

Resumos das Comunicações Livres / Conferências do 3º Congresso SOLP:

Fixador interno percutâneo nas fraturas da Pelve: Técnica, indicações e resultados

Leonardo Rocha, João Antonio Matheus Guimaraes, William Dias Belangero
(Instituto Nacional de Ortopedia e Traumatologia, UNICAMP-SP, Brasil)



Descrevemos uma nova técnica para a fixação das fraturas pélvicas, desenvolvida como uma alternativa às configurações externas tradicional e alternativa (crista ilíaca, subcristal e o próprio supracetabular). O método difere das outras técnicas por utilizar um material diferenciado (parafusos pediculares, barras de titânio e conectores), por ser colocado percutâneo e minimamente invasivo, proporcionando maior conforto, tolerância, índices inferiores de infecção, sem influência no vestuário, higiene e acessos cirúrgicos à Pelve, Abdômen e à Coluna Toracolombar em posição prona. Contamos também com uma fixação na área da pelve que confere uma maior e mais segura estabilidade, com uma técnica já utilizada (fixador externo com os pinos de Schawz na região supracetabular).

Entre 2009 e 2011, nós usamos com sucesso fixador interno pélvico supra acetabular como o dispositivo definitivo de fixação para 08 pacientes com lesões do anel pélvico. Todos os pacientes tiveram suas lesões consolidadas e retornaram às suas atividades laborais com uma média de 5,2 meses. Sem queixas importantes de dor. A complicação que observamos foi que em 2 pacientes (25%), relataram desconforto na região da topografia da conexão entre o parafuso supra acetabular e a barra transversal. Ambos foram tratados com sucesso com a retirada do material após a consolidação das fraturas.

Conclusões: As considerações anatômicas sugerem vantagens distintas associadas ao uso do pino supracetabular que posiciona o fixador interno pélvico comparado com o pino na crista ou em posições alternativas como a empregada na região subcristal.

A montagem supracetabular é uma técnica que usa marcos ósseos superficiais consistentemente e prontamente identificáveis (Espinha Ilíaca Antero Superior, Sínfise Púlica e Grande Trocânter) para inserção do parafuso em uma região com o estoque de osso maciço e consistente e o mais adequado.

Assim, colocação do fixador interno pélvico é de fácil aplicação, sendo reproduzível como um procedimento percutâneo, com a necessidade de um intensificador de imagem, utilizando a mesma técnica que o pino supracetabular do fixador externo.

O fixador é tolerado bem pelos pacientes para períodos prolongados no tratamento, que são requeridos frequentemente. Além disso, não causa qualquer limitação ao vestir-se, sentar-se e andar; acesso cirúrgico completo à parede abdominal se requerido e também ao dorso em posição prona; possuindo uma taxa total mais baixa de complicações.

Tratamento de fracturas estáveis transtrocantericas com osteossintese cefalomedular - análise de 75 doentes operados

Gonçalo Viana, Carlos Evangelista, Fernando Xavier

(Hospital Ortopédico de Santana - Unidade de Ortopedia Geriátrica, Parede, Portugal)



Introdução: As fracturas do colo do fémur são cada vez mais prevalentes com o envelhecimento da população. Os métodos de tratamento cirúrgico mais frequentemente utilizados baseiam-se em duas filosofias de osteossíntese diferente: extramedular e cefalomedular.

Material e Métodos: Os autores avaliam retrospectivamente cerca de 75 doentes submetidos a osteossíntese cefalomedular nos últimos 5 anos com fracturas transtrocantericas estáveis (61 cavilhas gamma 3® e 14 PFNa®). Sessenta e seis doentes eram do sexo feminino. A idade média dos doentes foi de 82,8 anos. Os parâmetros avaliados foram: Hemoglobina pré-operatória à data do internamento, Hemoglobina pós-operatória após 48 horas após a cirurgia, variação da hemoglobina, quantificação da drenagem pós operatória e nº de unidades de concentrado eritrócitário transfundidas. Foi também avaliada a funcionalidade do membro operado e a capacidade de marcha.

Resultados: A média da hemoglobina pré-operatória foi de 11,5 g/dl como uma diminuição de 1,5 às 48 horas de pós-operatório. A transfusão média de unidades sanguíneas foi de 1,3. Após 1 ano da follow-up 6 doentes faleceram, 11 encontram-se sem potencial de marcha (acamados ou em cadeira de rodas), 8 efectuam marcha limitada com apoio de andarrilho e 6 fazem-no com apoio de 2 canadianas. Os restantes doentes avaliados recuperam a sua função e autonomia.

Discussão e conclusão: A osteossíntese cefalomedular representa uma forma eficaz do tratamento das fracturas transtrocantericas estáveis, com a vantagem de ser um método de tratamento minimamente invasivo e que permite uma carga total imediata no pós-operatório.

Análise da reprodutibilidade inter e intra-observadores das classificações das fraturas transtrocantericas do fémur

José Lino Fernandes Barreto, Francisco Robson Alves

(Instituto Dr. José Frota, Cidade de Fortaleza, Ceará – Brasil)



Introdução: As fraturas transtrocantericas são muito comuns em nosso meio, principalmente nos pacientes da terceira idade por serem fraturas tipicamente osteoporóticas e associadas a quedas, constituindo não só um problema médico mas também um problema social, uma vez que a maioria dos casos é constituído por pacientes idosos dependentes de familiares. A localização e a gravidade da lesão são fatores importantes que influenciam a escolha de tratamento do cirurgião e o desfecho anatômico e funcional do paciente, fatores esses frequentemente catalogados de acordo com a descrição e a subsequente classificação de fraturas e lesões de partes moles. Este trabalho tem como

Objetivo: Avaliar a concordância inter e intra observadores das três classificações mais utilizadas para as fraturas transtrocantericas do fémur: Evans, Tronzo e do Grupo AO. **Material:** radiografias anteroposterior da bacia, obtidos de 30 pacientes com fraturas transtrocantericas do fémur, internados no Instituto Dr. José Frota, cidade de Fortaleza – Ceará, de Julho a Outubro de 2010.

Método: seis observadores, subdivididos de acordo com o grau de titulação (três médicos ortopedistas especialistas em quadril e três médicos ortopedistas não especialistas em quadril, classificaram 30 fraturas transtrocantericas do fémur, em duas ocasiões com intervalos de

diferença de sete dias. A concordância inter e intra-observadores foi avaliada pelo coeficiente Kappa. Resultados: na 1ª análise inter-observador da classificação de Evans o valor médio da concordância foi de 46,45%, com o poder de Kappa de 53,33% (considerável) e na 2ª análise da mesma classificação a média foi de 49,11% com o Kappa de 53,33% (considerável). A 1ª análise inter-observador da classificação de Tronzo o valor médio da concordância foi de 46,22%, com o Kappa de 40,00% (considerável) e na 2ª a média foi de 46,67% com o Kappa de 73,33% (considerável). Já na classificação do Grupo AO, na 1ª análise inter-observador o valor médio da concordância foi de 33,56%, com o de Kappa de 60,00% (discreto) e na 2ª análise a média foi de 38,44% com o de Kappa de 53,33% (discreto). Na análise intra-observador, para a classificação de Evans o valor médio da concordância foi de 64,44% com o poder de kappa de 50,00% (moderado), sendo que para a classificação de Tronzo segundo a mesma análise o valor médio da concordância foi de 71,11% com o kappa de 66,67% (moderado) e para a classificação do grupo AO, o valor médio da concordância foi de 50,56% com o de kappa de 50,00% (moderado).

Discussão: Uma classificação ideal para as fraturas transtrocantericas ainda não foi descrita, porém a classificação AO é mais completa na sua descrição. No entanto o mesmo apresenta um baixo nível de concordância inter e intra-observadores em relação às outras duas classificações.

Conclusão: Na análise inter-observador a concordância da classificação AO apresentou nível mais baixo e na intra-observador o poder mais frequente foi moderado com maior concordância na de Tronzo em relação às outras duas.

Placa proximal de fémur em gancho em fracturas periprotésicas. Experiência do Serviço

Catarina Alves, Aaron Hilis, Luis Filipe Rodrigues, Luis Miguel Silva, Bartol Tinoco

(Hospital de S. Marcos, Braga, Portugal)



Introdução:

A incidencia de fracturas peri-protésicas do fémur em doentes com PTA tem aumentado gradualmente nas últimas duas décadas.

Material e métodos:

Estudo retrospectivo realizado por análise de processo clínico e avaliação física dos doentes. Foram avaliados 18 doentes operados entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2010.

Resultados:

Relativamente a etiologia dividimos em 3 grupos. Os que apresentaram fractura traumática por queda, os casos resultantes de fractura intra-op durante ATA primárias ou de revisão e pseudoartrose do grande trocanter.

A classificação utilizada foi a de Vancouver.

Resultados:

Verificou-se ligeiro predomínio das fracturas tipo A do grande trocanter. Relativamente ao procedimentos cirúrgicos efectuados: 7 casos realizou-se Fixação interna com placa gancho proximal do fémur, 4 casos Fixação interna com placa + revisão haste, 7 casos com Revisão total da protese e Fixação Interna com placa de gancho. O seguimento dos doentes foi realizado em consulta externa hospitalar durante um período máximo pós op de 24 meses. A maioria dos

doentes tem apresenta um follow-up de 7 a 12 meses.Todos os doentes foram seguidos em consulta externa e avaliados clinicamente com base nos critérios de Merle D'Aubigné e Pastel.

Discussão:

O número de doentes submetidos a este tratamento ainda é relativamente pequeno para comparar os resultados com outras opções publicadas.O tratamento de fracturas periprotésicas e/ou pseudartrose do grande trocanter, com placa proximal de fémur em gancho permite: Boa redução anatómica,reconstrução e estabilização da fractura, optimização da função dos nadegueiros. Parte dos resultados insatisfatórios obtidos poderão estar relacionados com a idade avançada e co-morbilidades associadas.

Conclusões:

O uso das placas de gancho revelou-se um método eficaz no tratamento de fracturas periprotésica A, B1 e B2 e pseudartrose do grande trocanter.

Osteossintese de fracturas subcapitais do fémur: uma solução eficaz?

Carlos Evangelista, Gonçalo Viana, Fernando Xavier

(Hospital Ortopédico de Santana - Unidade de Ortopedia Geriátrica, Parede)



Introdução: O algoritmo do tratamento das fracturas subcapitais do fémur correlaciona-se directamente com o risco de necrose avascular da cabeça do fémur a elas associado. Disso é reflexo a classificação de Garden, ainda hoje frequentemente utilizada.

Material e Métodos: Os autores avaliam retrospectivamente 31 doentes operados nos últimos três anos com fracturas subcapitais do fémur, submetidas a osteossintese. 23 doentes eram do sexo feminino. A idade média dos doentes foi de 76,7 anos (51-96). De acordo com a classificação de Garden, 24 eram do Tipo I e 7 do Tipo II. Foram utilizados parafusos em 30 casos e osteossintese com placa e parafuso dinâmico associados a parafuso anti-rotacional num caso. O follow up médio foi de 17,9 meses.Os parâmetros avaliados foram: Hemoglobina pré-operatória, Hemoglobina pós-operatória, 48 horas após a cirurgia, variação da hemoglobina, quantificação do número de unidades transfundidas, duração da cirurgia, Harris hip score, avaliação radiológica e complicações.

Resultados: A média da hemoglobina pré-operatória foi de 12,4 g/dl com uma diminuição pós-operatória de 1,2g/dl. A média de unidades transfundidas foi de 0,6 por doente operado. O tempo operatório médio foi de 44 minutos (20-65). Verificou-se a perda parcial de redução em dois casos (um Garden Tipo I e um Tipo II) que evoluíram para a consolidação, um caso de falência de osteossintese (Garden I) e um caso de necrose avascular da cabeça do fémur, resolvidas por artroplastia total da anca.

Não se verificaram casos de necrose avascular da cabeça do fémur à data da observação.

Discussão e Conclusão: A osteossintese com parafusos representa um excelente método de fixação, com perdas sanguíneas e necessidade de transfusão reduzida e uma boa recuperação funcional. Contudo, é necessário um follow-up maior de forma a determinar com melhor acuidade a taxa de necrose avascular.

Osteonecrose do joelho tratada com transplante de aloenxerto osteocartilaginoso

Rui Dias, Alexandre Marques, João Oliveira, Fernando Fonseca, Fernando Judas
(Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal)



INTRODUÇÃO

Há inúmeras opções cirúrgicas para a reconstrução dos defeitos cartilagueos e osteocartilagueos do joelho. A transplantação de tecidos osteocartilagueos criopreservados ocupa um lugar importante como solução terapêutica.

MATERIAL

Os autores apresentam um caso clínico de Osteonecrose num doente de sexo feminino, de 30 anos de idade, com antecedentes de Lupus e medicada desde há 4 anos com corticóides. A doente deambulava com o apoio de duas canadianas e apresentava dores de tipo misto na região anterior e lateral do joelho direito. Não apresentava alterações de desvios de eixos, a mobilidade transversal da rótula era normal e simétrica assim como a flexão/extensão do joelho. Não apresentava sinais de instabilidade ligamentar.

Foi aplicado um aloenxerto osteocartilaginoso congelado por via artroscópica em Maio de 2002.

MÉTODOS

Aos dois meses de operada, apresentava o joelho operado sem derrame articular, mobilidades iguais e simétricas ao joelho oposto. A última revisão clínica e imagiológica foi efectuada em 2011.

RESULTADOS

Nove anos após a cirurgia, a RMN do joelho apresentava sinais evidentes de integração do aloenxerto, sem sinais de reabsorção do transplante e sem falência do tecido cartilagueo. Clinicamente, a doente não apresentava dores ou derrames articulares no joelho operado e as mobilidades eram normais e simétricas em relação ao joelho oposto.

DISCUSSÃO

Perante a idade da doente, a realização da técnica de transplantação osteocartilaguea criopreservada foi uma opção correcta. A incorporação de um enxerto ósseo implica a sua revascularização, isto é, se o enxerto não for revascularizado, não é incorporado e não apresenta condições para responder às solicitações mecânicas e fisiológicas.

A conservação dos aloenxertos osteocartilagueos exige algumas etapas de rigor:

- a congelação tem de ser rápida até aos -80° ($1,5^{\circ}$ /minuto) , assim como a descongelação, permitindo manter 95% de condrócitos morfológicamente intactos
- tratamento com substâncias protectoras da cartilagem, como o glicerol e a DMSO.

A percentagem de condrócitos que sobrevivem ao processo de congelação/dcongelação é provavelmente muito baixa ou virtualmente nula. O sucesso clínico depende do número de células vivas após a transplantação, da estabilidade da interface entre a porção óssea do aloenxerto e o tecido ósseo receptor.

CONCLUSÃO

Há vantagens na utilização de aloenxertos cartilagueos criopreservados:

- disponibilidade de maior número de enxertos
- melhor congruência anatómica entre o enxerto e o sítio receptor
- maior facilidade de transporte a longas distâncias.

Abordagem anterior na artroplastia da anca – será uma mais valia?

Thiago Aguiar, Pedro Amaral, Luís Tavares, João Raposo, Carvalho Simões
(Hospital do Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Açores, Portugal)



Introdução:

A abordagem anterior (Heuter) utilizada na artroplastia da anca tem ganho popularidade nos últimos anos.

Robert Judet, em 1947, foi o primeiro a utilizar esta abordagem. Desde então vários cirurgiões têm optado e desenvolvido as potencialidades desta via de acesso.

Existem inúmeras vantagens associadas: maior proximidade da articulação, plano de dissecação entre regiões com diferentes enervações, sem necessidade de desinserções musculares, facilidade na orientação do componente acetabular, menor taxa de luxações, redução algica no pós-operatório e reabilitação precoce. Contudo apresenta maior dificuldade na colocação do componente femural e requer segundo algumas séries a utilização de dispositivos de tracção e/ou fluoroscopia.

Objectivo: Avaliar a abordagem anterior na artroplastia da anca.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo realizado entre Fevereiro de 2010 e Fevereiro de 2011 a 19 artroplastias da anca: 16 totais (12 não cimentadas, 1 híbrida e 3 cimentadas) e 3 parciais.

Analisaram-se as variáveis: sexo, idade, lateralidade, comprimento da incisão, tempo de cirurgia e de internamento, perdas hemáticas, necessidade de transfusão e complicações intra e pós-operatórias.

Realizou-se a análise radiológica pré e pós-operatória (AP standard e perfil).

Utilizou-se o questionário “Harris Hip Score” (HHS) e “Oxford Hip Score” (OHS).

Tratamento estatístico - SPSS v17.0.

Resultados:

A população apresenta uma média de idades de 68,4 anos (31-91) e 63,18% são do género feminino. Comprimento médio da incisão – 12,3cm (10,5-15). O tempo médio de cirurgia foi de 92 minutos (72-117) e de internamento 6,1 dias (5-7). 26,3% dos pacientes necessitaram de transfusão. Complicações intra-operatórias: fractura proximal do fémur (1) e pós-operatórias: descelagem do acetábulo (1).

Avaliação imagiológica: sem outros sinais de instabilidade dos componentes ou descelagem.

Valores médios do HHS – 91 e do OHS – 43.

Discussão:

Por definição um método que preserva as partes moles e limita a lesão iatrogénica cirúrgica durante um procedimento é considerado pouco invasivo. A abordagem anterior preenche estes requisitos.

Apresenta uma curva de aprendizagem exigente, principalmente aquando da preparação femural, o que leva a utilização de instrumental adequado para facilitar a sua implantação.

Apesar da não utilização de mesa/dispositivos de tracção ou fluoroscopia, como em outras séries, obtivemos bons resultados, coincidentes com a literatura revista. Os autores apenas utilizam uma mesa ortopédica que realiza extensão da coxo-femural.

Conclusão:

Os primeiros resultados com a utilização desta abordagem são encorajadores. O seguimento a longo prazo é necessário para confirmar os bons resultados preliminares.

Reconstrução articular do joelho em doentes geriátricos - a utilidade de novos componentes

Carlos Evangelista, Gonçalo Viana, Fernando Xavier

(Hospital Ortopédico de Santana - Unidade de Ortopedia Geriátrica, Parede, Portugal)



Introdução : Um dos factores responsáveis pela falência a longo prazo das artroplastias totais do joelho é o desgaste do polietileno, pelo que uma das actuais linhas de investigação levou ao aparecimento de componentes femorais em cerâmica com a diminuição do coeficiente de atrito.

Material : Os autores apresentam os resultados preliminares dos primeiros 40 doentes de um estudo prospectivo de avaliação de artroplastia total do joelho com componente femoral em cerâmica Biolox Delta[®], iniciado há 24 meses.

Métodos: A média de idades à data da cirurgia foi de 69,4. O follow up médio foi de 10,6 meses. Trinta e dois doentes eram do sexo feminino e 8 do sexo masculino.

Resultados : Os resultados foram avaliados de acordo com o Clinical Knee Society Score System, tendo sido determinado o Knee Score e o Fuctional Score respectivo.

Discussão: Os resultados preliminares mostram-se similares aos obtidos nas artroplastias totais do joelho metal-polietileno, havendo, no entanto, uma diminuição importante das queixas dolorosas e da inflamação no pós operatório, com uma recuperação funcional mais rápida.

As principais desvantagens são, na opinião dos autores, a obrigatoriedade da conservação do ligamento cruzado posterior e o preço ser mais elevado.

Conclusão: A artroplastia total do joelho com componente femoral em cerâmica permite obter excelentes resultados funcionais a curto prazo, o que pode constituir uma mais valia em doentes idosos, nos quais se pretende uma rápida recuperação e integração social.

Artroplastia total anca após osteomielite da cabeça femoral

Pedro Marques, Cristina Sousa, António Felix, Pedro Sá, Francisco Lima Rodrigues

(Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal)



Introdução:

- A artrite séptica resulta da invasão bacteriana do espaço articular, podendo ocorrer por via hematogénea, inoculação directa após trauma ou por contaminação de cirurgia, sendo o patogéneo mais frequen no adulto a infecção por *St. aureus*.

- Apesar de todos os avanços no tratamento e os estudos efectuado até ao momento sobre esta patologia, a morbilidade e mortalidade associadas são, ainda, bastante significativas, especialmente em idades extremas.

- A articulação coxo-femoral surge como uma articulação frequentemente atingida.

- Uma complicação associada a esta patologia consiste na osteomielite do colo/cabeça femoral, que no adulto pode provocar sequestro ósseo infectado que requiere excisão.

Material:

- Doente, sexo masculino, com 49 anos de idade que em Novembro de 2004 iniciou quadro de artrite séptica na anca esquerda, tendo efectuado tratamento com antibiótico. Devido a

manutenção do quadro infeccioso veio a desenvolver osteomielite do colo femoral, tendo, em Fevereiro de 2005, efectuado um Girdlestone para resolução do processo infeccioso.

- Manteve tratamento com antibiótico e seguimento em consulta.
- Em Novembro de 2005 foi submetido a artroplastia total da anca esquerda, sem intercorrências durante o internamento.

Métodos:

- Follow up em regime de consulta externa durante 5 anos, com controle imagiológico periódico.

Resultados:

- Ao fim de 5 anos de follow-up, o doente encontra-se sem nenhuma/alguma limitação funcional da coxo-femoral esquerda, com mobilidades activas e passivas dentro dos parâmetros normais, sem sinais inflamatórios visíveis.
- Ao Rx evidencia prótese total da anca esquerda com boa inserção femoral e da componente acetabular. Sem evidências de descolamento da protese ou sinais de infecção.

Discussão:

- A resecção cirúrgica agressiva está associada a pseudo-artrose e anquilose da anca afectada, sendo por isso um tratamento de último recurso e sempre associado a forte tratamento com antibiótico.

Conclusão:

- A infecção persistente da anca é de difícil tratamento, sendo felizmente uma situação rara. Se não for realizado uma cirurgia agressiva pode progredir para sépsis crónica. É necessário também uma antibioterapia agressiva e controle apertado.

A cirurgia de ambulatório-razões para o seu sucesso

Rui Dias, Maria Bela, João Oliveira, Fernando Fonseca
(Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal)



Introdução

Nos últimos anos o desenvolvimento da Cirurgia do Ambulatório tem sido uma prioridade nos programas das políticas de Saúde, querendo aumentar assim a efectividade, a qualidade e a eficiência na organização hospitalar. A Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) dos Hospitais da Universidade de Coimbra foi criada em 2008. Para que a UCA corresponda às expectativas e tenha excelência em qualidade, há necessidade de se desenvolverem indicadores e programas de controlo.

Material

Durante o ano de 2010 foram realizadas 1274 intervenções cirúrgicas em 1100 pacientes. Por especialidades, foram operados 601 pacientes e realizadas 702 intervenções em Ortopedia, 308 pacientes e 453 intervenções em Cirurgia Plástica e Reconstructiva, 60 pacientes e 61 intervenções em Ginecologia e 48 pacientes e 51 intervenções em Urologia. Estas cirurgias foram realizadas com várias técnicas de anestesia (anestesia local, local com sedação, anestesia geral e anestesia loco regional). Foram realizadas 380 consultas de Anestesiologia.

Métodos

Foram desenvolvidos indicadores específicos: taxa de cancelamentos, taxa de admissão hospitalar, taxa de reintervenção cirúrgica no mesmo dia da operação, taxa de readmissão

hospitalar até aos 30 dias de pós-operatório, grau de satisfação global dos doentes intervencionados em ambulatório, óbitos ocorridos até 30 dias após a cirurgia de ambulatório.

Resultados

Dos 1100 pacientes operados e das 1274 intervenções cirúrgicas realizadas na UCA no ano de 2010, 5 doentes agendados e não operados, 12 doentes foram internados nos respectivos serviços durante pelos menos 24h, não houve nenhum doente que tivesse sido reoperado no mesmo dia da operação, 3 doentes foram internados até ao 30^º dia de operado. Quanto ao grau de satisfação, 77% respondeu que ficou muito satisfeito, 20% respondeu que ficou satisfeito e 3 % não ficaram satisfeitos. Não há registo de óbitos registados até ao 30^º dia após a cirurgia .

Discussão

A análise dos resultados apresentados indica que a Cirurgia de Ambulatório é uma prática segura, apresentando taxa de reintervenções insignificante, assim como baixas taxas de outras complicações. É imprescindível a realização e o cumprimento seguro de protocolos para o bom funcionamento e segurança dos procedimentos.

Conclusão

A medicina centralizada no Utente e a reorganização destes procedimentos apresenta inúmeras vantagens. Contudo, é necessário que toda a actividade cirurgica seja parametrizada de forma continua. Os dados obtidos permitem estabelecer condutas seguras para os doentes.

Efeito Maquet, realidade ou mito? A propósito de um caso clínico

J. Oliveira, Rui Dias; Fernando Fonseca

(Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal)



INTRODUÇÃO:

O tratamento ideal para a condromalácia patelar e/ou osteoartrose patelo-femoral permanece controverso. Várias opções de tratamento cirúrgico têm sido propostas. Estas têm variado desde a excisão da cartilagem com furagem subcondral, proposta em 1959 por Pridie, até ao realinhamento proximal e/ou distal do aparelho extensor.

Em 1963, Maquet propôs que a condromalácia patelar dolorosa, resistente ao tratamento conservador, deveria ser alvo de uma abordagem cirúrgica com vista ao avanço da tuberosidade anterior da tibia (2-2,5cm). Este procedimento assentaria em questões biomecânicas e na redução do vector da força de compressão patelo-femoral, pelo aumento da relação angular entre o tendão patelar e o tendão quadricipital.

MATERIAL:

Doente do sexo masculino, com a idade actual de 49 anos, empresário, submetido a osteotomia de Maquet há 26 anos, avaliado clínico-radiologicamente em consulta externa de ortopedia.

MÉTODOS

Foi colhida a informação clinica há data da cirurgia bem como o registo radiológico possível. Foram caracterizadas as complicações pós-operatórias e os tempos de recuperação. Foi também realizada uma avaliação objectiva por meio da escala Cox, Escala Visual Analógica (EVA) e pelo Kujala patellofemoral scoring system.

RESULTADO:

Doente submetido a operação de Maquet por condromalácia patelo-femoral dolorosa e resistente a tratamento conservador em Junho de 1987, em joelho dominante direito, com um follow-up pós-operatório de 24 anos.

Nega complicações peri ou pós-operatórias. Tempo de internamento de 10 dias. Retoma da amplitude articular aos 6 meses de pós-operatório. Refere também o desaparecimento das queixas algicas ao fim de 3 meses de pós-operatório bem como a sua ausência até à actualidade. Sem crepitação objectivável e sem apreensão patelar.

Na actualidade apresenta uma EVA em repouso e em actividade de 1/10, uma avaliação de Cox qualificável como excelente e um score de Kujala de 92.

Radiologicamente, apresenta uma bácia patelar, medida pelo ângulo bicôndilo-patelar a 30º de flexão (ângulo de Delgado-Martins) de 11º, um índice de Insall-Salvati de 0,9 e ausência radiológica de sinais de gonartrose (nos 3 compartimentos).

DISCUSSÃO:

Numerosos investigadores reportaram a sua experiência clínica com a operação de Maquet, tendo sido críticos em relação ao seu elevado índice de complicações, com especial ênfase atribuído às complicações no processo de cicatrização, resultantes da tensão exercida na pele pelo avanço da TAT.

CONCLUSÃO

O presente caso clínico, com um follow-up pós-operatório de 24 anos, vem evidenciar a eficácia da técnica cirúrgica no tratamento da condromalácia patelar sintomática, com excelentes resultados clínico-radiológicos a longo prazo.

Fractura em pé diabético – que atitude terapêutica tomar?

Raquel Carvalho, Miguel Vicente; António Taveira; Alvaro Botelho

(Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, Portimão, Portugal)



INTRODUÇÃO

A neuroartropatia de Charcot tem-se tornado uma causa comum de deformidades progressivas do pé e tornozelo. O tratamento das fracturas, fracturas-luxações, lesões ósseas e articulares dos pés neuropáticos é frequentemente um processo difícil, trabalhoso e, com frequência, associado a complicações e resultados pouco satisfatórios.

A identificação da lesão neuropática de Charcot pode ser tão enigmática quanto a sua causa, com uma incidência acima de 25% de lesão não identificada ou de diagnóstico tardio. A fractura neuropática pode ser inclusive, o primeiro sintoma de diabetes ainda não diagnosticada, fazendo diagnóstico diferencial com inúmeras patologias. Dai a importância de uma colheita da anamnese juntamente com work-up analítico e imagiológico.

CASO CLÍNICO

Os autores relatam dois casos com evolução para artropatia de Charcot, na sequência de fractura da articulação tibio-társica tipo B de Weber com indicação cirúrgica, ambos sem história antecedentes de polineuropatia periférica, no entanto com antecedentes de diabetes mellitus insulino-dependente em seguimento na consulta de diabetes, sem lesão órgãos alvo.

Efectou-se redução aberta e fixação interna com placa de pequenos fragmentos e parafuso interfragmentário no maléolo peroneal. O maléolo tibial foi fixado com parafusos maleolares, seguido de imobilização do membro inferior com tala gessada posterior suropodálica. Pós-operatórios decorreram sem intercorrências, com boa evolução clínica, radiológica e cicatricial.

Durante o internamento iniciaram mobilização passiva sem carga, com alta às 2 semanas, com indicação para descarga parcial às 6 semanas e carga total às 12 semanas.

DISCUSSÃO

O relato destes dois casos alerta para o risco de desenvolvimento de pé neuroartropático, após um evento desencadeante, independentemente da gravidade da patologia de base.

Perante esta situação clínica qual será a melhor estratégia terapêutica? Isto é, optar por um tratamento conservador ou cirúrgico?

Nestes dois casos, ambos apresentavam um risco de grau 1 para pé diabético segundo uma escala desenvolvida pelo Comité de Diabetes da American Orthopaedic Foot and Ankle Society. Após melhoria das condições das partes moles do pé e tornozelo optou-se por tratamento cirúrgico dado o tipo de fractura, seguido de imobilização e descarga prolongada até fase consolidação óssea com exame radiográfico em conformidade.

No entanto, verificou-se uma rápida e exponencial evolução para pé neuroartropático, num dos casos com traumatismo e fractura interativa como factor predisponente.

Tumor glômico do dedo - Um diagnóstico raro mas possível

Catarina Alves, Aaron Hilis, Luis Rodrigues, Luis Silva, Bartol Tinoco
Hospital de S. Marcos, Braga, Portugal



INTRODUÇÃO:

O tumor glômico é um hamartoma do glomus cutâneo, foi descrito na literatura por Masson. O glômus é um órgão neuromioarterial, formado essencialmente por uma anastomose arterio-venosa ricamente enervada, ao nível das arteríolas terminais, cuja função é ainda controversa. Encontra-se nas camadas profundas da derme, distribuído por todo o corpo, mas com maior abundância nas extremidades dos membros.

O tumor glômico é lesão tumoral benigna, mais frequentemente localizado na polpa digital e região subungueal. A literatura também cita localizações mais raras, como sistema nervoso central, estômago, fígado, mediastino, traquéia, pulmões, ossos, articulações e órgãos genitais. Este tumor, que afecta predominantemente mulheres na quarta década da vida, apesar de não ser palpável e não apresentar quadro radiológico importante, quando localizado nos dedos apresenta quadro intensamente doloroso quando existem variações de temperatura ou quando é feita compressão na região do tumor.

MÉTODOS:

Os autores descrevem um caso clínico de uma doente do sexo feminino com 43 anos de idade com queixas dolorosas de D3 mão direita há cerca de 6 meses, com localização específica subungueal.

Foi feito exame radiológico com radiografias e RMN. Foram feitas radiografias de face e perfil do dedo afectado. No exame radiológico encontrou-se deformidades no contorno da falange e modificações no perfil normal da falange, inclusive espessamentos de cortical; erosão na falange. Foi proposto tratamento cirúrgico adequado.

A doente apresentava um tumor com localização subungueal. Foi operada com acesso longitudinal duplo de 0,5cm de comprimento para exposição da matriz ungueal. Realizada "janela" na matriz sobre o tumor. Após ressecado o tumor e realizada curetagem da cortical da falange, procedeu-se a cuidadosa cauterização do leito tumoral com bisturi bipolar, evitando-

se lesão do leito ungueal neste procedimento, seguindo de sutura da matriz ungueal. A “janela” realizada na matriz foi fixada e seguidamente encerrada a pele.

RESULTADOS:

Os autores apresentam fotos pé , peri e pós operatórias do caso.
Neste momento a doente em questão não apresenta dôr.

DISCUSSÃO:

Este tumor apresenta algumas dificuldades no diagnóstico diferencial. O tumor pode ser confundido com osteoma osteoide que ao nível da falange distal não costuma apresentar o halo reacional em torno do tumor. A sensibilidade ao frio e o teste da pressão positiva são fundamentais para a diferenciação. O neurofibroma se assemelha bastante do ponto de vista clínico e tem um tipo de dor bastante semelhante. O exame anatomopatológico é de fundamental importância para o diagnóstico diferencial. Existe porém um diagnóstico diferencial mais comum e nem por isto mais fácil de ser feito: as infecções de ponta de dedo. A dor pode esclarecer, mas a aparência da pele com sinais inflamatórios e eventualmente a ressoa digital positiva ajudam bastante o diagnóstico.

A sintomatologia é muito típica e o diagnóstico é aparentemente simples, mas, por vezes, a falta de diagnóstico correcto permite um quadro prolongado de dôr e incapacidade funcional. A queixa de dor bem localizada, que piora com a digitopressão e com a exposição ao frio, é a sintomatologia mais exuberante dentre os casos estudados. A única forma de tratamento é a excisão cirúrgica do tumor e a vipecialistas.a de acesso para sua abordagem deve levar em conta sua localização.

Trata-se de uma patologia bem conhecida por cirurgiões da mão, mas geralmente não é diagnosticada por outros especialistas.

Pseudoartrose da clavícula em doente com os acromiale

Pedro Marques, Cristina Sousa, António Felix, Pedro Sá, Francisco Lima Rodrigues
(Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal)



Introdução:

- Os Os-Acromiale resulta da não fusão epifisária da porção anterior do acrómio, com uma frequência de 1-15% na população geral e sem prevalência no género sexual, sendo considerado como uma das causas de conflito sub-acromial e de instabilidade articular a nível do ombro.

Material:

- Doente do sexo masculino, de 54 anos, que recorreu ao SU por traumatismo no ombro esquerdo, diagnosticado com fractura do terço médio da clavícula, passível de tratamento conservador com cruzado posterior. Durante acompanhamento em consulta verificou-se um atraso de consolidação e, posteriormente, uma pseudoartrose da clavícula, tendo sido submetido a osteossíntese com placa e parafusos, 3 meses após episódio inicial. Por intolerância ao material e manutenção da pseudoartrose, procedeu-se à extracção do material e realizou uma TAC ao ombro, tendo demonstrado presença de Os Acromiale. Posteriormente foi submetido a tratamento da pseudoartrose pela técnica de Mckeever com enxerto de ilíaco.

Métodos:

- Follow-up clínico e imagiológico em regime de consulta externa.

Resultados:

- O doente actualmente encontra-se com a fractura consolidada, sem aparente limitação articular ou qualquer sintomatologia clínica.

Discussão:

- O os acromiale é uma entidade que requer suspeita clínica e incidências específicas imagiológicas para o seu diagnóstica. Vários estudos já foram efectuados com o propósito de estabelecer uma melhor definição sobre o papel do Os acromiale na patologia do ombro, continuando este tema a ser bastante controverso.

Conclusão:

- O os acromiale pode ocorrer como sendo uma articulação do tipo sindesmótica com os restante acrómio ou encontrar-se na sua variação anatómica livre, contribuindo para uma instabilidade a nível da articulação acromio-clavicular, e, conseqüentemente, uma maior instabilidade a nível do foco da fractura.

Pé boto tratamento pelo método de Ponseti

Rui Manico

(Hospital Pediátrico David Bernardino, Luanda-Angola)



Pé boto equino varo congénito

O autor procederá a apresentação da experiência e resultados do tratamento do pé boto equino varo congénito, pelo método de Ponseti.

Fará uma revisão dos casos tratados e com seguimento, em 3 anos visto ser o tempo aproximado em que se criou a consulta de ortopedia do pé boto, onde se constata que a base do tratamento é conservadora, sendo a cirurgia reservada conforme a necessidade da situação clínica.

Assim sendo, são referenciados para o Hospital Pediátrico David Bernardino todos os casos suspeitos e diagnosticado de pé boto. Cabe aos ortopedistas que lá colaboram para uma conduta terapêutica adequada.

São dois dias de consulta externa, que vão alternando com bloco operatório.

Em média são observados 15 crianças por consulta, das quais três são pés botos, o que varia bastante com a época em que a natalidade é maior.

Temos em seguimento acima de 50 (cinquenta) crianças com pé boto, algumas já em idade de marcha, com pé plantígrado.

Temos tido alguns problemas com talas de Dennis Brown, cuja confecção é bastante rudimentar conforme as imagens que terão acesso, o que muitas vezes dificulta a evolução do tratamento preconizado e também com o calçado durante a marcha.

Temos intenção de apresentar um trabalho mais sucinto sobre o pé boto no 3º Congresso da SOLP no Rio de Janeiro/2011.

Tratamento cirúrgico de fracturas do terço distal do úmero. Revisão de 48 casos

Catarina Alves, Aaron Hillis, Luis Filipe Rodrigues, Luis Miguel Silva, Álvaro Gil
(Hospital de S. Marcos, Braga, Portugal)



INTRODUÇÃO: As fracturas supracondilianas do úmero são fracturas muito frequentes nas crianças, geralmente causadas por traumatismos de média energia. Nas fracturas com desvio, o tratamento cirúrgico tem melhores resultados que o tratamento conservador. A redução pode ser efectuada pelo método fechado ou ser cruenta. A literatura descreve o tratamento cirúrgico por redução incruenta e fixação percutânea com fios de Kirschner como a eleição em casos de fracturas com desvio e sem lesão neurovasculares.

MATERIAL: Os autores apresentam uma revisão clínica e imagiológica de 48 casos de crianças, com idades inferiores a 15 anos, tratadas entre 1999 e 2009. De 69, excluíram-se 2 porque foram fracturas reduzidas pelo método cruento e 19 porque foram seguidos nos hospitais das respectivas áreas de residência. A maioria era do sexo masculino (70,8%), com idade média de 6,2 anos.

A causa do traumatismo foi a queda com o membro em extensão em 91,6% dos casos.

Segundo a classificação de Gartland, foram tratados 11 casos de fracturas tipo II e 37 casos do tipo III. Houveram 2 casos de fractura exposta, grau I de Gustilo-Anderson. Um doente apresentou fractura do terço distal dos ossos do antebraço homolateral associada.

Em todos os casos, foram fixadas com fios de Kirschner percutâneos, com variação nas suas posições, e imobilizadas com aparelho gessado por 4 semanas.

MÉTODO: Foi avaliado o resultado morfológico e funcional após um seguimento mínimo de 30 meses. As queixas algicas, o alinhamento, o arco de mobilidade e a capacidade para tarefas do dia-a-dia foram estudados.

RESULTADOS: São considerados muito bons. As crianças obtiveram consolidações com morfologia normal e recuperação funcional total em 93,7% dos casos.

As sequelas observadas foram: limitação da flexão/extensão (3 casos), limitação da pronosupinação (1 caso); consolidação em valgo (1 caso), consolidação em varo (2 casos); neuropaxia transitória do nervo radial (3 casos) e do nervo cubital (1 caso). Verificou-se a desmontagem e perda de redução em 3 casos, o que originou re-intervenção. A dor ocasional, sempre de difícil valorização, foi observada em 2 casos e 1 dos doentes referiu limitação nas suas actividades diárias. Não se registou nenhum caso de complicação vascular, infecção ou pseudartrose.

DISCUSSÃO: Os dados epidemiológicos foram sobreponíveis aos da literatura, no que respeita ao sexo, idade, factor causal e tipo de fractura observada. O tratamento cirúrgico efectuado foi eficaz e originou bons resultados finais. A maioria das complicações descritas podem ocorrer como consequência do traumatismo, independentemente do método de tratamento. A redução fechada com fixação percutânea é uma boa opção para o tratamento destas fracturas.

Escoliose Idiopática do Adolescente: Correção por via posterior única

Paulo Araújo, Daniel Pires, Nuno Neves Pereira, Joana Cardoso, Edgar Meira, Luis Torres
(Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal)



Introdução

A Escoliose Idiopática do Adolescente é uma deformidade da coluna vertebral cuja etiologia exacta permanece desconhecida sendo mais prevalente no sexo feminino do que no masculino.

A probabilidade de progressão da deformidade está associada a vários factores: sexo feminino, pré-menarca, Risser 0, curvas duplas, curvas torácicas e à própria severidade da deformidade.

Material e Métodos:

Estudo retrospectivo de 15 doentes com EIA operados no Serviço de Ortopedia do HPH entre Janeiro de 2008 e Setembro de 2010, 12 do sexo feminino e 3 do sexo masculino.

As curvas foram classificadas segundo Lenke.

Todos os doentes foram submetidos a correcção posterior com fixação transpedicular e artrodese com enxerto ósseo local e matriz ossea desmineralizada.

Efectuou-se neuromonitorização em todos os doentes.

Foram medidos os ângulos de Cobb pré e pós operatórios.

Resultados

Não se observaram complicações relevantes peri ou pós operatórias.

A correcção média do ângulo de Cobb foi superior a 50%.

Não se observou falência de material.

Elevado grau de auto-satisfação.

Discussão e conclusão

A evolução e melhoria da instrumentação cirúrgica, quer em termos da qualidade dos materiais utilizados quer em termos da própria capacidade técnica do cirurgião podem mudar a abordagem perante os casos de deformidade mais severos.

De facto, a resistência e força da instrumentação transpedicular permite correcções por via posterior única com excelentes resultados.

Dissectomia cervical e artrodese intersomática com caixas em Peek. Comparação enxerto autólogo vs matriz óssea desmineralizada

Paulo Araújo, Daniel Pires, Nuno Neves Pereira, Joana Cardoso, Edgar Meira, Luis Torres

(Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal)



Introdução

As alterações degenerativas ao nível do disco intervertebral ocorrem normalmente em função do envelhecimento.

Frequentemente são assintomáticas, mas por vezes podem estar relacionadas com dor cervical axial, radiculopatia e ocasionalmente, mielopatia.

A dissectomia cervical anterior com artrodese intersomática é o procedimento cirúrgico mais comum ao nível da coluna cervical.

Neste estudo avaliam-se os resultados clínicos da artrodese intersomática com caixas cervicais em Peek, comparando-se a utilização de enxerto autólogo de crista ilíaca com o uso de matriz óssea desmineralizada.

Metodos

Foram avaliados 27 doentes submetidos a discectomia cervical e artrodese intersomática por doença degenerativa. A fusão foi obtida com utilização de caixas cervicais em Peek associada a enxerto autólogo da crista ilíaca (16 doentes) e matriz óssea desmineralizada (11 doentes). Os doentes foram avaliados clinicamente e o grau de satisfação pessoal foi avaliado através de um inquérito de auto-avaliação e através da Escala Visual Analógica.

Follow-up médio de 36 meses (mínimo 7 e máximo 60)

Todos os doentes foram submetidos a avaliação radiológica por TAC para avaliação de fusão.

Resultados

A idade média foi 59,7 anos (Min 40, Max 66). 59% doentes eram do sexo feminino.

No grupo da caixas cervicais em Peek + enxerto de ilíaco houve melhoria significativa da braquialgia (VAS passou de 7.5 para 1,4) e da cervicalgia (VAS passou de 5 para 2.1). 56% ficaram muito satisfeitos com a cirurgia. 18% ficaram pouco satisfeitos/insatisfeitos com o resultado.

No grupo das caixas cervicais em Peek + matriz

óssea desmineralizada houve também melhoria clínica significativa da braquialgia (VAS passou de 6.8 para 1.9) e da cervicalgia (VAS passou de 4.3 para 1.5). 55% ficaram muito satisfeitos com o resultado cirúrgico. 18 % ficaram pouco satisfeitos/insatisfeitos.

Relativamente a complicações, 22% e 33% dos doentes referiram rouquidão e disfagia respectivamente, com resolução completa do quadro ao fim de algumas semanas.

No grupo do enxerto de ilíaco, de referir que 2 doentes ficaram com dor crónica na zona dadora.

A avaliação radiológica por TAC demonstrou fusão em todos os níveis operados.

Discussão

A utilização de caixas cervicais em Peek permitiu obter a fusão em todos os níveis operados.

Não houve grandes discrepâncias nos resultados clínicos quando se comparam os 2 grupos.

A maioria dos doentes em ambos os grupos consideram-se muito satisfeitos com a cirurgia.

A taxa de complicações foi escassa e prende-se sobretudo com a morbilidade da zona dadora nos doentes em que se utilizou enxerto de ilíaco.

Conclusão

A discectomia cervical anterior e artrodese intersomática é um tratamento eficaz na radiculopatia. Existem várias possibilidades para obtenção de fusão. Por evitarem a morbilidade da zona dadora poderá eventualmente dar-se preferência a técnicas em que não se utilize enxerto autólogo da crista ilíaca.

Espondilodiscite L2-L3 em criança de 14 meses

Pedro Marques, Cristina Sousa, António Felix, Pedro Sá, Francisco Lima Rodrigues

(Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Viana do Castelo, Portugal)



Resumo: A infecção que atinge o disco intervertebral e as vértebras contíguas é denominada espondilodiscite. Trata-se de uma entidade de difícil diagnóstico, especialmente na criança, devido à clínica inespecífica e aos sinais radiológicos tardios. As crianças e os adolescentes estão predispostos a infecções por traumatismos minor, que provocarão áreas de necrose avascular, susceptíveis a infecções transitórias. A clínica é variável, podendo ser aguda ou subaguda, consistindo em dor referida aos segmentos afectados e hipersensibilidade dolorosa. Na criança é habitual existir recusa de marcha ou postura em trípode, perda de lordose lombar

e incapacidade de flexão da coluna. É uma entidade de tratamento controverso, sendo muitas vezes necessário a antibioterapia de largo espectro.

Caso clínico: Doente sexo feminino, 14 meses de idade, que recorre ao SU com quadro clínico de lombalgia, claudicação e recusa na marcha, com cerca de uma semana de evolução. O quadro clínico era acompanhado de febre (38,7°C) e tosse produtiva. Ao exame físico apenas demonstrava dor à palpação da região lombar à direita, sem sinais meníngeos ou limitação articular das ancas ou restantes segmentos dos membro inferiores. Foi internada no serviço de pediatria no mesmo dia, medicada com ceftriaxone + vancomicina. Realizou RMN ao 3º dia de internamento, que demonstrou espondilodiscite L2-L3 sem abscessos vertebrais adjacentes. Manteve tratamento, tendo colocado colete (chair-taylor?) ao 17º dia de internamento com boa adaptação. À data de alta (22º dia internamento) apresentava melhoria da sintomatologia osteoarticular, com normalização da marcha e ausência de claudicação, ficando a ser seguida em consulta de Ortopedia. Na última consulta apresentava bom estado geral e exame físico e imagiológico sem alterações relevantes.

Fracturas na Osteoporose - Velho problema, novas soluções

José Costa Martins

(Clínica Privada, Almada, Portugal)



Introdução – As fracturas proximais do Úmero e distais do Rádio, são uma patologia frequente a partir da 6ª década de vida. Até à data a maioria dos métodos tradicionalmente aceites, não nos mostram em muitos casos resultados satisfatórios.

Material – Usando os sistemas TGF Úmero ou Rádio, tivemos sempre a possibilidade da mobilidade articular imediata. O TGF é um fixador que criou um novo conceito em Osteotaxia. Este novo conceito, usando fios guia, leva-nos a olhar para a resolução destas fracturas, através de um método minimamente invasivo como uma forma efectiva de tratamento.

Método – No caso das fracturas proximais do Úmero utilizámos a classificação de Neer. Foram operados 8 casos Neer II, 36 casos Neer III e 18 casos Neer IV, num total de 62 fracturas, tendo sido feito seguimento e revisão ao ano, segundo score Constant. No caso das fracturas distais do Rádio, foi feito um estudo Internacional, classificadas segundo a classificação AO, foram operadas 56 fracturas, seguimento e revisão ao ano, segundo score de DASH.

Discussão - Dada a complexidade destes tipos de fracturas, os tratamentos conservador, placas ou outros métodos de osteosíntese tendem a um baixo ratio de sucesso no que respeita à função. Com o TGF Úmero os resultados anatómicos foram muito bons, com 100% de consolidação e um alinhamento muito aceitável.

Os resultados funcionais foram divididos em: M. Bons em 13 casos – 21%, Bons em 32 casos – 51,6%, Regulares em 15 casos – 24,2% e Maus em 2 casos – 3,2%, segundo score Constant.

Quanto a complicações há a referir 4 casos de “Pin track infection” superficiais, que resolveram ao fazer a extracção dos cravos, 1 necrose e 1 infecção.

Com o TGF Rádio, com base no score de DASH, foram medidos grau de mobilidade, força de preensão e força da pinça, apresentando as 56 fracturas revistas, ao 2º mês 90% de recuperação funcional total, ao 3º mês 100% de recuperação total e ao ano não sofreram alterações na função, pelo que foram classificados os resultados de M. Bom e Bom.

Conclusão – O método e os sistemas TGF Úmero e Rádio, provaram, como documentamos anteriormente, atendendo à sua segurança e eficácia, ser um método a ter em conta no tratamento das fracturas osteoporóticas proximais do Úmero e distais do Rádio.

Fracturas do olecrâneo. Revisão da casuística

Carlos Maia Dias, Teresa Magalhães, Gonçalo Martinho, André Barros, Francisco Luís
(Hospital de Santarém – Portugal)



INTRODUÇÃO - As fracturas do olecrâneo são frequentes e resultam geralmente de traumatismos de moderada energia. Estão descritos diferentes métodos de osteosíntese, mas globalmente os resultados mencionados são bons independentemente do método de tratamento utilizado. Foi nosso objectivo avaliar os doentes operados nos últimos 5 anos no nosso Hospital.

MATERIAL E MÉTODOS - Compareceram para avaliação 35 doentes. As fracturas foram descritas pela classificação de Mayo. Registaram-se lesões associadas, os períodos de imobilização, cirurgia realizada, follow up e complicações. Avaliaram-se as radiografias actuais, o resultado funcional (utilizando para o efeito os score SECEC e Mayo) e a satisfação subjectiva dos doentes. Foram comparadas e avaliadas estatisticamente as diferentes variáveis.

RESULTADOS - O follow up médio foi 33 meses (5;63). Em 28% dos casos ocorreram lesões associadas com predomínio das fracturas homolaterais da tacícula radial. A fractura que predominou foi a do tipo IIA. O tempo médio de imobilização foi 15 dias (0;45). 31 doentes foram submetidos a osteosíntese com com tirante e 4 a osteosíntese com parafuso. Não foram usadas placas. Tardamente ocorreram duas pseudartroses e constatou-se uma dependência entre o recurso à técnica de tirante e as complicações decorrentes da cirurgia ($p=0,027$), especialmente no que diz respeito à intolerância ao material de osteosíntese que ocorreu em 18 doentes. Do total de doentes avaliados, 94,3% dos doentes estão satisfeitos com o resultado final. O Score SECEC médio para o membro operado foi de 86,3 (53;100) e o de Mayo foi de 85 (50; 100). Os factores associados estatisticamente a um pior resultado funcional foram a idade elevada e a artrose secundária.

DISCUSSÃO: O tratamento cirúrgico por nós mais utilizado (técnica de tirante) cursou com bastantes complicações, nomeadamente intolerância a material de osteosíntese. As pseudartroses descritas ocorreram em doentes que sofreram traumatismos de elevada energia, embora não se tenha verificado relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis. Ainda assim, o resultado funcional global foi muito bom, corroborado pela satisfação subjectiva dos doentes.

CONCLUSÃO: A técnica de tirante, apesar de ter garantido a consolidação da fractura na maioria dos casos, cursou com um elevado número de complicações.

Julgamos que uma técnica cirúrgica meticulosa com recobrimento adequado do material de osteosíntese poderá prevenir a intolerância ao material e que no caso de trauma de elevada energia, a osteosíntese com tirante pode ser insuficiente para a resolução definitiva da situação, embora não possamos fazer recomendações quanto ao método de fixação mais adequado nestes situações.