdução:
Os osteocondromas são os tumores ósseos benignos mais frequentes. Historicamente existe o debate se este tipo de neoplasias representa um desenvolvimento aberrante ósseo ou se corresponde a um tumor benigno. Mais recentemente a descoberta de anormalidades cromossómicas evidenciou que se trata efectivamente de uma neoplasia. O tamanho destas lesões é bastante variável. O tamanho da lesão pode ser pequena e raramente dará sintomas, sendo esse o motivo pelo qual a sua verdadeira incidência é desconhecida. Os sintomas surgem pelo seu tamanho, impingement em estruturas neurovasculares ou fractura da sua base pediculada, cursando esta última com dor.

Material e Métodos:
Relato fotográfico de dois casos clínicos de osteocondroma gigante do ilíaco em dois doentes, um do sexo feminino, raça caucasiana, com 24 anos de idade e outro do sexo masculino, raça negra, com 35 anos de idade, o primeiro com 16 anos de follow-up e o segundo caso com 1 mês de seguimento. Quanto ao primeiro caso, história com 3 anos de evolução de aparecimento de tumefacção de consistência dura ao nível da crista ilíaca direita. A lesão teve inicialmente crescimento lento até nova gravidez altura em que a doente notou crescimento mais rápido, fazendo-se acompanhar de dor local, sensação de calor e aparecimento de parestesias com irradiação à zona superior da coxa. Quanto ao segundo caso, história com 6 anos de evolução de tumefacção indolor na região supra-acetabular direita. Agravamento das queixas desde há 1 ano que o doente relaciona com posições posturais de hiperpressão da anca direita. Não tinha associadas outras queixas nomeadamente de compressão neurovascular.

Resultados:
O exame radiológico do primeiro caso revelou a existência de uma lesão com o aspecto mushroomlike, pedunculado com base no 1/3 anterior da crista ilíaca na parte superior da tábua externa. A ressonância magnética revelou alterações da intensidade do sinal dos elementos ósseos do ilíaco direito. Foi feita excisão em bloco da lesão 8cm de maior eixo incluindo a sua insercão na tábua externa no dia 4/7/1997. O exame anatomo-patológico revelou condrossarcoma de baixo grau (grau 1) secundário em osteocondroma. A doente encontra-se actualmente assintomática sem recidiva local do tumor. O exame radiológico do segundo caso revelou a existência de uma lesão com o aspecto mushroomlike, pedunculado com base fixa no espaço entre a espinha ilíaca antero-superior e antero-inferior. A ressonância magnética revelou volumosa massa ilíaca, em isosinal com o músculo, com áreas em hiposinal T1

no seu interior com cerca de 10.2cm de maior eixo e está em aparente continuidade com osteocondroma pediculado da asa direita do ilíaco, com o qual não tem plano de clivagem, não se podendo contudo excluir dadas as suas dimensões e crescimento referenciado degenerescência para condrosarcoma. Foi feita excisão em bloco da lesão incluindo a sua insercão pedicular dia 27/4/2013. O exame anatomo-patológico revelou condrossarcoma de baixo grau (grau 1) secundário em osteocondroma. O doente encontra-se assintomático actualmente.

Discussão:
O diagnóstico diferencial mais importante do osteocondroma é o condrossarcoma secundário. Pelo facto da maioria dos condrossarcomas secundários que surgem dos osteocondromas serem de baixo grau, o diagnóstico não pode ser baseado apenas nos achados histológicos. O prognóstico deste tipo de lesões de baixo grau deve ser excelente. Radiologicamente, um revestimento cartilagíneo irregular e espesso e áreas de lucência dentro da mesma são achados preocupantes.

Conclusão:
O tratamento deste tipo de tumores depende do seu tamanho, achados radiológicos e suspeita de malignidade. Está indicada a ressecção em bloco como tratamento definitivo deste tipo de lesões.

EP245 - **Descelagem em megapróteses tumorais após tumores primários do fémur – O drama descrito em 2 casos clínicos**
Luciana Leite, Pedro Cardoso, Pedro Neves, Daniel Esteves Soares, Pedro Santos Leite, Vânia Oliveira
(Santo António)

Introdução:
A reconstrução do femúr com recurso a megaprótese após ressecção tumoral alargada é um desafio cirúrgico. A função readquirida é habitualmente satisfatória. No entanto, e pelo aumento da sobrevida registada nestes doentes, o ortopedista deve estar alerta para o elevado potencial de complicações a curto e médio prazo.

Material e Métodos:
Dois casos de sarcoma (osteossarcoma paraosteal e fibrossarcoma) do fémur distal cujo tratamento cirúrgico foi a exérese alargada e artroplastia do joelho com megaprótese de "hinge rotatório" As próteses tinham haste cimentada e anel poroso na transição prótese-haste. Verificou-se descelagem e migração proximal das próteses ao fim de 40 e 33 meses, respectivamente. No primeiro caso a solução foi uma prótese total do fémur e no segundo realizou-se a revisão com nova haste proximal cimentada e aparafusada.

Resultados:
Bom resultado funcional nos dois casos, sem evidência de recidiva de lesão.

Discussão:
Apesar das megapróteses tumorais serem uma óptima solução no tratamento de tumores ósseos, está descrita uma elevada percentagem de complicações a curto e médio prazo. O excesso de stress aplicado na interface osso-cimento e articulação parece resultar numa osteólise precoce e desgaste dos componentes. Os primeiros modelos de megapróteses sem " hinge rotatório" apenas permitiam o movimento de flexão e extensão do joelho, e as complicações registadas foram elevadas. Para resolver este problema foram adicionados novos módulos que permitiam a rotação axial dissipando-se assim as forças transmitidas às interfaces osso-cimento e cimento-prótese . Os modelos mais recentes incorporam características que oferecem melhor estabilidade de torção para a fixação, assim como permitem uma melhor articulação entre o "hinge rotatório" e o componente tibial. Na literatura estes modelos actuais apresentam resultados promissores a médio prazo. No entanto, nos casos apresentados, as complicações foram mais precoces que os resultados da literatura actual talvez devido ao facto de se tratarem de doentes de grande estatura, com um resultado funcional inicial muito bom que lhes permitiu uma marcha normal, sem restrições nas actividades da vida diária

Conclusão:
Apesar do drama, as soluções encontradas pareceram adequadas e funcionalmente satisfatórias . O caso da revisão com haste cimentada e aparafusada pode ainda não ser definitivo, e ser necessária uma reintervenção com recurso à prótese total do fémur.

EP246 - **Meloreostose - Caso raro**
Ugo Fontoura, André Bahute, Pedro Jordão, Ruben Fonseca, Pedro Marques, Ana Rita Gaspar
(Centro Hospitalar e Uinversitario de Coimbra)

Introdução:
É uma doença benigna das extremidades caracterizada pela formação de novo osso periosteal. Foi descrita por Leri e Joanny em 1922. É uma lesão rara, não hereditária, geralmente apresenta-se antes dos 40 anos, atingindo igualmente homens e mulheres. A localização mais comum é nas extremidades dos membros inferiores, mas podendo ocorrer em qualquer osso. Com uma incidência estimada de 0,9 casos por milhão de pessoas, pode-se calcular que existem cerca de 1.000.000 para 1.500.000 pessoas com meloreostose actualmente vivo. No entanto, apenas cerca de 300 casos têm sido relatados na literatura.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, 26 anos, imigrante do Uzbequistão enviado do centro de saúde para a consulta externa de Ortopedia por gonalgia esquerda. Doente refere dor de características mecânicas, com rigidez matinal do joelho esquerdo. Refere também deformidade da coxa, joelho e perna em relação ao membro contralateral. Como antecedentes cirúrgicos, doente relata cirurgia em 2011 a coxa esquerda por lesão do fémur no país natal. Doente foi estudado por radiografia convencional, TAC, RMN da coxa e perna direita, cintigrama ósseo e estudo analítico.

Resultados:
Doente com 1 ano de follow-up. Ao exame objectivo, doente apresenta mobilidades a flexão/extensão 130º/0º/0º, sem instabilidade, cicatriz para-patelar interna (15cm). Radiograficamente, as lesões mostram hiperostose cortical que podem ser comparadas a "cera de vela". A nível do fémur distal encontramos a presença de cimento, sequelas da última cirurgia. A TAC e RMN apontam como hipótese diagnóstica mais provável a meloreostose. O cintigrama ósseo revelou actividade osteoblástica no na metade inferior da diáfise femoral e na diáfise tibial e na cabeça femoral homolaterais.

Discussão:
Os adultos geralmente queixam-se de dor, rigidez articular e deformidade progressiva. O tratamento conservador é o mais indicado, sendo o tratamento cirúrgico (ressecção da hiperostose e libertação de tecidos moles) reservado para situações mais complexas (dificuldade de locomoção, dor e contractura). Doente refere dor mecânica esporádica que cede a AINE´s. Durante o ultimo ano, não existiu alterações do quadro clinico obtando-se para prosseguir pelo tratamento conservador.

Conclusão:
A meloreostose é uma doença benigna rara. Casos isolados de malignidade foram relatados em associação com meloreostose (casos isolados de osteosarcoma e histiocitoma fibroso maligno). O tratamento mais indicado é conservador sendo o cirúrgico reservados para situações mais complexas. O padrão radiológico é patognomónico não sendo habitual a realização de biopsia para o diagnóstico. O doente mantem-se em vigilância em consulta de Ortopedia.

EP247 - **Fixação profilática com cavilha e polimetilmetacrilato em tumor castanho do fémur proximal: um caso clínico**

João Nunes Castro, Paulo Almeida, Miguel Botton (Hospital Santa Maria)

Introdução:
Os tumores castanhos são lesões ósseas que surgem em situações de actividade osteoclástica excessiva no contexto de hiperparatiroidismo. Não se trata de um verdadeiro tumor, mas é um importante diagnóstico diferencial de lesões metastáticas e tumores primitivos dos ossos.

Material e Métodos:
Apresentamos um caso de uma jovem de 21 anos com diagnóstico de Lupus Eritmatoso Sistémico (LES) e insuficiencia renal crónica (IRC), que vem a consulta de Ortopedia, por intermédio da Reumatologia, e que referia história de dor persistente na região da anca direita, especialmente quando realizava carga ou marcha, sem alivio com medicação analgésica. Na avaliação analítica demonstrava valores elevados de PTH e cálcio no sangue. Na avaliação radiografica evidencia-se uma lesão radiolucente ocupando 2/3 do calcar femoral á direita, sem aparente reacção periostal. Na avaliação em TC identificamos várias lesões osteolíticas coalescentes e de limite bem definido no colo do fémur direito, apresentando um maior eixo de cerca de 5,5 cm de largura . Durante este mesmo exame, é realizada uma biopsia. Em estudo de anatomia patologica, demonstra-se tecido fibroso intercalado com osso trabecular sem matriz de suporte e múltiplos osteoclastos aglomerados formando as células tumorais gigantes típicas da osteíte fibrosa dos tumores castanhos.

Resultados:

A doente foi submetida a encavilhamento com cavilha PFNA e injecção de cimento por intermédio da lâmina da cavilha para preenchimento da área de maior fragilidade. O intra-operatório e pós-operatório decorreu sem intercorrências

Discussão:
Do ponto de vista ortopédico, o risco de fractura patológica em uma lesão destas dimensões é elevado quando o tumor interrompe a cortical de ossos longos em cerca de 2/3, especialmente numa área de carga como é o calcar femoral. O tratamento profilatico com fixação interna com encavilhamento e preenchimento da lesão com cimento é, hoje em dia, a principal terapêutica recomendada na literatura científica, de forma a prevenir a fractura patológica. .

Conclusão:
As 6 semanas de seguimento pós-operatório em consulta, a doente realiza carga sobre a anca envolvida, sem necessidade de canadianas, e sem novas queixas de dor. Os arcos de mobilidade da anca estão preservados.

EP248 - **Caso Clínico – Poroma Écrino do Pé**
Nuno Oliveira, José Miguel Sousa, Bárbara Campos, Luis Sobral, Afonso Caetano, Isabel Rosa
(São Francisco de Xavier)

Introdução:
O poroma écrino é um tumor benigno raro da pele formado por células epiteliais da linhagem de ductos de glândulas sudoríparas. A lesão pode surgir em qualquer idade mas, geralmente, o seu aparecimento ocorre na idade adulta. Manifesta-se como uma lesão nodular, da cor da pele e de crescimento lento, com até 2cm de diâmetro, na região palmar e plantar. Podem sofrer erosão da superfície cutânea deixando visivel o tecido tumoral de aspeto vegetante e húmido, mimetizando tumores malignos. O diagnóstico só é feito após a sua excisão, por exame histopatológico.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, 52 anos de idade com história de aparecimento de nódulo no bordo medial do pé esquerdo com 18 meses de evolução, com dor constante, que era exacerbada com uso de sapato, prejudicando as atividades de vida diária e o desempenho profissional. Á observação estava patente uma massa de 1 cm com sinais inflamatório locais. Fez Ecografia que revelou pequeno nódulo de tecido celular subcutâneo na face medial do retropé com cerca de 10mm hipoecogénica com reforço posterior discreto (granuloma ???). Fez RM que revelou pequena formação nodular com compromisso dérmico e subcutâneo que pelas suas dimensões, localização e variação de sinal não permite excluir a hipótese de desmato- fibro-sarcoma. Operado em novembro de 2011 com excisão lesão efetuando-se retalho cutâneo elíptico de 2,7 x 1,6 cm com nodulo ulcerado com 0,9 cm. A peça foi enviada para exame anátomo-patológico

Resultados:
A cicatrização de ferida evoluiu bem. O doente iniciou as suas atividades laborais 1 mês após cirurgia. O resultado histológico revelou tumor bem delimitado constituído por cordões de células basaloides uniformes, sem atipias nem mitoses, que se estendem da epiderme para a derme, com hielinização central focal. As células neoplásicas eram positivas para CK7, P63 e PAS, focalmente positivas para BER EP4 e negativas para proteína S100. Margem cirúrgica livre. Um ano e meio após a cirurgia o dente encontra-se sem sintomas e sinais de lesão.

Discussão:
O Poroma Écrino é um tumor benigno com variantes malignas excecionais, representando estas uma incidência menor de 0,01%. Podem ocorrer metástases principalmente para nódulos linfáticos regionais; A ulceração e o sangramento fácil, em lesões de evolução longa, fazem suspeitar de malignidade. O diagnóstico diferencial faz-se em especial com o carcinoma espinocelular, o melanoma amelanótico, o dermatofibroma e o granuloma piogênico.

Conclusão:
O correto diagnóstico desta doença é realizado pelo exame anátomo-patológico. Face às semelhanças clínicas com patologias de maior gravidade a exérese cirúrgica urgente é o tratamento de escolha.

EP249 - **Schawnnoma gigante do ombro - a propósito de um caso clínico**
Romeu Pinho, Filipe Puga, Paula Helena Silva
(Centro Hospitalar Baixo Vouga)

Introdução:
Os tumores que se formam a partir das bainhas nervosas dos nervos periféricos constituem uma causa

rara de tumorações do ombro. Os tumores benignos podem ser classificados como neuromas traumáticos, nerurofibromas e schwannomas. Existem também tumores malignos das células das bainhas nervosas de nervos periféricos. Os neurofibromas solitários e os schawnnomas causam sinais e sintomas similares, não existindo características clinicas patognomónicas distintivas. Podem apresentar-se como uma massa isolada de origem e tempo de evolução incertos. Apesar da sua raridade, o desconhecimento da existência destes tumores e da sua natureza aquando da cirurgia pode levar a uma perda funcional catastrófica para o doente.

Material e Métodos:
Apresentação de caso clínico documentado com imagens, discussão e revisão da literatura.

Resultados:
Doente de 80 anos de idade avaliada em consulta externa por uma tumoração na região póstero-superior do ombro direito sem relação com qualquer traumatismo, indolor, com cerca de um ano de evolução, que não condicionava limitação funcional. Efectuou ecografia, TC e RMN tendo esta última detectado, entre os planos dos músculos infra-espinhoso e pequeno redondo e o músculo deltóide uma lesão expansiva medindo aproximadamente 100x93x50mm. Perante a clínica e os exames (cujas imagens serão apresentadas) sugestivos de quisto sinovial gigante foi decidida a excisão cirúrgica da lesão (documentada por fotos). O diagnóstico confirmado anatomo-patologicamente, contrariamente a todas as expectativas, foi o de um tumor benigno das bainhas nervosas. A doente ficou sem queixas clínicas e sem qualquer défice funcional.

Discussão:
A incidência de tumores isolados de bainhas nervosas de nervos periféricos é baixa. Apresentam-se normalmente como uma massa de crescimento lento, ao passo que a dor e os deficits neurológicos são incomuns. Entre os vários exames complementares disponíveis, a RMN constitui o "padrão-de-ouro". Ainda assim, segundo a literatura, apenas 25% dos diagnósticos são feitos pré-operatoriamente. O risco de lesão do nervo durante a cirurgia existe e é maior nos neurofibromas pela maior envolvência com as fibras nervosas. Os autores pretendem realçar a necessidade de ter em conta esta entidade clínica rara, de modo a minimizar o risco de lesão iatrogénica do nervo envolvido.

Conclusão:
Os tumores das bainhas nervosas dos nervos periféricos são lesões raras e maioritariamente benignas. Ainda assim, devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de tumefacções de evolução lenta do ombro. É necessária uma abordagem clínica e imagiológica cuidadosa, devendo idealmente o diagnóstico ser pré-operatório, o que não aconteceu no caso apresentado. O planeamento pré-operatório e a abordagem cirúrgica devem ser meticulosas visando minimizar o risco de lesão iatrogénica.

EP250 - **Lipoma do joelho: apresentação rara de um tumor frequente**

Frederico Marquez Correia, Mafalda Batista, Miguel Carvalho, João Neves, Francisco André Caeiro, José Lima
(Espirito Santo de Evora)

Introdução:
O lipoma é um tumor benigno frequente. Surge em 2% da população e representa 50% de todos os tumores de partes moles do sistema musculosquelético. O lipoma apresenta-se normalmente como tumor indolor pelo que, até ser detetado, pode apresentar um tamanho variável chegando a alcançar dimensões consideráveis. As localizações mais frequentes de lipomas gigantes são coxa, ombro e tronco. A excisão cirúrgica é o tratamento de eleição para este tipo de tumores pelo seu potencial de recorrência e transformação maligna. As indicações para excisão são: lesão > 5 cm; tumor que apresenta crescimento progressivo; tumefação sintomática (dor, limitação da mobilidade) ou problema estético. O prognóstico desta lesão é bom.

Material e Métodos:
Descrição de um caso clínico com apresentação de exames complementares diagnósticos de imagem, opção terapêutica e evolução.

Resultados:
Doente de 62 anos de idade, sexo masculino, enviado a consulta por tumefação do joelho esquerdo com crescimento progressivo nos 3 anos anteriores, que condicionava a utilização de vestuário. Como antecedentes pessoais de relevo destaca-se obesidade, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiência venosa dos membros inferiores. O doente negava perda ponderal. Ao exame objetivo apresentava tumefação anterior do joelho esquerdo com limitação discreta da flexão. A

ressonância magnética revelou uma volumosa lesão com localização subcutânea da região anterior do joelho esquerdo, com características benignas e muito sugestivas de lipoma. Foi realizada excisão cirúrgica da lesão tumoral. A anatomia patológica confirmou o diagnóstico de lipoma de grandes dimensões (28x25x13 cm com 2688g de peso) revestido por fina membrana. Um mês após a cirurgia o doente apresentou novo internamento por deiscência da sutura tendo sido submetido a revisão e limpeza cirúrgica da ferida operatória. Um ano após a excisão cirúrgica o doente apresenta-se assintomático, com diâmetro simétrico dos membros inferiores e sem limitação da flexão do joelho esquerdo. A ferida operatória apresenta-se cicatrizada.

Discussão:
O lipoma é um dos tumores benignos mais frequentes. A maioria apresenta-se como pequenas tumefações subcutâneas assintomáticas. As principais queixas relacionadas com lipomas gigantes são a limitação da mobilidade, a dor (provocada pelo estiramento de estruturas nervosas) ou o compromisso estético pelo tamanho da tumefação. A utilização de meios complementares de imagem (ecografia, RMN, TC) tem um papel importante no diagnóstico diferencial e programação cirúrgica deste tipo de lesões. Neste caso clínico, a presença de uma lesão superior a 5 cm, com crescimento progressivo ao longo de 3 anos, limitação da flexão e as implicações psicológicas inerentes à questão estética fizeram-nos optar por um tratamento cirúrgico da lesão.

Conclusão:
Os lipomas gigantes são uma forma de apresentação relativamente rara de um tumor frequente. O diagnóstico diferencial é fundamental para uma correta abordagem terapêutica. A ressonância magnética é um dos exames complementares de imagem de eleição para o esclarecimento desse diagnóstico. As implicações psicológicas desta lesão têm um importante papel na opção terapêutica da mesma. A programação rigorosa da abordagem cirúrgica diminui o risco potencial de complicações como o encerramento cutâneo ou lesão de vasos ou nervos.

EP251 - **FRACTURAS PATOLOGICAS EN HUESOS LARGOS POR METASTASIS: TRATAMIENTO MEDIANTE ENCLAVADO INTRAMEDULAR**

Beatriz Novoa Sierra, Juan Salvador Ribas Garcia-peñuela, Lina Marcela Perez Estupiñán, Victor Zarzuela Sanchez
(Hospital General Universitario)

Introdução:
Al año se diagnostican 1´2millones de casos nuevos de cáncer en Estados Unidos, aproximadamente el 50% tiene capacidad metastásica ósea. Las metástasis suponen la tumoración ósea mas frecuente en el adulto siendo el esqueleto la tercera localización metastásica tras el pulmón y el hígado. Cuando debido al proceso neoplásico maligno se produce una alteración en las propiedades y resistencias normales del hueso llegando a romperse nos encontramos ante una fractura patológica.

Material e Métodos:
Realizamos una revisión retrospectiva de las lesiones óseas metastásicas o fracturas patológicas en huesos largos que habían sido tratadas mediante clavo intramedular en nuestro Servicio en el periodo entre el 2000 y el 2011. Se recogen el sexo y la edad de los pacientes, la localización de la fractura patológica y si existía tumor primario conocido en el momento del enclavado, así como la localización del mismo y la existencia de metástasis en otras localizaciones. Contabilizamos la supervivencia tras la fractura. Tras el tratamiento analizamos el dolor y la funcionalidad mediante el MSTS score.

Resultados:
Estudiamos 35 pacientes, 20 eran mujeres, donde con mayor frecuencia el tumor primario se localizaba en la mama, mientras que en los hombres se asentaba preferentemente en la próstata y colon. A excepción de 5 casos, todos los tumores primarios eran conocidos. La media de edad fue de 69 años con una media de supervivencia a los 6 meses del 49%. El hueso más afecto fue el fémur, distribuyéndose por igual el número de pacientes en el tercio proximal y en el tercio medio. Mientras en el húmero todos los casos tuvieron lugar en el tercio medio. En el MSTS Score obtuvimos una puntuación de 25 sobre 30 en el miembro superior y de 27 sobre 30 en el miembro inferior.

Discussão:
El tratamiento de las metástasis óseas en huesos largos debe cumplir una serie de objetivos como son disminuir el dolor, preservar la función y proporcionar a corto plazo una estabilidad mecánica.

Conclusão:

La fijación intramedular abarca toda la diáfisis siendo un elemento clave en el tratamiento de la enfermedad metastásica sobretodo cuando existe un defecto óseo. Además de actuar como profilaxis ante nuevas fracturas patológicas que tengan lugar a lo largo de la diáfisis, permite la aplicación a posteriori de radioterapia local sobre la lesión ósea o foco de fractura.

EP252 - **Localização pouco frequente de Quisto Ósseo Aneurismático**

Patrícia Agomes, Victor Coelho, Miguel Pinheiro, Francisco Flores Santos, Miguel Pádua, José Caldeira (Prof. Dr. Fernando Fonseca)

Introdução:
O Quisto Ósseo Aneurismático é uma lesão benigna localmente destrutiva. Corresponde a 1-2% de todos os tumores ósseos primários, 70% são encontrados nas primeiras 2 décadas de vida, com ligeira predominância nas mulheres. As metáfises dos ossos longos e coluna vertebral correspondem às localizações mais frequentes. A sua patogénese é incerta, mas pensa-se estar relacionada com alterações circulatórias locais que aumentam a pressão venosa e produzem hemorragia local, aceitando-se o trauma como um mecanismo desencadeante dessas alterações. Estes quistos podem corresponder a lesões espontâneas mas podem aparecer em áreas degenerativas ou hemorrágicas de lesões pré-existentes, como o Tumor de Células Gigantes, Condroblastoma, Osteoblastoma, Displasia Fibrosa e Fibroma. Os aspectos radiológicos são característicos: lesões radiotransparentes com corticais finas e expansivas, contendo finas trabéculas. Por vezes apresentam-se como lesões permeativas que mimetizam lesões malignas. O tratamento de eleição é a curetagem intralesional com enxerto, mas pode variar desde a observação à escleroterapia, embolização, ressecção, radiação, coagulação com árgon ou utilização de broca tipo burr (high-speed burring).

Material e Métodos:
(Caso clínico com suporte imagiológico e fotográfico)
Mulher de 25 anos, com antecedentes pessoais conhecidos de asma controlada, entorse tibio-társica direita a 11/2011 (tendo tomado anti-inflamatório, feito repouso e gelo) e quimioprofilaxia de Tuberculose por contacto com familiar com Tuberculose activa em 7/2012. Por manutenção de queixas álgicas ligeiras ao nível do bordo externo do pé, após 8 meses do episódio de entorse, foi referenciada à consulta de Ortopedia. A radiografia do pé revelou lesão óssea osteolítica expansiva do cubóide com cortical fina. Imagens de Ecografia com dopller e Tomografia Computorizada revelaram lesão proliferativa do cubóide, várias loculações quísticas no interior com nível líquido-líquido, muito vascularizada, com cortical fina e com zonas de descontinuidade, estendendo-se ao cuneiforme lateral. Características que sugerem Quisto Ósseo Aneurismático, não podendo excluir-se componente tumoral associada, nomeadamente Osteoblastoma. Procedeu-se a cirurgia de exérese do cubóide e curetagem do cuneiforme lateral, preenchimento com enxerto tricortical da asa do ilíaco, mantendo a coluna externa do pé, fixado através de 2 fios de Kirschner. Imobilização com bota gessada suro-podálica posterior.

Resultados:
Exame anátomo-patológico descreve características correspondentes a Quisto Ósseo Aneurismático. A pesquisa histoquímica de BAAR foi negativa. Verificou-se evolução para consolidação e melhoria progressiva das queixas álgicas. Na 6ª semana, a imobilização passou a Robert Jones. Na 10ª semana procedeu-se à remoção do material de osteossíntese, iniciando carga parcial. Retomou as actividades do dia-a-dia, incluindo a laboral, à 20ª semana pós-cirurgia, sem limitação funcional e sem queixas álgicas.

Discussão:
No diagnóstico da lesão expansiva do cubóide foi essencial o exame anatomopatológico. De facto, os Quistos Ósseos Aneurismáticos nem sempre se apresentam linearmente com o aspecto radiológico característico, suscitando dúvidas quanto ao seu diagnóstico. A história de entorse pode ser considerado o mecanismo desencadeante, todavia, não se pode excluir completamente a existência de uma lesão prévia e a hipótese de Tuberculose, apesar de a relação temporal descrita entre o contacto com a doença activa e o início provável da lesão expansiva ser muito díspar. Neste caso procedeu-se à exérese e curetagem da lesão e utilização de enxerto tricortical, de forma ao procedimento não ser lesivo do ponto de vista funcional.

Conclusão:
Este caso clínico de Quisto Ósseo Aneurismático do cubóide trata-se de uma localização rara, associado a um trauma prévio. É essencial o estudo imagiológico deste tipo de lesões ósseas, não s

---

EP253 - **O impacto do protocolo cirúrgico das fracturas patológicas numa Instituição com doentes oncológicos**
Luciana Leite, Pedro Cardoso, Daniel Esteves Soares, Pedro Neves, Pedro Barreira, Vânia Oliveira
(Santo António)

Introdução:
Em doentes com fracturas patológicas por metástases a determinação do prognóstico é fulcral para a opção terapêutica. A maioria dos doentes tem sobrevida curta e os objectivos são: estabilização da fractura, alívio da dor, mobilização precoce, restauro da função, possibilidade de carga e facilitar cuidados de enfermagem. O procedimento deve ter uma morbilidade mínima e uma taxa diminuta de complicações. O objectivo deste trabalho é a apresentação do protocolo cirúrgico das fracturas patológicas e a sua aplicação durante 5 anos, evidenciando o papel da Ortopedia na melhoria global dos doentes oncológicos.

Material e Métodos:
Operaram-se 84 doentes com fractura patológica (n=72) ou iminente (n=12). As metástases eram de neoplasias primitivas da mama (n18), próstata (n=11), pulmão (n=10), rim (n=5), bexiga (n=4) e outros tumores (n=17). Ocorreram também em lesões de mieloma (n=17) e linfoma (n=2). 44 verificaram-se na diáfise de ossos longos, 26 no fémur proximal, 13 na coluna e 1 noutra localização. Realizaram-se encavilhamentos intramedulares nas fracturas de ossos longos. No fémur proximal foi realizada osteossíntese em 4 casos, encavilhamento em 12 e artrolastia total da anca em 10. Na coluna foi realizada instrumentação com ou sem descompressão em 5 casos e nos 8 restantes vertebroplastia.

Resultados:
A sobrevida média foi de 15,8 meses (0,4 a 67). Na escala numérica da dor o valor médio passou de 9,4 no pré-operatório para 3,2 ao terceiro dia após cirurgia. A função (Musculoskeletal Tumours Society System) passou de um valor médio no pré-operatório de 12,2 para 23,7 às 2 semanas de evolução. Houve 3 infeções e 2 pseudartroses.

Discussão:
O tratamento cirúrgico das fracturas patológicas ou iminentes melhora a qualidade de vida e a sua assunção é de grande valor numa Instituição com doentes oncológico. A cirurgia deve ser criteriosamente escolhida, em conformidade com o estado geral e a sobrevida esperada.

Conclusão:
O tratamento cirúrgico das fracturas patológicas ou iminentes melhora a qualidade de vida e a sua assunção é de grande valor numa Instituição com doentes oncológico. A cirurgia deve ser criteriosamente escolhida, em conformidade com o estado geral e a sobrevida esperada.

EP254 - **LIPOSSARCOMA MIXOIDE MULTIFOCAL DO MEMBRO INFERIOR**
Francisco Flores, Luis Correia, Rui Lampreia
()

Introdução:
Os lipossarcomas (LPS) são os segundos mais comuns sarcomas de tecidos moles do adulto. O LPS mixoide é o segundo subtipo mais comum tendo potencial de recorrência e metastização. Histologicamente é composto por um estroma mixoide abundante, células mesenquimais primitivas, e lipoblastos. A presença de células redondas é indicadora de pior prognóstico. Está associado a translocação t(12;16).

Material e Métodos:
Apresenta-se o caso clínico e iconografia relativa a doente do género masculino, 77 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial medicada. Refere 4 meses antes da admissão inicio de dor e edema da perna após esforço tendo sido observado em consulta da especialidade e realizada ecografia que revelou hematoma profundo da região gemelar tendo sido colocada a hipótese diagnóstica de rotura muscular cumprindo terapêutica com AINE e medidas conservadoras. Dez dias depois sofreu queda sem contusão directa da coxa e iniciou dor e edema local. Uma vez mais cumpriu medidas conservadoras. Por agravamento clínico com sinais inflamatórios clínicos localizados à face interna da coxa e alterações laboratoriais sugestivas de infecção cumpriu antibioterapia prolongada com flucloxacilina. Quando recorreu à nossa consulta apresentava melhoria clínica e laboratorial mantendo tumefacção da perna direita e escavado popliteu, bem como discretas alterações analíticas. Realizou RMN evidenciando lesões volumosas com compromisso multi-compartimental, acompanhando os trajectos neurovasculares – uma na

face postero-interna da coxa e escavado popliteu com 16x12x6cm; outra na face posterior da perna com 16x7x4,6cm. Fez biopsia da lesão na região popliteia guiada por ecografia revelando lipossarcoma mixóide.

Resultados:
Foi submetido a ressecção da lesão que envolveu uma abordagem e dissecção extensas da face posterior do membro desde o terço distal da perna à metade distal da coxa. Na região popliteia a relação com as estruturas vasculares era estreita dificultando a dissecção e reduzindo as margens de ressecção. O estudo anatomo-patologico revelou lipossarcoma de grau intermédio com áreas de tipo mixoide, áreas de células redondas e outras lipoma-like. Na última observação o doente encontrava-se melhorado, com diminuição franca do edema do membro inferior e sem sinais de recorrência da lesão.

Discussão:
O LPS mixoide puro é considerado de baixo grau com taxas de sobrevida aos 5 anos de 90%. A presença de mais de 10% de células redondas confere alto-grau de malignidade e assim como a apresentação multifocal associa-se a pior prognóstico. O LPS mixoide tem importante potencial metastático. A RMN constitui o exame complementar de eleição para o diagnóstico e planeamento cirúrgico. O tratamento consiste na ressecção sempre que possível alargada, eventualmente associada a radioterapia ou quimioterapia. O nosso caso ilustra este tipo de tumor com uma massa de grandes dimensões e uma apresentação atribuível sobretudo ao efeito compressivo local. Pela sua apresentação multifocal e pela sua dimensão este caso é particular na literatura. Como preconizado o tratamento consistiu numa ressecção tumoral alargada obrigando a uma dissecção cuidadosa e muito extensa. Consideramos o resultado a curto prazo excelente mas as características deste tipo de LPS bem como a intima relação com estruturas vasculares limitando a margem de ressecção em alguns segmentos conferem um risco de recorrência local e de metastização que não nos permitem considerar o doente como tratado.

Conclusão:
Os LPS mixoides são lesões de comportamento variável segundo a histologia. Pela sua dimensão e localização podem constituir um desafio diagnóstico e cirúrgico. Ao contrário de outros sarcomas de tecidos moles este exige um seguimento prolongado devido ao seu elevado potencial de recorrência e metastização.

Videos

Anca

V1 - **Artroscopia da Anca no Tratamento do Conflito Femoroacetabular**

André Sarmento, Rui Rocha, Tiago Pinheiro Torres, David Sá, Francisco Costa e Almeida, Rolando Freitas
(Centro Hospitalar Gaia Espinho)

Introdução:
O conflito femoroacetabular é reconhecido como uma causa de dor na anca em doentes jovens. Ocorre devido ao contacto repetitivo entre o fémur proximal e o rebordo acetabular normalmente na presença de anomalias estruturais da anca. Provavelmente representa o mecanismo mais comum que leva ao desenvolvimento precoce de lesão condral e labral. O seu tratamento leva a melhorias clínicas significativas e poderá evitar a progressão destas lesões. Apresenta-se um caso clínico representativo desta patologia.

Material e Métodos:
Trata-se de um doente do sexo masculino de 32 que não apresenta antecedentes de relevo. Apresentou-se, na consulta externa, por inguinalgia esquerda, com cerca de um ano de evolução, inicialmente de carácter mecânico mas, posteriormente, associada a dor em repouso e irradiação lateral. Após história clínica adequada e exame físico detalhado, foi submetida a exames complementares de diagnóstico (Rx e RMN) apresentando um conflito femoroacetabular misto com um ângulo central de 40º e ângulo alfa de 58º, associando-se uma lesão da junção condrolabral.Foi submetido a artroscopia da anca esquerda, na qual foi submetido a osteocondroplastia acetabular seguida de re-inserção do labrum por intermédio de âncoras. Posteriormente, foi submetido a osteocondroplastia femoral. O seguimento foi de 6 meses. Na avaliação, foram utilizados os scores funcionais Non Arthritic Hip Score(NAHS) e Modified Harris Hip Score (MHHS) pré e pós operatoriamente.

Resultados:
Verificou-se uma evolução sintomática favorável apresentando um NAHS de 73,75 pré operatoriamente e de 92,5 pós operatoriamente e um MHHS de 27 no pre operatório e 34 pós-operatoriamente. Imagiologicamente, apresentou um resultado radiográfico favorável com um ângulo central de 35 e um ângulo alfa de 43.

Discussão:
Tanto técnicas artroscópicas como convencionais podem produzir resultados favoráveis no alívio de dor e correcção de deformidade associadas ao conflito femoroacetabular. Não há resultados na literatura que comprovem os resultados do tratamento conservador em doentes sintomáticos. O sucesso da intervenção depende da detecção precoce e da correcção mecânica completa o que pode ser conseguido por artroscopia.

Conclusão:
A artroscopia pode ser um método eficaz no tratamento da deformidade relacionada com o conflito femoroacetabular.

V2 - **Tratamento do quadril em ressalto do fascia lata com anestesia local – uma técnica original, simples, de baixo custo e muito eficiente.**

Lafayette De Azevedo Lage, Roberto Cavalieri Costa
(Clínica Lage)

Introdução:
O ressalto do fascia lata ou do trato ileotibial é uma entidade bem reconhecida sendo descrita pela primeira vez em 1913 por Binnie. A etiologia do ressalto do trato ileotibial sobre o grande trocanter é desconhecida e, usualmente, assintomática não necessitando de tratamento. Excepcionalmente necessita de tratamento cirúrgico sendo mais sintomática nas mulheres dançarinas ou atletas que executam movimentos repetitivos no quadril. Existem relatos de ressaltos iatrogênicos pós -procedimentos que deixaram o grande trocânter mais saliente ou nos casos onde foi retirado uma banda do trato ileotibial para ser utilizado como enxerto em outra região. Quando o tratamento cirúrgico é necessário, várias técnicas descritas podem ser utilizadas e, ultimamente, o tratamento artroscópico tem sido recomendado, no entanto, todas estas técnicas mostram recidivas, mesmo artroscopicamente.

Material e Métodos:
Os autores trataram de 9 jovens pacientes do sexo feminino nestes 30 anos. Após injetarmos anestésico na região do ressalto mais eminente, realizamos uma incisão de no máximo 3 centímetros e com um bisturi frio fazemos a secção transversa do trato ileotibial dinamicamente, isto é, com o paciente sedado, porém, ativamente realizando o ressalto até que o mesmo despareça. Em todos estes casos o trato ileotibial se encontrava muito espessado e, justamente, palpa-se

com o indicador o ressalto enquanto se corta o trato ileotibial espessado até que o ressalto desapareça.

Resultados:
Não houve recidiva nestes 9 casos e, portanto, 100% de bons resultados funcionais e estéticos.

Discussão:
Esta técnica é simples e de fácil reprodutibilidade, sem contar o custo infinitamente menor quando comparado a uma artroscopia sendo o resultado estético muito bom uma vez que a incisão não passa de 3 centímetros nas pacientes com maior adiposidade nesta região.

Conclusão:
O fato do paciente estar sedado faz com que o mesmo não se recorde da cirurgia, porém, a equipe de sala cirúrgica não esquece, pois o paciente muitas vezes grita de dor dando-nos a sensação que estamos "torturando o paciente", quando na realidade estamos utilizando uma técnica extremamente eficaz e benéfica.

V3 - **Artroscopia da anca - técnica out-in**
Cruz De Melo, Silvio Dias, Fernando Leal, Vera Resende, Ricardo Frada, João Teixeira
(CHEDV)

Introdução:
O conhecimento da fisiopatologia das causas da anca dolorosa no adulto jovem, sobretudo, do síndrome do conflito femoro acetabular, potenciou um rápido desenvolvimento das técnicas artroscópicas na cirurgia. A artroscopia da anca é uma técnica complexa, com uma longa curva de aprendizagem. A técnica out-in ao iniciar-se pelo compartimento articular periférico, com capsulotomia inicial mimetiza os passos da técnica mini-invasiva por artrotomia anterior, facilitando, na nossa perspectiva o procedimento.

Material e Métodos:
Apresentação de vídeo abordando o posicionamento do doente e a logistica necessária no bloco operatório, portas de entrada, descrição da técnica e exemplificação da sua aplicação prática.

Resultados:
Apresenta-se um video da artroscopia da anca, no tratamento de um caso de conflito femoro-acetabular. Realização de osteocondroplastia femoral e tectoplastia com re-inserção do labrum.

Discussão:
A artroscopia da anca pela técnica out-in inicia a visualização da articulação pelo seu compartimento periférico após capsulotomia anterior. Permite um maior controlo na abordagem por parte do cirurgião diminuindo o risco de lesão iatrogénica.

Conclusão:
A artroscopia da anca é uma técnica válida e com grande potencial no tratamento da patologia articular da anca. É um procedimento complexo, com uma longa curva de aprendizagem e que exige uma abordagem sistematizada por parte de todos os intervenientes no procedimento.

Coluna

V4 - **Dissociação Lombopélvica por Cordoma Lombo-SagradoVertebrectomia L5 - Fixação Lombopélvia 360º**

Tiago Lima, Miguel Carvalho, Armando Lopes, Pedro Cunha, Gonçalo Guerreiro
(Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

Introdução:
Os avanços técnicos cirúrgicos na reconstrução vertebral têm permitido a estabilização biomecânica da coluna vertebral após ressecção agressiva de neoplasias envolvendo a coluna vertebral. Espondilectomias totais consistem na remoção completa de uma ou mais vértebras contíguas. Este tipo de procedimento raramente é realizado para as neoplasias envolvendo o nível L5 por causa da sua anatomia e biomecânica particular da junção lombossagrada. Neste caso clinico, apresentamos um paciente que apresentava uma neoplasia envolvendo a totalidade do corpo de L5 e parcialmente L4 e S1 e descrevemos, em detalhe, a técnica utilizada na espondilectomia total de L5 e reconstrução da junção lombo-sacragrada em 2 tempos.

Material e Métodos:
Caso clínico de doente do género masculino, 71anos de idade, com quadro de instabilidade lombopélvica por lesão tumoral de L4-L5-S1. Quadro caracterizado por dor incapacitante, impossibilitando de realizar qualquer tipo de carga axial ou decúbitos laterais e défice motor incompleto de S1 e L5. Cerca de 2 anos antes doente iniciou quadro de disfunção esfincteriana vesical e fecal, com hipostesia em sela, sendo-lhe diagnosticada lesão confinada a L5 com extensão intracanalar. Cerca de 3 meses antes de recorrer ao nosso serviço iniciou quadro de défice motor distal na dorsiflexão e flexão plantar dos pés associado a quadro álgico axial incapacitante, apresentava-se confinado ao leito em decúbito dorsal, algaliação vesical permanente.

Resultados:
Foi feita cirurgia em 2 tempos para remoção 'en bloc' da lesão e estabilização lombopélvica 360º. O primeiro tempo cirúrgico foi realizada abordagem posterior com fixação transpedicular L2-L3-L4 e S1 Alar, Trans-ilíaca, vertebrectomia posterior de L5 e remoção sub total da componente tumoral intracanalar e somática por via postero-lateral e transdural. O segundo tempo foi realizado 7 dias após a primeira abordagem por via anterior retroperitoneal em que foi realizada a restante vertebrectomia de L5 e artrodese L4-S1 com enxerto ósseo homogéneo de banco de ossos.

Discussão:
Neste caso clínico descrevemos uma técnica para espondilectomia total de L5 e reconstrução na região lombossagrada, conseguindo remoção da lesão e reconstrução da estabilidade lombopélvica.

Conclusão:
Este caso demonstra que a espondilectomia total, com subsequente reconstrução lombopélvica pode ser executada com segurança e deve ser considerada no tratamento de doentes selecionados com tumores vertebro medulares envolvendo o nível L5.

V5 - **Compressão do nervo cluneal superior após a colheita de enxerto como complemento da artrodese lombar.**

Vera Resende, Fernando Leal, Ricardo Frada, Artur Neto, Artur Teixeira, Bessa da Silva
(Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga)

Introdução:
A colheita de enxerto da crista ilíaca posterior é prática comum com o objetivo de obter osso autólogo para a maioria dos procedimentos de artrodese vertebral, e apresenta uma alta taxa de complicações, principalmente dor pós-operatória. A relação próxima com os nervos cluneais superiores requer um conhecimento anatómico apurado para evitar lesões iatrogénicas.

Material e Métodos:
Descrição de um caso clínico de síndrome de compressão do nervo cluneal superior após colheita de enxerto e visualização da sua anatomia durante o tratamento cirúrgico para a exérese do neuroma e alcoolinizaçao do nervo.

Resultados:
Doente de 65 anos, submetida a artrodese lombar PL com colocação de enxerto de ilíaco colhido na crista ilíaca posterior. No pós-operatório desenvolve dor e parestesia da regiãoDoente de 65 anos, submetida a artrodese lombar PL com colocação de enxerto de ilíaco colhido na crista ilíaca posterior. No pós-operatório desenvolve dor e parestesia da região nadegueira direita. Apresenta Tinel positivo na cicatriz do local da colheita. Fez RMN que na mostra alterações. Propõe-se

a doente a realização de exploração da cicatriz e provável exérese de neuroma do nervo cluneal superior. Intraoperatoriamente verifica-se a presença de um "entrapment" do nervo cluneal superior no local da colheita do enxerto.

Discussão:
A colheita de enxerto ósseo é um procedimento cirúrgico comum, particularmente em artrodeses, reconstruções ósseas e tratamento de pseudoartroses. Em procedimentos na coluna, o ilíaco posterior é a fonte doadora mais acessível e disponibiliza enxerto autólogo de forma eficaz e em quantidade suficiente para o maior número de procedimentos. Apesar da técnica de colheita não ser um procedimento difícil, não é livre de morbilidade e complicações. Devem ser tomados cuidados para evitar as sequelas, com especial atenção aos nervos cluneais superiores, ao feixe neurovascular glúteo superior e à articulação sacroilíaca. As complicações inerentes ao procedimento da colheita de enxerto posterior do ilíaco são amplamente relatados na literatura, como infecção, hematoma, seroma, lesões neurovasculares, instabilidades da articulação sacroilíaca, herniação de conteúdo abdominal, perfuração peritoneal, e também dor no período pós-operatório, além de amortecimentos, hipersensibilidade e irritabilidade tecidual local.

Conclusão:
Uma vez que ocorra lesão nos NCS, várias formas de tratamento podem ser instituídas, iniciando-se com tratamento conservador com medicações orais e infiltrações, e, na falha destas, medidas como alcoolização nervosa e ressecção de neuromas seriam os passos seguintes.

Joelho

V6 - **Instrumentação Customizada ao PacienteTips & Tricks da Técnica Cirúrgica e Comparação com a Técnica Standard**

João Vide, Diogo Gomes, Joana Ovidio, Tania Freitas, Henrique Cruz, João Paulo Sousa
(Hospital Particular do Algarve - Gambelas/Faro)

Introdução:
O sucesso da Artroplastia Total do Joelho levou a uma rápida generalização do procedimento, tendo ultrapassado largamente o número de Artroplastias da Anca realizadas. Prevê-se um aumento exponencial destas intervenções a médio prazo, acompanhado do número de revisões na mesma proporção. Assim, o investimento em novas tecnologias tem sido realizado no sentido de melhorar o posicionamento dos implantes, com a perspectiva de melhorar a clínica e a sobrevida do implante. A cirurgia guiada por computador, com custos elevados e elevada curva de aprendizagem, falhou em obter resultados superiores. Recentemente, instrumentação específica para o paciente através de blocos de corte customizados, foi desenvolvida. Esta tecnologia apresenta o benefício teórico de maior precisão dos cortes ósseos, diminuição dos tempos cirúrgicos, recursos intra-operatórios mais eficientes e menor perda hemática. O objectivo do trabalho é comparar as diferenças no instrumental e na técnica cirúrgica entre a instrumentação standard (STD) e a instrumentação customizada ao paciente (PSI), salientando diversos aspectos práticos desta técnica recente.

Material e Métodos:
É apresentado um caso de gonartrose primária grau IV de Kellgren-Lawrence, com apresentação da imagiologia pré-operatória, todo o processo para a aquisição e realização dos bloco de corte customizados ao doente e gravação, com edição, da técnica cirúrgica com a instrumentação customizada ao paciente. O implante utilizado na intervenção é o VKS TC Plus da Smith&Nephew.

Resultados:
O estudo imagiológico pré-operatório consistiu na realização de uma radiografia extra-longa dos membros inferiores em carga, do joelho em anteroposterior e perfil, tórax e, no caso da técnica PSI, na realização de uma RM de curta duração (6 minutos) com parâmetros estipulados pelos fabricante. Após a realização dos exames, o planeamento é enviado pelo fabricante, para aprovação pelo cirurgião, através de um documento onde estão especificadas as preferências do cirurgião em termos de referências anatómicas e orientação dos cortes, sendo possível visualizar num modelo tridimensional o aspecto final dos cortes e da artroplastia. Após aprovação, estes blocos estão disponíveis para a cirurgia em 3/4 semanas. Durante a realização da cirurgia PSI, são salientados alguns aspectos prácticos importantes para a boa aplicação desta tecnologia, bem como a diminuição de instrumental que este tipo de técnica permite.

Discussão:
A instrumentação customizada ao paciente é uma tecnologia recente, que permite um planeamento pré-operatório pormenorizado, criando condições para melhorar consistentemente o alinhamento coronal e rotacional dos componentes femoral e tibial. Além destes aspectos salienta-se a ausência de invasão do canal femoral e a economia de tempo no bloco operatório.

Conclusão:
A técnica PSI é atraente pela facilidade de utilização e benefícios potenciais que podem fornecer.

V7 - **PATIENT MATCHED INSTRUMENTATION KNEE ARTHROPLASTY – WHAT IS NEW?**

Joana Bento Rodrigues, Armando Pires, José Andrade, Manuel Cândido
(Sanfil)

Introdução:
Patient matched instrumentation is a recent operative tool in the field of total knee arthroplasty.

Material e Métodos:
From 8 cases experience, we report an active 65 year-old man, suffering from chronic mechanical knee pain for six years. His X-rays revealed knee osteoarthritis, Ahlbäck grade II. He underwent a total knee arthroplasty using patient matched instrumentation following knee magnetic ressonance image (MRI). Operative time was 45 minutes and blood loss was 300 ml. Post-operative period was uneventful, patient had no need of blood transfusion.

Resultados:

months after surgery, radiographic follow-up revealed good implant alignment, patient no longer had pain and walked without support.

Discussão:
Patient matched instrumentation knee arthroplasty is based on surgical guides and instruments designed for the shapes and contours of patient's knee, according to previous MRI and X-rays. Instruments help surgeon mapping out specific bone cuts to accurately align implants to patient's knee. This approach removes multiple steps from traditional surgical technique, probably leading to reduced time under anestesia, lower blood loss and lower risk of infection. Some authors also describe less flexion deformity in follow-up in patients submitted to this technique.

Conclusão:
Patient matched instrumentation knee arthroplasty removes multiple steps from the traditional intervention, decreasing time of surgery and blood loss and improving prosthesis alignment.

V8 - **Fixação artroscópica de fractura da espinha da tíbia em jovem desportista - vídeo do procedimento**
Alexandre Brandão, Manuel Caetano, Joana Bento, Carlos Pina, Pedro Simões, Fernando Fonseca
(CHUC)

Introdução:
A fractura da espinha da tíbia é rara sendo mais frequente entre o 8 e os 14 anos e surge habitualmente apos uma desaceleração súbita ou na hiperextensão do joelho.

Material e Métodos:
Reportamos o procedimento artroscópico de um jovem de 15 anos com fises abertas, com fractura da espinha da tíbia, classificada em tipo III da classificação de Meyers and McKeever. Procedeu-se a artroscopia, redução e fixação do fragmento fracturado através da passagem de um fio sintético (sutura) pelo fragmento atravessando fibras do LCA e sua fixação a tíbia proximal.

Resultados:
Verificou-se adequada fixação do fragmento ósseo e redução anatómica mantida nos controlos radiológicos efectuados.

Discussão:
Este procedimento é tecnicamente exigente e está reservado a artroscopistas experientes. A técnica de fixação com sutura deve ser reservada para os doentes que ainda tenham as fises aberta, sendo que poderá ser utilizado outro meio de fixação como um parafuso, com vantagens e desvantagens associadas.

Conclusão:
A fixação por via artroscópica das fracturas da espinha da tíbia é a solução mais adequada, demonstrando-se neste vídeo a execução técnica, dando importância aos vários passos e fases decorrentes da técnica de fixação com sutura sintética.

V9 - **Caso Clínico: Rotura crónica do tendão rotuliano.**
João Sarmento Esteves, Gustavo Martins, Pedro Simas, José Pinto, João Protásio
(Lambert)

Introdução:
As roturas crónicas do tendão rotuliano são aquelas com mais de 6 semanas de evolução. São fonte de incapacidade severa e surgem por ausência de diagnóstico e/ou tratamento. Existem vários métodos descritos para reconstrução do tendão rotuliano. A utilização de aloenxerto, nomeadamente com tendão de Aquiles, está indicada em roturas com vários meses de evolução onde existe atrofia e retracção marcada do tecido infra-patelar. Descreve-se o vídeo da cirurgia realizada de doente com rotura crónica do tendão rotuliano, exame clínico e radiológico pós-operatório.

Material e Métodos:
Doente do sexo masculino, 41 anos de idade, natural e residente em Moçambique, sem antecedentes pessoais relevantes. História com 2 anos e 3 meses de evolução de acidente de trabalho em Moçambique, condicionando traumatismo indirecto do joelho direito, tratado conservadoramente com imobilização gessada durante 1 mês. Desde então, incapacidade para a extensão do joelho, deambulação com auxiliar de marcha (canadianas) e aumento progressivo ponderal (cerca de 20 Kg). Regressou a Portugal e procurou tratamento. Dos exames pré-operatórios destaca-se rótula alta no raio-x do joelho e marcada diminuição da espessura e tensibilidade do tendão rotuliano em relação com rotura parcial de longa evolução e múltiplos traços lineares hipointensos de zonas de fibrose na ressonância magnética. Foi proposto para

cirurgia. Realizada reconstrução do tendão rotuliano através de aloenxerto de tendão de Aquiles dia 12/4/13.

Resultados:

Cirurgia sem intercorrências. No período pós operatório desenvolveu quadro febril ao 4º dia que resolveu com medidas sintomáticas. Colocado sob ortótese rígida com joelho em extensão e carga parcial com canadianas durante 3 semanas. Retirou pontos ao final de duas semanas. Iniciou fisioterapia após 3 semanas tendo completado programa de 8 sessões. Actualmente com 5 semanas de operado, do ponto de vista clínico, assintomático, amplitude de movimento do joelho de 110º de flexão, -10º de extensão, força muscular coxa e perna grau V, a fazer carga total no membro inferior operado.

Discussão:

Os resultados da reconstrução do tendão rotuliano na rotura crónica são escassos na literatura actual. Existem pequenas séries, estudos de caso e várias opões de reconstrução tendinosa. Ecker et al. relataram um outcome positivo com retorno à actividade pré-lesional em 4 doentes submetidos a transferência dos tendões isquiotibiais complementada por fio de cerclagem. Falconiero e Pallis constataram boa recuperação aos 6 meses na amplitude de movimento (flexão 130º e extensão completa), após quadricepsplastia e enxerto de tendão de Aquiles em 1 doente. McNally e Marcelli relataram 1 caso submetido a enxerto de tendão de Aquiles e reforço com fio suprapatelar. Aos 17 meses após a cirurgia, o doente tinha atingido extensão máxima, flexão de 120º e 85% da força do quadricípete. Burks e Edelson obtiveram excelente resultado em 1 doente submetido à reconstrução com enxerto osso-tendão-osso de tendão rotuliano com o retorno à atividade. Casey et al. relataram os seus resultados em 4 doentes que foram tratados por reparação directa . Todos os doentes apresentavam extensão completa.

Conclusão:

Apesar do seguimento ainda relativamente curto, esta opção de tratamento, permitiu devolver o doente ao nível de actividade pré-lesional, até ao momento sem complicações a registar, nomeadamente infecção, falência, rejeição de enxerto. O seguimento em consulta permitirá retirar mais conclusões quanto à durabilidade e longevidade do enxerto utilizado para a reconstrução tendinosa. No geral os resultados da reparação crónica são menos satisfatórios do que as reparações em agudo, mas ainda assim permitem a recuperação do mecanismo extensor do joelho e deste modo o restabelecimento da função.

Punho e Mão

V10 - **Modificação da Técnica de Burton no tratamento da Rizartrose – divulgação da técnica**

João Neves, Miguel Carvalho, Amílcar Araújo, Mafalda Batista, Mónica Vasconcelos, Nuno Fachada
(Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal)

Introdução:
A rizartrose ou artrose da base do polegar é mais prevalente no sexo feminino, principalmente após os 40 anos. A cirurgia clássica para o tratamento da Rizartrose designada de Artroplastia de suspensão consiste em substituir o osso trapézio por um tendão, que tem a função de estabilizar o polegar, evitando o contato doloroso de osso com osso.

Material e Métodos:
O objectivo deste trabalho é descrever a modificação da técnica de Burton no tratamento da rizartrose preconizada no nosso centro. O procedimento é exectuado sob bloqueio do plexo braquial ou anestesia geral, utilizando garrote pneumático. Realiza-se uma incisão volar sobre a articulação TMC e três pequenas incisões transversais sobre o trajeto do tendão dador - flexor carpi radialis (FCR). A cápsula da articulação trapézio-metacarpiana é aberta longitudinalmente em dois retalhos, que serão utilizados no ulterior encerramento. Resseca-se o osso trapézio na sua totalidade, com recurso a osteótomo e goifa. De seguida, procede-se à colheita de metade cubital do tendão FCR, necessitando de três pequenas incisões transversais. Após a colheita de hemi-tendão, realiza-se a sua transposição para o espaço anteriormente ocupado pelo trapézio. É então que se procede à tenodese do tendão dador sobre a base do residual, ancorando com um ou dois pontos de vycril 2/0. É neste momento que se procede à escolha do ponto de ancoragem do arpão na base do primeiro metacarpiano, após sua adequada limpeza. Sem dúvida, o ponto crucial da cirurgia, é a substituição da furagem da base do metacarpiano, tal como na técnica clássica de Burton, pela ancoragem com mini-arpões. Neste passo é essencial evitar hiperextensão da MCP e aductus do polegar. Após introdução do mini-arpão reabsorvível no ponto de maior eficácia, procede-se à sutura da tira de tendão colhida, tendo em atenção sempre um bom posicionamento funcional do polegar. Com o remanescente do tendão colhido confeciona-se uma espécie de anchova, interpondo-o no espaço correspondente ao trapézio. Por fim, realiza-se o encerramento da cápsula articular com fio absorvível 3.0 e esvaziamento do garrote para uma eficaz hemostase. Encerramento da pele com fio de nylon 4.0 e imobiliza-se com uma tala gessada para polegar, que permanecerá entre 4 a 6 semanas.

Resultados:
Num total de 49 doentes operados operados por esta técnica, no período de 2008 a 2012, 46 eram mulheres e 3 homens, com idades compreendidas entre 55 e os 78 anos e um período mínimo de seguimento de 6 meses. Realizado em contexto de cirurgia de ambulatório, por vezes com outros procedimentos associados como por exemplo libertação do ligamento anular do carpo ou abertura da poleia A1. Regista-se uma elevada satisfação entre os doentes operados, com remissão da dor e melhoria das amplitudes articulares, sendo a grande maioria deles capaz de executar as AVDs sem dificuldade.

Discussão:
Como vantagens da técnica destaca-mos: a simplificação da técnica na ancoragem do tendão ao 1º metacarpiano, boa indicação na impossibilidade da furagem do 1º meta (revisão de Artelon e de Próteses), diminuição do tempo cirúrgico e menor fragilização da inserção do longo abdutor do polegar. Como desvantagens não encurta o tempo de imobilização gessada nem confere melhor FPM.

Conclusão:
Os dados preliminares apontam esta técnica com tendo resultados sobreponíveis à operação de Burton clássica, nos domínios de força de preensão e pinça, alívio da dor. A sua execução técnica, pela simplificação de passos, permite um encurtamento do tempo cirúrgico, com menor fragilização óssea e tendinosa.

V11 - **Tratamento da síndrome do túnel do carpo por via endoscópica**

Carlos Durão, Marcelo Alves
(Vila Franca de Xira)

Introdução:
O tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo (STC) pode ser realizado de diversas maneiras. Entre os métodos de tratamento, utilizam-se diversas vias de acesso, incluindo a via clássica volar ao punho, utilização do microaire (técnica endoscópica), diversas mini-incisões. O uso do Knifelight (Stryker Corp.) é um método minimamente invasivo, que possibilita melhor

evolução pós-operatória da ferida. Este trabalho analisa a performance deste método cirúrgico.
Material e Métodos:
Foram operados 10 pacientes, portadores de síndrome do túnel do carpo. Todos os pacientes foram minuciosamente examinados e realizaram estudo eletroneuromiográfico prévio.

Resultados:
Anestesia tipo bloqueio de Bier (loco-regional). A incisão é palmar, de cerca de 1cm de extensão, distal ao retináculo flexor. Dissecção romba, identificação do ramo sensitivo do nervo mediano (recorrente) e da borda distal do retináculo flexor. Individualização deste e liberação minimamente invasiva do canal do carpo, utilizando o Knifelight (Stryker Corp). Tempo operatório médio de 10 minutos. Sutura da pele. Curativo simples.

Discussão:
Não houve complicações inerentes à ferida operatória. Resolução dos sintomas em todos os casos. Não houve aumento de sensibilidade na cicatriz, hipertrofia da mesma ou infecção.

Conclusão:
O tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo é uma opção comum para o tratamento desta síndrome. O advento das técnicas minimamente invasivas proporcionou melhora acentuada da evolução pós-operatória, com menos complicações em relação à ferida cirúrgica. O uso do Knifelight (Stryker Corp) permitiu incisão menor e dissecção menos ampla na mão. O Knifelight (Stryker Corp) permitiu a utilização de incisão cirúrgica pequena, cirurgia minimamente invasiva, liberação completa do canal do carpo, e deve ser incluído no rol de opções para o tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo.

V12 - **Redução indireta de Fratura do Planalto Tibial**

Rui Pereira, Thiago Aguiar, Sérgio Gonçalves, Pedro Dantas
(Hospital de Curry Cabral)

Introdução:
As fraturas do planalto tibial representam apenas 1 a 2% de todas as fraturas mas na idade adulta correspondem a cerca de 8%. Resultam frequentemente de um traumatismo de alta energia combinando uma compressão axial a uma força aplicada no joelho forçando um desvio em valgo ou varo sendo o padrão mais comum a fratura do planalto externo. Cada vez mais, existe uma maior preocupação no sentido de utilizar abordagens cirúrgicas menos invasivas tentando poupar ao máximo as essenciais partes moles envolventes. Este vídeo demonstra uma técnica de redução indireta de uma fratura da tuberosidade externa.

Material e Métodos:
Tratava se um doente de 46 anos, desportista, que apresentava uma fratura Schatzker tipo I com colapso da metade posterior do planalto tibial externo. Doente foi submetido a uma redução indireta da superfície articular utilizando um punção angulado através de uma pequena janela óssea interna, no limite inferior da metáfise. A redução foi controlada por via artroscópica e por intensificador de imagem. Procedeu posteriormente, à fixação com dois parafusos latero-internos e um parafuso antero posterior e corrigiu se o defeito ósseo metafisário com enxerto autólogo da crista da tíbia.

Resultados:
Obteve se uma redução anatómica do planalto tibial progredindo para a consolidação da fratura sem evidência de deterioração do posicionamento do fragmento reduzido, alterações do eixo de carga do joelho ou instabilidade durante o seguimento clínico de cerca de seis meses. Constatou se uma evolução favorável da sintomatologia apresentando se atualmente em reabilitação ativa do membro operado.

Discussão:
Existe uma elevada incidência de artrose pós traumática em doentes com fratura da extremidade proximal da tíbia. Fatores como uma abordagem menos invasiva, a redução anatómica da superfície articular e a mobilização precoce do joelho têm um papel fundamental no resultado a longo prazo. O procedimento cirúrgico descrito permite ao cirurgião abordar com alguma facilidade o planalto externo, mesmo em colapsos da articulação de mais difícil acesso quando comparado com a abordagem externa, com um impacto reduzido sobre as partes moles do joelho. O fato da redução ser alcançada através de uma janela óssea contra lateral irá diminuir a iatrogenia sobre a tuberosidade externa.

Conclusão:
Para doentes selecionados, este procedimento cirúrgico permite uma redução anatómica do planalto externo sem necessidade de recorrer a uma abordagem mais extensa da articulação.

Nº de Trabalhos por Hospital

Centro Hospitalar de São João, Porto	37
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	36
Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria	32
Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António	31
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa	30
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, Hospital de S. Sebastião, Santa Maria da Feira	25
Hospital Curry Cabral, Lisboa	24
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho	22
Hospital de Braga	20
Hospital Ortopédico de Sant'Ana, Parede	20
Centro Hospitalar do Oeste Unidade de Torres Vedras	16
Centro Hospitalar Tondela Viseu	12
Hospital Fernando Hospital Prof. Fernando Fonseca, Amadora-Sintra	12
Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão - Centro Hospitalar de Setúbal	11
Hospital de Vila Franca de Xira	10
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de S. Francisco Xavier	8
Hospital do Divino Espirito Santo, Açores	8
Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de S. José	7
Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital Dona Estefânia	7
Centro Hospitalar Leiria / Pombal	7
Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza, Espanha	7
Serviço de Ortopedia Pediátrica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE-Hospital Pediátrico	7
Unidade Local de Saude do Nordeste	7
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro	6
Hospital de Faro	6
Hospital Garcia de Orta, Almada	6
Hospital Pedro Hispano, Matosinhos	6
Unidade Local de Saúde do Alto Minho	6
Centro Hospitalar do Alto Ave, Guimarães	5
Hospital Clinic, Brasil	5
Hospital Distrital da Figueira da Foz	5
Hospital Distrital de Santarém	5
Hospital Nossa Senhora do Rosário, Barreiro	5
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Espanha	4
Hospital Universitario Costa del Sol, Espanha	4
Centro Hospitalar Baixo Vouga	3
Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de S. Lázaro	3
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	3
Clínica Lage, Brasil	3
Clínica Sanfil, Coimbra	3
Hospital Particular do Algarve - Gambelas/Faro	3
Hospital Universitario Sant Rafael, Espanha	3
Instituto de Ortopedia da Faculdade de Medicina Universidade de São Paulo, Brasil	3
British Hospital, Lisboa	2
Centro Hospitalar Cova da Beira	2
Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão	2
Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho ICVS/3B's - Laboratório Associado	2
Hospital da Luz, Lisboa	2
Hospital do Espirito Santo de Évora	2
Hospital do Litoral Alentejano	2
Hospital General Universitario, Espanha	2
Hospital Lusíadas, Lisboa	2
Hospital Virgen de la Vega, Espanha	2
Unidade Local de Saúde de Matosinhos	2
Centro Hospitalar de Gaia / Espinho	1
Centro Hospitalar do Médio Tejo	1
Clínica do Lambert, Lisboa	1
Clínica Espregueira Mendes Medical Centre of Excellence	1
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	1
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto	1
Hospital Beatriz Angelo, Loures	1
Hospital CUF Descobertas	1
Hospital de Jose Joaquim Fernandes	1
Hospital Militar do Porto	1
Hospital Privado da Boa Nova, Matosinhos	1
Hospital Universitario de Salamanca, Espanha	1
Hospital Universitário de Santa Cristina, Espanha	1
Hospital Universitario Infanta Leonor, Espanha	1
Hospital Universitario Santa Cristina, Espanha	1
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla,	1

Espanha	
INEB - Instituto de Engenharia Biomédica	1
Unidade Local de Saúde da Guarda	1
Universidade de Aveiro	1

Índice de Autores das Comunicações Livres

Aguiar, Thiago	CL8, CL15, CL47, CL86, CL108, CL161
Aido, Ricardo	CL96,CL102, CL138
Albuquerque, Carolina	CL126
Aleixo, Hugo	CL107, CL162
Allué, Nieves	CL21
Almeida, Elisa	CL164
Almeida, Francisco	CL9
Almeida, Paulo	CL23
Alonso, Raul	CL93, CL103, CL109
Alpoim, Bruno	CL43, CL175
Alves da Silva, Sara	CLA
Alves, António	CL43, CL165
Alves, Catarina	CL147, CL199
Alves, Cristina	CL116, CL121, CL201
Alves, Jorge	CL22, CL51, CL125 CL176, CL178
Alves, Ricardo Tomás	CL16, CL181
Alves, Sandra	CL165
Amado, Paulo	CL151
Amaral, Carlos	CL103
Amaral, Virgínia do	CL22, CL51, CL75, CL136, CL176, CL185, CL189, CL191
Andrês, Paulo	CL39
Andrés-Cano, P.	CL42
Angelo, Susana	CL73
Antunes, Artur	CLB, CL1, CL31, CL32, CL57, CL67, CL69, CL158, CL188
Antunes, João Pedro	CL73, CL166
Araújo, Amilcar	CL180
Arcângelo, Joana	CL87, CL104, CL171, CL184
Arruda, Carlos	CL108
Arvela, Jorge	CL148
Azevedo, Clara	CL97
Azevedo, Hermengarda	CL61, CL177
Bahute, André	CL142
Balacó, Inês	CL116, CL121, CL201
Bandeira Rodrigues, E.	CL7
Barbosa, Bruno	CL115, CL128, CL129, CL172
Barbosa, Mário	CL60
Barbosa, Nuno Camelo	CL107, CL152, CL162
Barbosa, Tiago	CL202
Barreira, Pedro Brandão	CL68, CL85, CL95, CL197, CL200, CL204
Barros, André	CLE, CL48, CL119, CL154, CL158
Barroso, Luís	CL34, CL39, CL40, CL50
Basto, Tiago	CL202
Batista, Mafalda	CL180
Beckert, Pedro	CL110, CL160
Bento Rodrigues, Joana	CL79, CL182
Berhanu, Naod	CL36
Bia, Ana	CL16, CL181
Botton, Miguel	CL38, CL52, CL82, CL148, CL192
Brandão, Alexandre	CL79, CL182, CL196
Brito, Joaquim	CL23, CL38, CL52, CL82, CL192, CL168
Brito, Nuno	CL152, CL162
Cabral, Rui	CL182
Caeiro-Rey, J. R.	CL179
Caetano, Afonso	CL203
Caetano, Manuel	CL182, CL196
Caetano, Ruben	CLE, CL141, CL145, CL153, CL154
Caldeira, José	CL27, CL101, CL110
Caleira, Venâncio	CL134
Camacho, António	CL119
Câmara, R. Perry da	CL130
Campagnolo, João	CL40, CL41, CL114, CL118, CL122
Campos Lemos	CL172
Campos, Armando	CL43
Campos, Bárbara	CL97
Canilho, Bruno	CL49, CL119, CL195
Cannas, João	CL34, CL39, CL50
Cano, Juan Ramon	CL28
Cardoso, Carlos	CL203
Cardoso, Hugo Esteves	CL170
Cardoso, Joana	CL107, CL152, CL162
Cardoso, Pedro	CL197, CL198, CL199, CL200, CL204, CL205
Cardoso, Pedro Sá	CL116, CL121, CL201
Carneiro, Fernando	CL161
Carpinteiro, Eduardo	CL93, CL109
Carriço, Filipe	CL105
Carriço, Luis	CL100
Carvalho, André Simões	CL99, CL194

Carvalho, Eunice	CL140, CL150
Carvalho, Luis	CL107, CL152, CL162
Carvalho, Marcos	CL45, CL79
Carvalho, Maria Miguel	CL118
Carvalho, Miguel	CL41, CL114, CL122, CL130, CL180
Carvalho, Miguel (Minho)	CL53
Carvalho, Nelson	CL48
Carvalho, Nuno	CLE, CL141, CL145, CL153, CL154, CL158
Carvalho, Paulo	CL76, CL88
Carvalho, Paulo de	CL20, CL155, CL167
Carvalho, Ricardo	CL163, CL174
Carvalho, Tiago	CL90
Casalta, João	CL79
Casanova, José	CL196
Cassiano Neves, Manuel	CL119, CL124
Castelhanito, Pedro	CL16, CL173, CL181
Castro, João Nunes	CL168
Castro, Pedro	CL151
Catarino, Paulo	CL87
Cerqueira, Raul	CL35, CL169, CL186
Cervan, AM	CL42
Claro, Rui	CL92, CL96
Coelho, Rúben	CL163, CL174
Coelho, Victor	CL27
Completo, António	CL137
Corrales, Monica	CL2, CL21
Correia Domingos, Rui	CL61, CL155, CL177, CL167
Correia, Bruno	CLC, CL63, CL70
Correia, João	CL23, CL82, CL164
Correia-Pinto, Jorge	CL59
Côrte-Real, Nuno	CLE, CL153, CL154, CL58
Costa, André	CL9, CL76, CL88, CL115
Costa, Jorge Homero	CL87, CL104, CL171
Costa, Luís Dias da	CL3, CL68, CL77, CL92, CL138, CL193, CL204
Costa, Paulo	CL205
Costa, Pedro	CL107
Costa, Roberto Cavalieri	CL19
Coutinho, Paulo Cibrão	CL33, CL37
Couto, Roberto	CL202
Craveiro Lopes, Nuno	CL112, CL123, CL127, CL183
Cruz de Melo	CL4, CL14, CL17, CL24, CL25
Cruz, Encarnacion	CL28
Cruz, Fernando Silva	CL143
Cruz, Henrique	CL66, CL83, CL84
Cunha, Rafael	CL165
Dantas, Pedro	CL8, CL15
del Rio, E. Pombo	CL179
Delgado, Rui	CL47
Dias, Sílvio	CL4, CL14, CL17, CL24, CL25
Diaz, M Ulloa	CL46
Dinis, Pedro	CL155, CL167
Diogo, Carla	CL163, CL174
Duarte, Filipe	CL31, C32, CL56, CL57, CL69, CL74, CL188
Duarte, Guido	CL190
Duarte, Rui	CL5, CL33, CL59, CL72, CL100, CL105
Ejnisman, Leandro	CL6, CL10
Encarnação, Angelo	CL193
Escalda, Carolina	CL112, CL123, CL127, CL183
Escanlar, Amhaz	CL179
Escobar, Marina	CL49, CL195
Espregueira Mendes, João	CL71
Esteves, João Sarmento	CL90, CL112, CL123
Esteves, Nuno	CL165
Estrela Martins, A.	CL36
Evangelista, Carlos	CL61, CL177
Façanha, Ana	CL35, CL169, CL186
Fachada, Nuno	CL180
Faga, António	CL6, CL10, CL19
Falcão, Pedro	CL87, CL104, CL171
Fardilha, Maria Luisa	CL35, CL169, CL186
Faria, Azemiro	CL191
Febra, Joana	CL198
Felicissimo, Paulo	CL27
Fernandes, Levi	CL103
Fernandes, Mário	CLC, CL63, CL70
Fernandes, Pedro	CL38, CL52, CL111, CL113
Ferrando, Lorenzo Hernandez	CL18
Ferraz, Diogo	CL129
Ferreira, Andreia	CL88, CL115, CL128, CL129, CL172, CL187
Ferreira, Mariana	CL1
Ferreira, Nuno	CL5, CL59, CL72, CL75, CL89, CL100, CL105
Ferreira, Virgilio Paz	CL161

Fessenko, Alexandre	CL23
Fidalgo, Ramiro	CL72
Figueiredo, Alfredo	CL182
Figueiredo, João	CL99
Figueiredo, Sérgio	CL12, CL131
Flora, Miguel	CL20, CL155
Flores Santos, Francisco	CL27, CL101, CL110, CL119, CL160
Fonseca, Fernando	CL59, CL79
Fontoura, Ugo	CL36
Frada, Ricardo	CL14, CL17, CL24, CL25, CL78, CL80, CL94, CL132, CL140, CL150
Frada, Tiago	CL7, CL37, CL100, CL147
Franco, José	CL49, CL195
Freitas, Filipa	CL62, CL106, CL135, CL144, CL146, CL149
Freitas, Joana	CL117
Freitas, João	CL196
Freitas, Rolando	CL187
Freitas, Tânia	CL66, CL83, CL84
Froufe, João	CL168
Gama, Sofia	CL54
Garcia-Peñuela, Juan Salvador Ribas	CL18
Geada, Nuno	CL49, CL195
Gomes Rosa, Fernando	CL133
Gomes, Diogo	CL66, CL83, CL84, CL120
Gomes, Jorge	CL184
Gomes, Maribel	CL202
Gomes, Nuno	CL81
Gomes, Patricia	CL27
Gonçalves, Isabel	CL156, CL157
Gonçalves, Sérgio	CL8, CL15, CL47, CL48, CL141, CL154, CL159
Gonzalez, Francisca	CL175
Gouveia, Catarina	CL130
Goyanes, Adrián Gallego	CL46, CL179
Grenho, André	CL87, CL104, CL171
Guedes, Rui	CLC, CL63, CL70
Guerado, Enrique	CL28, CL42
Guerra Pinto, Francisco	CL8, CL15, CL145
Guerreiro, Ricardo	CL104, CL171
Guitain, Francisco	CL193
Gutierres, Manuel	CL106
Guyot, Andrea	CL3
Henriques, Diana	CL54, CL65
Henriques, João	CL90
Henriques, Margarida	CL120
Igreja, César	CL72
Jardim, Carlos	CL45
Jerónimo, Rita	CL41, CL114, CL118, CL122
João, Cláudia	CL133
Jordão, Pedro	CL36, CL142
Jorge, João Torrinha	CL87, CL104, CL171
Lage, João de Azevedo (In Memoriam)	CL19
Lage, Lafayete de Azevedo	CL6, CL10, CL19
Lage, Luiz Antonio de Azevedo	CL19
Lago, Carlos Dopico	CL1, CL11, CL29, CL30
Lança, Nuno F.	CL34, CL41, CL49, CL114, CL122, CL195
Laranjo, António	CL196
Leal, Fernando	CL4, CL14, CL17, CL24, CL25, CL78, CL80, CL94, CL132, CL140, CL150
Leão, Manuel Nunes	CL183
Leborans, S. Eiras	CL179
Lebre, Joaquim	CL76, CL88
Leitão, Joana	CL22, CL26, CL75, CL89, CL125, CL178, CL185, CL189, CL191
Leitão, Pedro	CL160
Leitão, Rui	CL133
Leite, Luciana	CL85, CL92, CL102, CL138, CL197, CL200, CL204
Leite, Pedro	CL3, CL68, CL77, CL85, CL92, CL156, CL157, CL197, CL200
Lemos, Pedro	CL110
Lemos, Rui	CL102
Lima Santos, Filipe	CL9, CL190
Lima, Sara	CL51, CL125, CL136, CL189, CL191
Ling, Tah Pu	CL116, CL121, CL201
Lopes, Daniel	CLA, CL26, CL136
Lopes, Jorge	CL203
Lopes, Mafalda Noronha	CL101, CL110, CL133, CL160
Loureiro, Jacinto	CL12, CL131
Loureiro, Miguel	CL81

Lourenço, João	CL202
Lourenço, José Manuel	CL95
Lourenço, Paulo	CL45
Lozano, Luis	CL58
Lucas, Francisco	CL79
Luís, Nuno	CL149
Machado, Luís	CL12, CL131
Machado, Sara	CLB, CL64, CL67, CL91
Maculé, Francisco	CL13
Magalhães, Manuel	CL198
Maia Dias, Carlos	CL103
Maia Gonçalves	CL187
Maia, Ricardo	CL5
Marinhas, José	CL115, CL128
Marinheiro, Júlio	CL189
Marques, Celine	CL54, CL65
Marques, Franklim	CL198
Marques, Pedro Miguel	CL13, CL56, CL58, CL74, CL135, CL139, CL142, CL144, CL146, CL175
Marques, Tiago Paiva	CL103
Marta, Miguel	CLC, CL63, CL70
Martins Pereira	CL5
Martins, Augusto	CL111, CL184
Martins, Gustavo	CL20
Martins, Igor	CL149
Martins, José	CL173, CL181
Martins, Pedro	CL118
Martins, Sandra	CLA, CL22, CL26, CL51, CL89, CL125, CL176, CL178, CL185, CL189
Mateus, António	CL1, CL11, CL29, CL30, CL60
Mateus, Carlos	CL147
Mateus, José	CL16, CL181
Matos Coutinho, António	CLB, CL64, CL91
Matos, Eduardo	CL120
Matos, Gabriel	CL116, CL121, CL201
Meira, Edgar	CL107, CL152, CL162
Melo, Teresa	CL47
Mendes Almeida, Ricardo	CL48, CL129
Mendes Moura, António	CL158
Mendes, António	CL73, CL166
Mendes, Francisco	CL103
Mendes, Jorge	CLA, CL75, CL89, CL125
Mendes, Ricardo	CL190
Mendes, Rodolfo Caria	CL98, CL173
Mendonça, António	CL45
Mendonça, Manuel	CL78, CL80
Mineiro, Jorge	CL34, CL39, CL40, CL41, CL50, CL113, CL114
Miranda, António	CL94
Mónica, Armando	CL59
Monteiro, Alberto	CL71
Monteiro, Eurico	CL11, CL29, CL30, CL62
Monteiro, Jacinto	CL111, CL113
Moraes Sarmento, G.	CL20
Moreira, Rodrigo	CL153, CL154
Moreno, João	CL99, CL194
Mota, Bruno	CL49, CL195
Muras, José	CL156, CL157
Napoli, Manlio Mario Marco	CL19
Nascimento, Herculano	CL94
Nascimento, Miguel	CL45
Negrão, Pedro	CL135, CL139, CL144, CL146
Nelas, Joaquim	CL99, CL194
Neto, Artur	CL132, CL140, CL150
Neves, João	CL180
Neves, Nuno	CL60, CL139
Neves, Pedro	CL68, CL77, CL85, CL193, CL197, CL199, CL200, CL204
Neves, Renato	CL35, CL43, CL169, CL186, CL205
Nogueira, Helder	CLA, CL26, CL136, CL189
Noronha de Andrade, António	CL36, CL169
Norte Ramos, Susana	CL124, CL126
Nunes, Norberto	CL72
Oliveira, António	CL43, CL205
Oliveira, Carolina	CL175
Oliveira, Cláudia	CL134
Oliveira, Filipe	CL23, CL148
Oliveira, Marco Barroso	CL92
Oliveira, Nuno	CL97, CL203
Oliveira, Paulo Ribeiro de	CLB, CL31, CL32, CL57, CL64, CL67, CL69, CL91
Oliveira, Vânia	CL77, CL95, CL198, CL200, CL204, CL205
Oliveira, Vasco	CL73, CL166

Ortega, JA	CL42
Otero, M Fernandez	CL46
Ovídio, Joana	CL41, CL66, CL83, CL84, CL122, CL130
Padin, José	CL82
Padin, Manuel	CL4, CL17
Pádua, Miguel	CL27, CL101, CL160
Palhares Delgado, A.	CL81
Pasarin, Alejandro	CL21
Pedro, Inês	CL98, CL170
Pedrosa, Carlos	CL141
Peixoto, Daniel	CL73, CL166
Pereira, Alexandre	CL193
Pereira, Bruno	CL7, CL33, CL37
Pereira, Carlos Alberto	CL166
Pereira, Fernando	CL73, CL166
Pereira, Helder	CL71
Pereira, Joana	CL137
Pereira, Manuel Alexandre	CL156
Pereira, Ricardo	CL54, CL65
Pereira, Rogério Barbosa	CL71
Pereira, Rui	CLE, CL8, CL15, CL47, CL158
Perez, Mariano Jorge Hidalgo	CL44
Periquio, Isabel	CL114
Pimentão, Pedro	CL98
Pina, Carlos	CL196
Pinheiro, Miguel	CL101
Pinho, André	CL62, CL117, CL188
Pino, J. Minguez	CL46
Pino, Juan Gonzalez del	CL142
Pinto, Isabel	CL64, CL91
Pinto, Ricardo Rodrigues	CL156, CL157
Pinto, Rui	CLB, CLC, CL1, CL11, CL29, CL30, CL31, CL60, CL63, CL64, CL67, CL70, CL74, CL91, CL106, CL117, CL139, CL144, CL158, CL188
Pinto, Susana	CL35, CL186
Pires, Luís	CL93, CL109
Pon, Jorge	CL40, CL165
Pons, Miquel	CL2, CL21
Popescu, Dragos	CL56, CL58
Portela da Costa, A.	CL170
Portugal, Raquel	CL53
Quaresma, Nuno	CL26
Quintas, Inês	CLE, CL48
Ramalho, Fréderic da Cunha	CL202
Ramiro, Nuno	CL164, CL168
Ramos, António	CL137
Ramos, Joaquim	CL95
Ramos, Maria Helena	CL3, CL68
Ramos, Miguel	CL149
Ramos, Sara	CL163, CL174
Raposo, Frederico	CL13, CL32, CL56, CL57, CL58, CL69, CL74
Raposo, João Pedro	CL86, CL108, CL161
Reátegui, Diego	CL58
Rebelo, António	CL86, CL108
Rebelo, Tiago	CL99, CL194
Reis, Rui	CL71
Relvas, Carlos	CL137, CL151
Resende, Alexandra	CL54, CL65
Resende, Vera	CL4, CL14, CL24, CL25, CL78, CL80, CL94, CL132, CL140, CL150
Ribas, Juan	CL142
Ribeiro, Carlos Abel	CL152
Ribeiro, Juvenália	CL147
Ribeiro, Nuno	CLD, CL55
Robalo Correia	CL149
Robles, Diogo Santos	CL51, CL75, CL136, CL176, CL178, CL185, CL191
Rocha, Pedro	CL23, CL38, CL52, CL82, CL122, CL164, CL192
Rocha, Ricardo	CL101, CL160
Rocha, Rui	CL76, CL129, CL187
Rodrigues Fonseca, Joaquim	CL151
Rodrigues, Elisa	CL43, CL175
Rodrigues, José	CL36
Rodrigues, Luís	CL48
Rodrigues, Patrícia	CL118
Rodriguez de Sousa, A.	CL16
Rodriguez, Juan	CL13
Rodriguez-Solera, JM	CL42
Roxo Neves, J.	CL20
Ruano, Afonso	CL35, CL169, CL186

Ruotolo, Ja Grau	CL46
Sá Rodrigues, André	CL67, CL135, CL139, CL144, CL146
Sá, António	CL12, CL131
Sá, David	CL9
Sá, Pedro	CL135, CL146, CL175
Salgado, António	CL53
Salgueiro, João	CL203
Salgueiro, Marta	CL120
Salreta, José Filipe	CL90
Sampaio, Ricardo	CL81
Santa Bárbara, Rita	CL65
Sant'Anna, Francisco	CL124, CL126
Santos Carvalho, Manuel	CL31, CL62, CL117, CL188
Santos Pereira, Ricardo	CL172, CL187
Santos Silva, Filipa	CL148, CL192
Santos, Álvaro	CL164
Santos, Cláudia	CL165
Santos, Filipe Lima	CL115, CL128
Santos, Mafalda	CL115, CL128, CL129
Santos, Sandra	CL45
São Simão, Ricardo	CL158
Sarafana, João	CL61, CL177
Saraiva, Daniel	CL9, CL76, CL88, CL128
Saraiva, Luís	CL163, CL174
Sarmento, André	CL9, CL172, CL187
Sarmento, Marco	CL148, CL192
Seabra Lopes, J.	CL199, CL205
Seara, Manuel	CLB, CL1, CL11, CL29, CL30, CL31, CL60, CL64, CL91
Seco, António	CL16, CL181
Segur, Josep	CL13
Serdoura, Francisco	CL62, CL106, CL117
Serra, Sofia	CL53
Serrano, Pedro	CL199
Sevivas, Nuno	CL53, CL100, CL105
Sierra, Beatriz Novoa	CL18
Silva, Alcindo	CL81
Silva, César	CL96, CL102, CL138
Silva, Fernando	CL178
Silva, Luis	CL95, CL147
Silva, Luis Miguel	CL5, CL7, CL33, CL37, CL105
Silva, Manuel	CL106, CL139
Silva, Pedro	CL7
Silva, Sara	CL89, CL125, CL136, CL185, CL191
Silva, Sérgio	CL11, CL29, CL30
Silva, Tiago Milheiro	CL126
Silvério, Sílvia	CL20, CL143
Simas, Pedro	CL112
Simões, Carlos	CL81
Simões, José	CL47, CL137
Simões, Pedro	CL182
Soares, Daniel Esteves	CL92, CL77, CL85, CL138, CL156, CL157, CL197, CL199
Soares, Luís	CL161
Soares, Renato	CL86
Sobral, Luís	CL97, CL203
Soriano, Alex	CL3
Sousa, António	CL13, CL32, CL56, CL57, CL58, CL67, CL69, CL74
Sousa, Carlos de	CL22, CL51, CL176, CL185
Sousa, João Paulo	CL66, CL83, CL84
Sousa, José Miguel	CL97, CL118, CL130
Sousa, Manuel	CL99, CL194
Sousa, Marco Guedes de	CL96, CL102
Sousa, Ricardo	CL3, CL68, CL77, CL85, CL96, CL157, CL193
Sousa, Rui	CL149
Tarquini, Olian	CL201
Tavares, Delfin	CL119, CL124, CL126, CL130
Tavares, Luís	CL86, CL108, CL116, CL121, CL161
Tavares, Nuno	CL78, CL80
Teixeira, Fábio	CL53
Teixeira, Frederico	CL141, CL145
Teixeira, Joana	CL38, CL52, CL113, CL148, CL168, CL192
Teixeira, João	CL4, CL14, CL17, CL24, CL25, CL78, CL80, CL94, CL132, CL140, CL150
Teixeira, José Manuel	CL132
Tellechea, Inês	CL54, CL65
Thusing, Mónica	CL124
Timóteo, Catarina	CL126
Tirado, António	CL38, CL52, CL111
Torres, João	CL106
Torres, Tiago	CL76, CL88, CL172
Trigueiros, Miguel	CL96, CL102, CL138

Vale, Mário	CL82
Valencia, Julian Morales	CL142
Valente, Luis	CL32, CL56, CL57, CL69, CL74
Varanda, Pedro	CL33, CL37
Varela, Emanuel	CL159
Vasconcelos, Daniel	CL60
Vasconcelos, José Carlos	CL71, CL95
Vasconcelos, Mónica	CL180
Veludo, Vitorino	CL62, CL117
Viana, Gonçalo	CL61, CL177
Vide, João	CL66, CL83, CL84, CL120
Vidinha, Vitor	CL135, CL144, CL146
Vieira da Silva, Manuel	CL5, CL7, CL33, CL37, CL59, CL72, CL100, CL105, CL147
Vieira, Miguel	CL90
Vieira, Sofia Esteves	CLA, CL22, CL26, CL75, CL89, CL176, CL178
Vinga, Susana	CL97
Xavier, Fernando	CL61, CL177
Zenha, Horácio	CL163, CL174
Zurbano, Xavier	CL93, CL109

Índice dos Autores dos Posters

Abrantes, Ana	P22
Adan, Marina Lillo	P27
Aguiar, Thiago	P7, P45, P47, P52, P56
Alegre, Carlos	P15, P20, P21
Aleixo, Hugo	P13
Alpoim, Bruno	P3, P31
Alves da Silva, Sara	P58
Alves, Cristina	P11, P32, P33, P34
Alves, Ricardo Tomás	P37, P40
Amhaz, S Escanlar	P44
Andrade, José	P9
Ângelo, Susana	P54
Antunes, Artur	P19, P30, P46
Antunes, João	P54
Antunes, Ricardo	P2
Araújo, Amilcar	P38, P42
Araújo, Paulo	P13
Arcângelo, Joana	P14, P63
Azevedo, Hermengarda	P48
Bahute, André	P53, P57
Balacó, Inês	P11, P32, P33, P34
Barbosa, Bruno	P50, P61
Barbosa, Nuno Camelo	P13
Barreira, Pedro Brandão	P4
Barros, André	P45
Bastos, Pedro Mendes	P47
Batista, Mafalda	P38, P42
Bento Rodrigues, Joana	P9, P60
Bermejo, Gomez	P57
Bia, Ana	P37, P40
Brandão, Alexandre	P20, P60
Brito, Joaquim	P35, P36
Bueno, Ignacio Carbonel	P25
Cabral, João José	P33, P62
Caeiro-Rey, J R	P44
Caetano, Afonso	P16
Caetano, Manuel	P15, P20, P21, P62
Caldeira, José	P29
Camacho, António	P47
Campos, Pedro	P5
Cândido, Manuel	P9
Cardoso, Carlos	P16
Cardoso, Joana	P13
Cardoso, Pedro Sá	P11, P32, P33, P34
Caria Mendes, Rodolfo	P43
Carneiro, Fernando	P52
Carriço, Filipe	P39
Carvalhais, Pedro	P54
Carvalho, Marcos	P55
Carvalho, Margarida	P37, P40
Carvalho, Miguel	P38, P42
Carvalho, Nuno	P56
Casanova, José	P60, P62
Castelhanito, Pedro	P37
Castelo, Luis Sá	P50
Castro, João Nunes	P35
Cerqueira, Raúl	P28, P64
Chacon, Jorge Camacho	P27
Correia Domingos, R.	P48
Correia, Luís	P65
Costa, Jorge Homero	P63
Coutinho, Inês	P15
Couto, A.	P24
Dantas, Pedro	P7
Dias, António M.	P50
Dias, Rui Freitas	P15, P20, P21
Díaz, D. A. Rendón	P17
Duarte, Filipe	P30, P46
Duarte, Rui	P39
Escolar, Antonio Lobo	P27
Evangelista, Carlos	P48
Façanha, Ana	P28, P64
Fachada, Nuno	P38, P42
Falcão, Pedro	P63
Fardilha, Maria Luisa	P28, P64
Fernandes, Pedro	P36
Ferreira da Cruz	P2
Ferreira, Andreia	P61
Ferreira, Joana Fonseca	P9
Ferreira, Nuno	P39
Figueiredo, Alfredo	P55
Figueiredo, António	P1
Figueiredo, Sérgio	P8, P59
Fonseca, Fernando	P15, P20, P21, P55
Fonseca, Rúben	P53, P60, P62
Fontoura, Ugo	P53, P57
Ford, Edmundo	P23
Frada, Ricardo	P26, P51, P66

Freitas, Joana	P12
Freitas, João	P1, P60
Freitas, Tânia Pinto	P24
Froufe, João Deus	P2
Gala, Carlos Cana	P17
Galindo, A. Muñoz	P17
Garcia, F. J. Garcia	P17
Gaspar, Ana Rita	P53
Gomes, Armando	P53
Gomes, Diana	P50
Gomes, Diogo	P24
Gomes, Patrícia	P29
Gomes, Pedro Teixeira	P50
Gómez, Juan Francisco Blanco	P6, P10, P25
Gonçalo, Margarida	P15
Gonçalves, Ricardo	P5
Gonçalves, Sérgio	P7, P45, P47, P56
Gonçalves, Zico	P22
Gonzaléz, I Couto	P44
Goyanes, Adrián Gallego	P44
Grenho, André	P63
Guardo, L. Alonso	P17
Guerra Pinto, Francisco	P7, P56
Guerreiro, Ricardo	P14, P63
Jerónimo, Rita	P38
Jiménez, Diego Peña	P10
Jordão, Pedro	P53, P55, P57
Jorge, João	P63
Judas, Fernando	P21
Laderas, Laura Bolea	P6, P10
Lampreia, Rui	P65
Laranjo, António	P62
Leal, Fernando	P26, P51, P66
Leitão, Filipe	P2
Leite, F.	P24
Leite, Luciana	P4
Leite, Pedro Santos	P4
Lemos, Pedro	P29
Lima Rodrigues, Francisco	P31
Lima, Barbara Flor de	P45
Ling, Tah Pu	P11, P32, P33, P34
Lopes, Ana	P5
Lopes, António Lemos	P50
Lopes, Graça	P36
Lopes, Jorge	P16
Lopes, Mafalda Noronha	P29
Loureiro, Jacinto	P8, P59
Lozano, Luis	P23
Machado Rodrigues	P22
Machado, Luis	P8, P59
Machado, Sara	P41
Magalhães, Glória	P5
Marin, Jorge Ripalda	P6
Marinhas, José	P61
Marques, Pedro	P3, P23, P31
Martinez, Beatriz Garcia	P6, P10, P25
Martins, António	P2
Martins, Augusto Cunha	P11, P14
Martins, Sandra	P58
Mateus, José	P37, P40
Matos, Gabriel	P11, P32, P33, P34
Meira, Edgar	P13
Mendes Moura, António	P19
Mendes, António	P54
Mendonça, António	P55
Mendonça, Manuel	P51
Miranda, António	P26, P66
Miranda, Elson José S.	P18
Miranda, Elson Sousa	P18
Monteiro, Eurico	P30, P46
Moreno, João	P22
Moura, Diogo	P1
Nascimento, Herculano	P26
Neves, João	P38, P42
Neves, Pedro	P4
Neves, Renato	P28, P64
Oliveira, Carolina	P3, P31
Oliveira, Filipe	P36
Oliveira, João	P20, P60
Oliveira, Paulo	P19, P41
Oliveira, Teresa	P2
Oliveira, Vasco	P54
Ovídio, Joana	P24
Palheiras, João	P58
Pedro, Inês	P43
Pedrosa, Carlos	P47
Peiron, Sofia Ferrer	P25
Pereira da Silva, José António	P9
Pereira, Bruno	P39
Pereira, Fernando	P54

Pereira, Rui	P7, P45, P47, P56
Pinho, André	P12
Pinto, Isabel	P41
Pinto, Rui	P12, P19, P30, P41, P46
Pinto, Susana	P28, P64
Pires, Armando	P9
Popescu, Dragos	P23
Prata, Ricardo	P49
Queirós, Carlos	P51, P66
Quintas, Inês	P45, P56
Ramiro, Nuno	P35
Raposo, João Pedro	P52
Rebelo, António	P52
Rebelo, Tiago	P22
Resende, Vera	P26, P51, P66
Ribas, Juan	P57
Robles, Diogo	P58
Rocha, Pedro Costa	P36
Rocha, Ricardo	P29
Rodrigues, Elisa	P3, P31
Rodrigues, José Maria	P59
Rodriguez, Juan	P23
Rojo, Victor Roda	P27
Rosa, Bárbara	P5
Ruano, Afonso	P28, P64
Sá Rodrigues, André	P30, P46
Sá, António	P8
Sá, Pedro	P3, P23, P31
Salgueiro, João	P16
Santiago, Luiz	P43
Santos Carvalho, Manuel	P12, P19, P30, P46
Santos, Francisco	P29, P65
Santos, Jorge	P5
Santos, Mafalda	P61
Santos, Sandra	P55
Sarafana, João	P48
Seara, Manuel	P19
Serdoura, Francisco	P12
Sevivas, Nuno	P39
Silano, Miguel Sanagustin	P6, P10, P25, P27
Silva, Fernando	P58
Silva, Luis	P3
Simões, Pedro Bernardino	P32, P34
Soares, Daniel Esteves	P4
Soares, Renato	P52
Sobral, Luis	P16
Sousa, José Miguel	P42
Sousa, Manuel	P22
Sousa, Ricardo	P4
Tavares, Luís Melo	P52
Teixeira, Joana Helena	P36
Teixeira, João	P26, P51, P66
Torres, Luís	P13
Torres, Tiago Pinheiro	P61
Valencia, Julian Morales	P57
Vela, Javer Rodriguez	P10
Veludo, Vitorino	P12
Viana, Gonçalo	P48
Vide, João	P24
Vidinha, Vítor	P41
Vieira da Silva, Manuel	P39
Vieira, Sofia Esteves	P58
Vizan, Alberto Aso	P25, P27
Xavier, Fernando	P48

Índice dos Autores dos E-Posters

Abrantes, Ana	EP219
Afonso, Pedro	EP111
Agostinho, Francisco	EP19, EP86, EP94, EP100, EP115
Aguiar, Renata	EP237
Aguiar, Thiago	EP20, EP29, EP40, EP136, EP137, EP226
Aido, Ricardo	EP24, EP32
Alegre, Carlos	EP76, EP77, EP110, EP218
Alegre, Duarte	EP182
Aleixo, Hugo Moreira	EP1, EP15, EP69, EP113, EP224
Almeida, Emanuel	EP74
Almeida, Paulo	EP9, EP247
Almeida, Ricardo Mendes	EP53
Alonso, Raul	EP123
Alpoim, Bruno	EP10, EP61, EP189
Alves da Silva, João	EP78, EP235
Alves, António	EP22
Alves, Catarina	EP142, EP154
Alves, Cristina	EP138, EP143, EP152, EP157, EP215
Alves, Joana	EP74
Alves, Jorge	EP109, EP166
Alves, Ricardo	EP102
Alves, Sandra	EP22, EP77
Amaral, Carlos	EP123
Amaral, Pedro	EP136, EP226
Amaral, Virginia do	EP5, EP16, EP35, EP99, EP164, EP166, EP167, EP183, EP199
Amaro, F.	EP132
Anacleto, José	EP93
Andrade, José	EP47
Anton, David Escobar	EP84
António, Francisco	EP50
Antunes, Artur	EP21, EP45, EP98, EP223
Antunes, João Pedro	EP209
Antunes, Ricardo	EP79, EP106, EP112, EP212
Araújo, Amilcar	EP33, EP42, EP43, EP103, EP155, EP159, EP160, EP162, EP180
Araújo, João	EP32, EP37
Araújo, Paulo	EP69
Araújo, Sérgio Neiva	EP1, EP15
Arcângelo, Joana	EP156, EP195
Arvela, Jorge	EP118, EP124, EP125
Avelar, Adélia	EP80
Azevedo, Hermengarda	EP14, EP225
Azevedo, Jorge	EP230
Babulal, Jaime	EP36, EP83, EP96, EP123
Bahute, André	EP186, EP222, EP246
Balacó, Inês	EP138, EP143, EP152, EP157, EP215
Bandeira Rodrigues, E.	EP234
Baptista, Carolina Morais	EP165
Barata, José	EP197
Barbosa, Bruno	EP48, EP80, EP92, EP95, EP135
Barbosa, Luís	EP232
Barbosa, Nuno Camelo	EP1, EP15, EP69, EP113, EP224
Barbosa, Tiago	EP7, EP34, EP146, EP201
Barreira, Pedro Brandão	EP177, EP242, EP253
Barros, André	EP40, EP53, EP121, EP141
Barroso, Luís	EP67
Batista, Mafalda	EP33, EP42, EP43, EP50, EP103, EP155, EP159, EP160, EP162, EP180, EP250
Batista, Vasco	EP222
Beckert, Pedro	EP210
Beja da Costa, Pedro	EP172
Bento Rodrigues, Joana	EP12, EP13, EP27, EP47, EP77, EP211
Bia, Ana	EP102, EP193
Bogalo, Raul Garcia	EP84
Botelheiro, José Carlos	EP169
Botelho, Álvaro	EP204
Botton, Miguel	EP9, EP88, EP117, EP124, EP133, EP202, EP233, EP238, EP247
Brandão, Alexandre	EP12, EP13, EP90, EP241
Brenha, José	EP236

Brito, Joaquim Soares	EP9, EP52, EP88, EP117, EP131, EP203, EP221, EP233, EP238
Bueno, Ignacio Carbonel	EP120
Cabral, João	EP12, EP23, EP157
Caeiro, André	EP250
Caetano, Afonso	EP231, EP248
Caetano, Manuel	EP13, EP23, EP77, EP90, EP110, EP218
Caetano, Rúben	EP20, EP151, EP246
Caldeira, José	EP176, EP252
Caleira, Venâncio	EP130, EP160
Camacho, António	EP40, EP81, EP121, EP141, EP151, EP214
Campagnolo, João	EP63
Campos Lemos	EP6, EP127, EP175, EP185
Campos, Barbara	EP181, EP248
Campos, Pedro	EP78, EP114, EP116, EP139, EP208, EP232, EP235
Cândido, Manuel	EP47
Canela, Pedro	EP149, EP161
Canilho, Bruno	EP198
Cannas, João	EP67
Cano, Juan	EP30
Cardoso, Carlos	EP231
Cardoso, Hugo Esteves	EP8, EP18, EP190, EP191, EP194, EP217
Cardoso, Joana	EP1, EP15, EP69, EP113, EP224
Cardoso, Luís	EP65, EP129, EP196
Cardoso, Pedro	EP242, EP245, EP253
Cardoso, Pedro Sá	EP138, EP143, EP152, EP157, EP215
Caria Mendes, Rodolfo	EP205
Carneiro, Fernando	EP136, EP137, EP226
Carriço, Filipe	EP146, EP174, EP182
Carriço, Luis	EP122
Carvalho Simões, Manuel	EP29
Carvalho, Alfredo	EP130
Carvalho, André	EP19, EP86, EP87, EP94, EP100, EP115, EP170, EP219, EP220
Carvalho, Eunice	EP64, EP230
Carvalho, João das Dores	EP25, EP99, EP228
Carvalho, Luís Dias	EP1, EP113, EP224
Carvalho, Marcos	EP27, EP76, EP206, EP211, EP216, EP241
Carvalho, Margarida	EP193
Carvalho, Miguel	EP33, EP42, EP43, EP50, EP62, EP63, EP103, EP134, EP155, EP159, EP160, EP162, EP180, EP250
Carvalho, Nelson	EP53
Carvalho, Nuno	EP20, EP121, EP151
Carvalho, Paulo	EP105, EP173, EP184
Casalta, João	EP27
Cassiano Neves, Manuel	EP141
Castelo, Luís	EP48, EP80, EP92, EP95, EP135
Castro, João	EP9, EP133, EP221, EP247
Cerca, Carlos	EP92
Cerqueira, Raul	EP91, EP213
Chacon, Jorge Camacho	EP55
Coelho, Rafaela	EP24
Coelho, Victor	EP252
Constantino, Hugo	EP81, EP214
Corrales, Monica	EP26
Correia, Bruno Manuel Lopes	EP44
Correia, Frederico Marquez	EP140, EP250
Correia, João	EP3, EP52, EP88, EP89, EP118, EP124, EP125, EP126, EP230
Correia, Luís	EP187, EP254
Correia, Sandra	EP122
Corte Real, Luis	EP241
Costa Ribeiro, J.	EP35
Costa, André	EP6, EP105, EP127, EP149, EP158, CL161, CL179, EP185
Costa, Jorge Homero	EP156, EP195
Costa, Luís Dias da	EP24, EP66, EP68
Costa, Paulo	EP66, EP68
Costa, Pedro	EP113
Coutinho, Paulo Cibrão	EP49
Couto, André	EP227
Couto, Roberto	EP7, EP34, EP146, EP201

Craveiro Lopes, Nuno	EP244
Cruz de Melo, J.	EP2, EP28, EP64
Cura Mariano	EP23
Dantas, Pedro	EP40
Dias, António M.	EP95, EP135
Dias, Rui Freitas	EP110, EP168, EP218
Dias, Sílvio	EP2, EP28, EP64
Diaz, Diego Alejandro Rendon	EP54, EP240
Diez, M A Ulloa	EP57
Diniz, Pedro	EP169, EP173, EP184
Diogo, Nuno	EP81, EP214
Domingos, Rui Correia	EP14, EP65, EP129, P196, EP225
Duarte, Filipe	EP223
Duarte, Rui	EP49, EP122, EP154, EP234
Durão, Carlos	EP11, EP192
Escalda, Carolina	EP244
Estanqueiro Guarda	EP65, EP129, EP196
Estevens Reis	EP18
Esteves, Nuno	EP22
Estrela, Domingos	EP237
Estupiñán, Lima Marcela Perez	EP251
Evangelista, Carlos	EP14, EP225
Façanha, Ana	EP91, EP213
Fachada, Nuno	EP33, EP155, EP159, EP160, EP162, EP180
Faga, António	EP41
Falcão, Pedro	EP156, EP195
Fardilha, Maria Luísa	EP91, EP213
Faria, João	EP70, EP106, EP112, EP212
Farinha, Filipe	EP237
Felicissimo, Paulo	EP176
Fernandes, Mário	EP44
Fernandes, Pedro	EP52, EP133, EP233
Ferreira, Andreia	EP6, EP39, EP105, EP149, EP158, EP175, EP179, EP185
Ferreira, Fabíola	EP175
Ferreira, Nuno	EP122, EP154, EP174, EP199, EP234
Ferreira, Ricardo	EP111
Ferreira, Rui	EP76
Ferreira, Virgilio Paz	EP136, EP226
Fessenko, Alexandre	EP9
Figueiredo, Alfredo	EP76, EP211, EP216
Figueiredo, António	EP12, EP22, EP206, EP236
Figueiredo, Sérgio	EP36, EP229
Flores Santos, Francisco	EP141, EP176, EP210, EP254, EP252
Flores, Elena Martin	EP75
Fonseca, Fernando	EP23, EP27, EP76, EP77, EP90, EP110, EP216, EP218, EP241
Fonseca, Rúben Lopes da	EP186, EP206, EP222
Fontoura, Ugo	EP186, EP222, EP246
Ford, Edmundo	EP108
Frada, Ricardo	EP2, EP28, EP60, EP64, EP104, EP107, EP163, EP171, EP178
Frada, Tiago	EP142, EP174, EP182
Franco, José	EP198
Freire, José Lupi	EP42, EP43
Freitas, Filipa	EP58
Freitas, Rolando	EP39, EP56
Freitas, Silvina	EP34
Freitas, Tânia	EP82, EP132, EP227
Frias, Miguel	EP6
Froufe, João	EP65, EP79, EP184, EP212
Gala, Carlos Cano	EP54, EP240
Galindo, A. Muñoz	EP240
Garcia, Isabel	EP150, EP207
Garcia, Javier Garcia	EP54, EP240
Garcia-Peñuela, Juan Salvador Ribas	EP251
Garijo, Ricardo Larrainzar	EP84
Garruço, António	EP241
Gaspar, Ana Rita	EP246
Geada, Nuno	EP198
Gil, Álvaro	EP142

Godino	EP200
Gomes Peres	EP65, EP129, EP196
Gomes, Armando	EP222
Gomes, Diogo	EP82, EP132, EP227
Gomes, José	EP86, EP100
Gomes, Maribel	EP7, EP34, EP146, EP201
Gomes, Marta	EP60
Gomes, Patrícia A.	EP176, EP252
Gomes, Pedro Teixeira	EP48, EP80, EP92, EP95, EP135
Gomez, Juan Francisco Blanco	EP51, EP55
Gonçalves, Ricardo	EP11, EP78, EP114, EP116, EP139, EP208, EP232, EP235
Gonçalves, Sérgio	EP20, EP40, EP53
Gonçalves, Zico	EP19, EP220
Gonzalez, Francisca	EP189
Goyanes, Adrian Gallego	EP57
Granate, Teresa	EP111
Grenho, André	EP156
Guardo, L. Alonso	EP240
Guedes, Rui	EP44
Guerado, Enrique	EP30, EP200
Guerreiro, Ricardo	EP156, EP195
Gutierres, Manuel	EP45
Henriques, Diana	EP71, EP72, EP73
Hipólito, Carlos	EP197
Inês, Ana	EP186, EP206
Jerónimo, Rita	EP62, EP63, EP134, EP204
Jesus, Jorge	EP73
Jimeno, Nuria Perez	EP120
João, Emanuel	EP73
Jordão, Pedro	EP186, EP222, EP246
Jorge, João	EP156, EP195
Judas, Fernando	EP4, EP13, EP23, EP218
Júlio, Clara	EP78, EP208, EP235
Lage, Lafayette de Azevedo	EP41
Lago, Carlos Dopico	EP21, EP38
Lampreia, Rui	EP254
Lança, Nuno	EP62, EP63, EP134, EP198
Leal, Fernando	EP2, EP28, EP60, EP64, EP104, EP107, EP163, EP171, EP178
Leão, Manuel Nunes	EP244
Leirinha, Manuel	EP19
Leitão, Joana	EP3, EP5, EP25, EP35, EP85, EP97, EP109, EP164, EP166, EP167, EP183, EP243
Leitão, Pedro	EP210
Leite da Cunha, A.	EP15, EP224
Leite, F.	EP132, EP227
Leite, Luciana	EP144, EP148, EP177, , EP242, EP245, EP253
Leite, Pedro	EP31, EP144, EP148, EP177, EP242, EP245
Lemos, Rui	EP24, EP31, EP32, EP37
Levi Fernandes	EP83, EP96, EP123
Liça, Miguel	EP164, EP166, EP167
Lima e Sá, César	EP168, EP218
Lima, Bárbara Flor de	EP20
Lima, Fernando	EP7
Lima, José	EP33, EP42, EP43, EP155, EP159, EP162, EP250
Lima, Sara	EP35, EP85, EP164, EP243
Ling, Tah Pu	EP138, EP143, EP152, EP157, EP215
Livramento, Juscelino	EP193
Lobo Antunes, João	EP50
Lopes, Ana Correia	EP78, EP114, EP116, EP139, EP208, EP232, EP235
Lopes, António Lemos	EP48, EP80, EP92, EP95, EP135
Lopes, Daniel	EP3, EP85, EP97, EP99, EP183, EP228, EP243
Lopes, Graça	EP131, EP133
Lopes, Jorge	EP231
Lopes, Mafalda	EP89, EP210
Lopes, Maria Ascensão	EP45
Loureiro, Jacinto	EP229
Lourenço, Paulo	EP216
Lozano, Luis	EP108
Lucas, Francisco	EP4, EP13, EP27

Lucas, Marco	EP150, EP207
Macedo, Carlos	EP32, EP37
Machado, Luís	EP229
Madaíl, Carla	EP181
Mafra, Inês	EP198
Magalhães, Glória	EP11, EP78, EP114, EP116, EP139, EP208, , EP232, EP235
Magalhães, Teresa	EP36
Maia Dias, Carlos	EP123
Maia Gonçalves	EP56
Maia, Bruno	EP230
Maio, Marta	EP48, EP80, EP92, EP95, EP135
Mañanes, Ruben Perez	EP84
Marinhas, José	EP128, EP149
Marinheiro, Júlio	EP199
Marques, Celine	EP71, EP72, EP73
Marques, Pedro	EP10, EP17, EP61, EP108, EP145, EP189, EP246
Marques, Raquel	EP197
Marques, Tiago Paiva	EP36, EP70, EP83, EP96, EP123
Marta, Miguel	EP44, EP70
Martel, José	EP236
Martinez, Beatriz Garcia	EP51, EP55
Martinho, Gonçalo	EP36, EP83, EP96
Martins, António	EP79, EP106, EP112, EP212
Martins, Augusto	EP9, EP52, EP117, EP118, EP125, EP126, EP131, EP195, EP202, EP203
Martins, Cláudia	EP150, EP207
Martins, Gustavo	EP46, EP169, EP196
Martins, Pedro	EP204
Martins, Rui	EP199
Martins, Samuel Bonito	EP118, EP124, EP125, EP126
Martins, Sandra	EP3, EP5, EP16, EP25, EP35, EP97, EP109, EP164, EP167, EP183, EP199, EP228
Mateus, António	EP21, EP38
Mateus, Carlos	EP49, EP147,EP154, EP174
Mateus, José	EP102, EP193
Matos, Gabriel	EP138, EP143, EP152, EP157, EP215
Maximino, Luis	EP4, EP23
Meira, Edgar	EP1, EP15, EP69, EP113, EP224
Melancia, João Levi	EP50
Melo, João de	EP182
Mendes, António Jorge	EP209
Mendes, Eduardo	EP87, EP220
Mendes, Francisco	EP96
Mendes, Jorge	EP5, EP99, EP167
Mendes, Ricardo	EP128, EP175, EP183
Mendonça, António	EP211, EP216
Mendonça, Manuel	EP104, EP107
Mineiro, Jorge	EP62, EP63, EP67
Miranda, António	EP163, EP178
Miranda, Elson Sousa	EP101, EP119, EP188
Miro, Rafael Llopis	EP75
Moita, Miguel Brites	EP36, EP83
Monteiro, Eurico	EP21, EP38, EP45, EP58
Monteiro, Jacinto	EP238
Monteiro, Marlene	EP74
Moraes Sarmento, Gonçalo	EP46
Moreira, António	EP7, EP146, EP201
Moreno, João	EP19, EP86, EP87, EP94, EP100, EP115, EP170, EP219, EP220
Mota, Bruno	EP198
Mousinho, José	EP150, EP207
Nascimento, Germano	EP197
Nascimento, Miguel	EP90, EP206, EP211, EP241
Negrão, Pedro	EP145
Nelas, Joaquim	EP115
Neto, Artur	EP60, EP104, EP163, EP171, EP178
Neves, Ana Sofia	EP140
Neves, João	EP33, EP42, EP43, EP50, EP103, EP155, EP159, EP160, EP162, EP180, EP250
Neves, Joaquim	EP204

Neves, Nuno	EP17
Neves, Pedro	EP31, EP177, EP245, EP253
Neves, Renato	EP66, EP68, EP91, EP213
Nogueira, Francisco	EP81, EP214
Nogueira, Helder	EP85, EP99, EP183, EP228, EP243
Nomi, Thaís	EP197
Nunes, Carla	EP153
Oliveira, António	EP66, EP68
Oliveira, Carolina	EP10, EP61, EP189
Oliveira, Cláudia	EP130
Oliveira, Filipe	EP202, EP203, EP233
Oliveira, João Pedro	EP4
Oliveira, Marco Barroso de	EP31, EP140
Oliveira, Nuno	EP153, EP181, EP239, EP248
Oliveira, Paulo	EP98
Oliveira, Teresa	EP79, EP106, EP112, EP129, EP212
Oliveira, Tiago	EP140
Oliveira, Vânia	EP24, EP148, EP42, EP245, EP253
Oliveira, Vasco	EP138, EP209
Ovídio, Joana	EP62, EP63, EP82, EP134
Pádua, Miguel	EP89, EP176, EP210, EP252
Paiva Ferreira	EP140
Paulo, Leonor	EP83
Pedro, Inês	EP194, EP205
Pedrosa, Carlos	EP81, EP121, EP214
Peixoto, Daniel	EP209
Peña, Olivier R. Marin	EP84
Pereira, Alexandre	EP144
Pereira, Bruno	EP49, EP142, EP146, EP182, EP234
Pereira, Carlos Alberto	EP209
Pereira, David	EP170
Pereira, Fernando	EP209
Pereira, Ricardo Mota	EP71, EP72, EP73
Pereira, Ricardo Santos	EP39, EP128, EP161
Pereira, Rui	EP20, EP40, EP121, EP151
Pescador, David	EP54
Pessoa, Pedro	EP103
Pimenta Ribeiro, Rui	EP223
Pina, Carlos	EP12, EP13, EP90, EP206
Pinheiro, Miguel	EP252
Pinho, André	EP58
Pinho, Romeu	EP236, EP237, EP249
Pinho, Serafim	EP170, EP219
Pino, J. Minguez	EP57
Pintado, Carlos	EP48
Pinto, Ana	EP172
Pinto, José Neves	EP111, EP244
Pinto, Rui	EP17, EP21, EP38, EP44, EP70, EP98, EP145, EP223
Pinto, Susana	EP91, EP213
Pires, Armando	EP47
Pon, Jorge	EP22
Pons, Miquel	EP26
Popescu, Dragos	EP108
Portela da Costa, A.	EP8, EP18, EP190, EP191, EP194, EP217
Prado, Miguel Angel Hernan	EP75
Protásio, João	EP111, EP244
Puga, Filipe	EP236, EP237, EP249
Quaresma, Nuno	EP3, EP16
Quinaz Neto, P.	EP116
Quintas, Inês	EP53, EP121
Ramalho, Fréderic da Cunha	EP7, EP34, EP146
Ramalho, Frederico Cunha	EP201
Ramiro, Nuno	EP202, EP203, EP221
Ramos, Acácio	EP82
Ramos, Antonio Loste	EP55
Ramos, Joaquim	EP24, EP31, EP37
Raposo, João Pedro	EP29, EP136, EP137, EP226
Rebelo, António	EP29, EP137
Rebelo, Tiago	EP19, EP86, EP87, EP94, EP100, EP115, EP170, EP219, EP220
Rego, Paulo	EP165
Reis, Joel	EP146
Resende, Alexandra	EP71, EP72, EP73, EP74
Resende, Vera	EP2, EP28, EP60, EP64, EP104, EP107, EP163, EP171, EP178

Rey-Caeiro, J. R.	EP57
Ribeiro, Juvenália	EP147, EP154
Ricardo, Rita	EP103
Robles, Diogo Santos	EP16, EP97, EP109
Rocha, Pedro	EP88, EP117, EP131, EP133, EP187, EP203, EP221
Rocha, Ricardo Pinto da	EP93, EP176, EP210
Rocha, Rui	EP56, EP149, EP161, EP179
Rodrigues, António	EP10
Rodrigues, Carlos	EP168
Rodrigues, Domingues	EP179
Rodrigues, Elisa	EP10, EP61, EP189
Rodrigues, Luís	EP53, EP147, EP168
Rodrigues, Patrícia	EP134, EP153
Rodrigues, Pedro Cacho	EP17, CL145
Rodriguez de Sousa, A.	EP102, EP205
Rodriguez, Juan	EP108
Rohr JR	EP200
Rojo, Victor Roda	EP120
Rosa, Barbara	EP114, EP116, EP139
Rosa, Isabel	EP181, EP239, EP248
Ruano, Afonso	EP91, EP213
Sá da Costa, Daniel	EP208, EP232
Sá Rodrigues, André	EP17, EP98, EP145, EP223
Sá, António	EP229
Sá, David	EP39, EP158
Sá, Pedro	EP10, EP61, EP145, EP189
Sacramento, Telmo	EP132
Salgueiro, João	EP231
Salvador, Jorge	EP82
Sanchez, Antonio Tabuenca	EP51
Sanchez, Enrique Suñen	EP51
Sanchez, Victor Zarzuela	EP251
Santa Bárbara, Rita	EP71, EP72, EP74
Sant'Anna, Francisco	EP141
Santiago, Luiz	EP102
Santos Carvalho, Manuel	EP58, EP98, EP223
Santos Silva, Filipa	EP165
Santos, Altino	EP236
Santos, Álvaro Sampaio	EP118, EP125, EP126
Santos, Filipe Lima	EP39, EP105, EP127, EP158
Santos, Jorge	EP114, EP139
Santos, Sandra	EP27, EP76, EP186, EP211, EP216
Sarafana, João	EP14, EP65, EP129, EP173, EP196, EP225
Saraiva, Daniel	EP56, EP105, EP127, EP128, EP158, EP161, EP179
Sarmento Esteves, João	EP111, EP244
Sarmento, André	EP6, EP39, EP56, EP127, EP128, EP175, EP185
Sarmento, Marco	EP88, EP117, EP118, EP124, EP125, EP126, EP131, EP202
Seabra Lopes	EP66, EP68
Seara, Manuel	EP21, EP38, EP98
Serdoura, Francisco	EP58
Sevivas, Nuno	EP122, EP174
Sierra, Beatriz Novoa	EP251
Silano, Miguel San Agustin	EP51, EP55, EP120
Silva, Carmen	EP197
Silva, César	EP144, EP148
Silva, Fernando	EP228
Silva, Luís	EP61, EP230, EP234
Silva, Manuel	EP17
Silva, Norberto	EP149
Silva, Paula Helena	EP249
Silva, Sara	EP16, EP25, EP35, EP85 EP97, EP109, EP166, EP167, EP183, EP243
Silva, Sérgio	EP38
Silvério, Sílvia	EP46, EP169
Simões, Pedro	EP12, EP90, EP143
Soares, Daniel	EP32, EP37, EP66, EP68, EP144, EP148, EP177, EP242, EP245, EP253

Soares, José	EP45
Soares, Renato	EP29, EP137
Sobral, Luís	EP153, EP181, EP231, EP239, EP248
Sousa, Albino	EP22
Sousa, António	EP108
Sousa, Filipe Torres	EP204
Sousa, José Miguel	EP62, EP134, EP181, EP239, EP248
Sousa, Manuel	EP86, EP87, EP94, EP115, EP170, EP219, EP220
Sousa, Marco	EP31, EP32, EP37
Sousa, Ricardo	EP177
Subías, Jorge López	EP120
Tapadinhas, Mário	EP111
Tarquini, Oliana	EP230
Tavares, Delfin	EP141
Tavares, Luís	EP29, EP136, EP137, EP152, E215, EP226
Tavares, Nuno	EP107
Teixeira, Ana Sofia Neves	EP75
Teixeira, Artur	EP60
Teixeira, Frederico	EP151
Teixeira, Joana	EP88, EP133, EP203, EP221, EP233
Teixeira, João	EP2, EP28, EP104, EP107, EP163, EP171, EP178
Teixeira, José Manuel	EP171
Tellechea, Inês	EP71, EP72, EP74
Tinoco, Bartol	EP142
Tirado, António	EP52, EP233
Tomé, Teresa	EP150, EP207
Torres, João	EP45
Torres, Luís	EP69
Torres, Tiago Pinheiro	EP6, EP56, EP105, EP127, EP128, EP158, EP161, EP175, EP185
Trigueiros, Miguel	EP144, EP148
Vale, Mário	EP117, EP131, EP202
Valverde, Amilcar	EP150, EP207
Varanda, Pedro	EP49
Varela, Emanuel	EP79
Vargas, Jara Badiola	EP51, EP120
Vasconcelos, Mónica	EP180
Vaz, Mário	EP70
Veludo, Vitorino	EP58
Ventura Pereira	EP81
Viana, Gonçalo	EP14, EP225
Vidal, Eduarda	EP214
Vide, João	EP82, EP132, EP227
Vides	EP200
Vieira da Silva, Manuel	EP49, EP122, EP142, EP147, EP154, EP174, EP182, EP234
Vieira, Sofia Esteves	EP3, EP5, EP16, EP25, EP85, EP97, EP99, EP109, EP164, EP166, EP199, EP228, EP243
Vilela, Carlos	EP34
Vizan, Alberto Aso	EP55
Vizuete, Antonio David Murillo	EP84
Xavier, Fernando	EP14, EP225
Xavier, Gabriel	EP140

Índice de Autores dos Vídeos

Aguiar, Thiago	V12
Alves, Marcelo	V11
Andrade, José	V7
Araújo, Amilcar	V10
Batista, Mafalda	V10
Bessa da Silva	V5
Brandão, Alexandre	V8
Caetano, Manuel	V8
Cândido, Manuel	V7
Carvalho, Miguel	V4, V10
Costa e Almeida, Francisco	V1
Costa, Roberto Cavalieri	V2
Cruz de Melo	V3
Cruz, Henrique	V6
Cunha, Pedro	V4
Dantas, Pedro	V12
Dias, Sílvio	V3
Durão, Carlos	V11
Esteves, João Sarmento	V9
Fachada, Nuno	V10
Fonseca, Fernando	V8
Frada, Ricardo	V3, V5
Freitas, Rolando	V1
Freitas, Tânia	V6
Gomes, Diogo	V6
Gonçalves, Sérgio	V12
Guerreiro, Gonçalo	V4
Lage, Lafayette de Azevedo	V2
Leal, Fernando	V3, V5
Lima, Tiago	V4
Lopes, Armando	V4
Martins, Gustavo	V9
Neto, Artur	V5
Neves, João	V10
Ovidio, Joana	V6
Pereira, Rui	V12
Pina, Carlos	V8
Pinto, José	V9
Pires, Armando	V7
Protásio, João	V9
Resende, Vera	V3, V5
Rocha, Rui	V1
Rodrigues, Joana Bento	V7, V8
Sá, David	V1
Sarmento, André	V1
Simas, Pedro	V9
Simões, Pedro	V8
Sousa, João Paulo	V6
Teixeira, Artur	V5
Teixeira, João	V3
Torres, Tiago Pinheiro	V1
Vasconcelos, Mónica	V10
Vide, João	V6

Índice por Áreas – Comunicações Livres, Posters, E-Posters e Vídeos

Comunicações Livres:

Anca – CL1-CL30
Biomecânica – CL31-CL32
Coluna – CL33-CL52
Investigação – CL53-CL65
Joelho – CL66-CL90
Ombro e Cotovelo – CL91-CL110
Ortopedia Infantil – CL111-CL130
Punho e Mão – CL131-CL150
Tornozelo e Pé –CL151-CL175
Traumatologia – CL176-CL195
Tumores do Aparelho Locomotor – CL196-CL205

Posters:

Anca –P1-P7
Biomecânica –P8
Cartilagem – P9
Coluna – P10-P13
Investigação – P14
Joelho – P15-P23
Ombro e Cotovelo –P24-P31
Ortopedia Infantil – P32-P37
Punho e Mão – P38-P42
Tornozelo e Pé – P43-P47
Traumatologia – P48-P49
Tumores do Aparelho Locomotor – P60-P66

E-Posters:

Anca – EP1-EP43
Biomecânica – EP44-EP45
Cartilagem – EP46-EP48
Coluna – EP49-EP69
Investigação – EP70-EP75
Joelho – EP76-EP112
Ombro e Cotovelo – EP113-EP130
Ortopedia Infantil - -EP131-EP143
Punho e Mão – EP144-EP171
Tornozelo e Pé – EP173-EP202
Traumatologia – EP203-EP238
Tumores do Aparelho Locomotor – EP239-EP254

Vídeos:

Anca - V1-V3
Coluna – V4-V5
Joelho – V6-V9
Punho e Mão – V10-V11
Traumatologia – V12