



CADERNOS

ORTOPEDIA

N.º 38 // JAN' 19 // TRIMESTRAL

**PÉ DE
CHARCOT**

**ARTROPLASTIA
TOTAL DO JOELHO
TÉCNICA CLÁSSICA
E MINIMAMENTE INVASIVA**

CÁLCIO E VITAMINA D, OS ALICERCES NO COMBATE À OSTEOPOROSE.



CÁLCIO + VITAMINA D

Calcitab D comprimidos orodispersíveis



Calcitab D comprimidos para mastigar

Nome: CALCITAB D. Composição: Cada comprimido contém 1500 mg de carbonato de cálcio e 400 UI de colecalciferol. Contém: aspartamo, lactose, sacarose e óleo de soja hidratado. Os comprimidos para mastigar contêm também sorbitol e ácido. Excipientes, ver RCM completo. Forma farmacéutica: Comprimido para mastigar e comprimido orodispersível. Indicações terapêuticas: Prevenção e tratamento da deficiência em cálcio. Suplemento de cálcio na fisiologia específica na prevenção e tratamento do processo ósseo está ligado ao aporte de cálcio, tal como osteoporose, sarcopenia, osteoartrite, osteostenose e osteíte. Tratamento fisiológico associado de vitamina D em doentes que necessitam de um aporte de cálcio. Fisiologia e modo de administração via oral. As doses devem ser individualizadas de forma a manter os níveis de cálcio plasmático de 9-10 mg/dL e tratamento equivoque o paciente recorra um equilíbrio adequado, mas não excessivo, de cálcio. Não está indicado para crianças com menos de 12 anos de idade. Adultos: 1-2 comprimidos por dia, de preferência após as refeições. Crianças: A dose nas crianças deve ser indicada pelo médico. Idosos, insuficiência hepática: Não é necessário ajuste posológico. Insuficiência renal: Recomenda-se precaução, com monitorização dos níveis de cálcio e de vitamina D quando são prescritos suplementos a doentes com insuficiência renal crónica. Comprimidos para mastigar: Mastigar bem os comprimidos antes de engolir; em seguida, beber um copo de água. Comprimidos orodispersíveis: Dissolver bem os comprimidos antes de engolir em seguida, beber um copo de água. Contra-indicações: Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Hipercalemiemia ou hipercalcémia. Últila cálcica. Alergia a soja. Advertências e precauções: Tratamentos prolongados: recomenda-se monitorizar os níveis séricos e urinários de cálcio (reduzido ou interrompendo momentaneamente o tratamento se esta ultrapassar os 7,5 mmol/24h) e a função renal (através da determinação periódica dos níveis séricos de creatinina). Insuficiência renal: alteração do metabolismo da vitamina D; recomenda-se rigoroso controlo do balanço fósforo-cálcio. Sarcopenia (possível aumento do metabolismo de vitamina D na sua forma activa); Controlo dos níveis plasmáticos e urinários de cálcio. Doentes idosos: recomenda-se monitorização regular da função renal através do medição da creatinina sérica. Devese calcular-se a ingestão diária total de vitamina D quando se administram tratamentos concomitantes que contenham esta vitamina. Tratamento concomitante com digitálicos: Recomenda-se a monitorização. Patologia ateroclerótica: precaução. Pessoas afetadas com foscatoresais: devem ter em conta que o medicamento contém uma fonte de fósforo. Doentes com problemas hereditários retos de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou malabsorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. Doentes com problemas hereditários retos de intolerância à frutose, malabsorção de glicose-galactose ou insuficiência de sacarase-isomaltase não devem tomar este medicamento. Doentes com problemas hereditários retos de intolerância à frutose não devem tomar os comprimidos para mastigar. Os comprimidos para mastigar contêm 1 mg de sódio, isto é praticamente "livre de sódio". Interações medicamentosas e outras formas de interação: Tetraciclina: Cálcio por via oral pode reduzir a sua absorção. Fluoroquinolonas, doxiciclina, podem diminuir a eficácia do medicamento. Bifosfonatos ou fluoreto de sódio: pode reduzir a absorção destes (esperar pelo menos duas horas entre a sua administração). Anticoagulantes, betablocos: podem afectar a metabolização de vitamina D, reduzindo a sua eficácia. Distúrbios de osmosectivos podem ser potenciados (ajudar rigoroso controlo clínico e da cálcemia). Glucocorticóides: podem diminuir o efeito de vitamina D. Diuréticos tiazídicos, existe o risco de ocorrer hipercalemiemia, por diminuição da excreção urinária do cálcio. Determinações séricas e urinárias de fósforo e cálcio, com as determinações séricas de magnésio, colesterol e fosfatase alcalina. Podem aparecer interferências diagnósticas. Efeitos indesejáveis: Feito frequente: hipercalemiemia, hiperuricémia. Raros: hipersensibilidade, como: rash, prurido, urticária, flatulência, obstipação, diarreia, náusea, vómitos, dor abdominal, tibiae tenaz, infe medicamentosa pode favorecer a formação de cálculos renais nos doentes com função renal alterada. Muito raro: 10% são reportados casos isolados de reações alérgicas sistémicas (reação anafilática, edema da face, edema angioneurótico). População especial: doentes com insuficiência renal tem risco potencial de hiperparatiremia, nefrolitase e nefrocalcinose. Texto elaborado em setembro de 2010. MSPM, RCM, PVP e composição entregue em separado. Para mais informações contactar o titular da API: IFE Medeiros, Produtos Farmacéuticos, Lda, Rua Dom António Ribeiro, nº 9, 1495-049 Aljezur, Portugal.

CADERNOS
ORTOPEDIA

FICHA TÉCNICA

Propriedade

Centro de Ortopedia

Rua Mário Botas, Parque das Nações
1998-018 Lisboa

Diretor

Prof. Doutor Jorge Mineiro

Coordenadores

Mário Vale

Pedro Dantas

Secretária

Theresa Neves

theresa.neves@jmellosaude.pt

Edição

News Farma

newsfarma@newsfarma.pt

www.newsfarma.pt

**Impressão
e acabamento**

RPO

Tiragem

5500 exemplares

Periodicidade

Trimestral

Proibida a reprodução total ou parcial do conteúdo desta revista sem autorização prévia do editor.

Apoio exclusivo



SUMÁRIO



06

TENOSSINOVITE
DE QUERVAIN
DR. JOÃO MOTA DA COSTA



09

PÉ DE CHARCOT
PROF. DOUTOR
PAULO FELICÍSSIMO



13

ARTROPLASTIA TOTAL
DO JOELHO TÉCNICA CLÁSSICA
E MINIMAMENTE INVASIVA
DR. RICARDO TELLES DE FREITAS



16

II ENCONTRO LUSO BRASILEIRO
ENTRE OS HOSPITAIS HOME
DE BRASÍLIA E CUF DESCOBERTAS
DE LISBOA
PROF. DOUTOR JORGE MINEIRO



18

ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO
MINIMAMENTE INVASIVA
ENF.ª ELISABETE ESPÍRITO SANTO

EDITORIAL

22 ANOS DE CENTRO DE ORTOPEDIA



Meus caros amigos,

Chegou o momento pelo qual sempre esperamos na vida! Olhar para trás, refletindo, para pensar o futuro!

Foi o que fizemos neste ano que passou! O Centro de Ortopedia e Traumatologia nasceu há cerca de 22 anos pela vontade, pela cumplicidade de sete colegas e apesar de tudo amigos, que se juntaram para fazer uma prática médica diferente de tudo o que se fazia na medicina privada em Portugal! Era um projeto ambicioso que resolvemos abraçar, mas com um lema distinto - o da subespecialização - que nos tinha sido transmitido no nosso internato pelo nosso diretor de serviço o Sr. Professor A. Rodrigues Gomes.

Foi neste contexto que em 2001 fomos convidados e nos mudámos para esta casa, o Hospital CUF Descobertas (HCD)! Foi uma mudança para nós surpreendente pois não olhávamos a medicina privada como a vemos hoje! Nessa época, a atividade privada era sem dúvida um complemento do que se fazia na atividade hospitalar pública, não só na área médica, mas também na área de Enfermagem. Este hospital veio mudar todo o carisma da Medicina privada em Portugal, pois oferecia uma "carreira" paralela à do estado, mas em moldes que a qualquer profissional novo de idade, era aliciante e irrecusável! De um modo um pouco medroso e inseguro fomos dos primeiros a aceitar o desafio! Mudámos, mas nenhum em dedicação exclusiva! Progressivamente, cada um de nós se apercebeu de que esta era uma

alternativa real naquilo que todos desejávamos - exercer uma Medicina hospitalar mas num contexto privado com tudo o que tínhamos sonhado - lembro-me de alguns comentários como, *olha que tem um circuito só para sujos, já viste os corredores nos pisos? e a luz dentro do hospital? já viste as salas dos blocos quase só para nós? e tem garagem!* - e assim nos fomos progressivamente dedicando a tempo inteiro a este novo projeto profissional. Foi assim que nasceu o Centro de Ortopedia e Traumatologia do HCD e foi assim que conjuntamente cresceu e se foi difundindo o prestígio desta unidade de Ortopedia subespecializada para onde passaram a recorrer doentes de todo o país, conhecedores de que aqui existia um grupo de médicos especialistas e que só trabalhavam a "sua" área específica do aparelho locomotor. As unidades de 5 passaram a 7 e de um elemento por cada unidade à exceção da coluna vertebral, passámos para um total de 28 nos dias de hoje e juntámos ao nosso centro a Unidade de Reumatologia com cinco reumatologistas!

A nossa atividade assistencial foi crescendo e vimos no ano passado, na consulta, perto de 50 mil doentes, dos quais operamos cerca de 3 mil, mas em que menos de 5% eram de trauma oriundo da urgência, ao contrário do que nos tínhamos habituado no hospital público! De uma atividade unicamente assistencial passamos a desenvolver formação pré e pós-graduada na área da Ortopedia a ponto de em 2014 termos obtido a Idoneidade For-

mativa pela Ordem dos Médicos. Da formação dentro e fora das nossas fronteiras passámos então à conquista da Europa e do Mundo e todos os coordenadores das diferentes unidades, para além de *opinion leaders*, ocuparam e ocupam lugares de destaque em organizações nacionais e internacionais! A formação para nós teve sempre uma distribuição em 180º! Ou explicando melhor uma formação, que para além de dar a conhecer a beleza da patologia de cada uma das regiões músculo-esqueléticas aos alunos de medicina, quisemos também que abrangesse não só os internos de todo o país, e preparamo-nos assim para formar internos de outros hospitais públicos, de todo o país que optam em vir aqui fazer a sua formação, em vez de partirem rumo a um estrangeiro muitas vezes desconhecido e por fim preparamo-nos também para receber e formar *Fellows* (já especialistas de Ortopedia) de todo o mundo, através dos contactos internacionais das sociedades de especialidade europeias e da Federação Europeia de Ortopedia (EFORT). Mas o que se fala passa num instante e por isso, o Centro de Ortopedia do HCD criou a sua própria revista, *Os Cadernos de Ortopedia*, hoje com 10 anos de existência e distribuição gratuita em todo o país.

Com este crescimento, quase tudo mudou em 18 anos! A nossa diferenciação técnica exigiu uma Enfermagem permanente e especializada na consulta externa e no bloco operatório, de qualidade e com uma diferenciação técnica igual à dos médicos - sem este apoio era im-

CORPO CLÍNICO

Unidade de Cirurgia do Ombro e Cotovelo - Artroscopia

Dr. António Cartucho
Dr. Nuno Moura
Dr. Marco Sarmento
Dr. Diogo Silva Gomes

Unidade de Cirurgia da Anca e Bacia

Dr. Dimas de Oliveira
Dr. Pedro Dantas
Dr. Pedro Costa Rocha
Dr. Sérgio Gonçalves

Unidade de Cirurgia da Coluna Vertebral Adulto e Pediátrica

Prof. Doutor Jorge Mineiro
Dr. João Cannas
Dr. Luís Barroso
Dr. Nuno Lança

Unidade de Cirurgia de Punho e Mão Artroscopia - Cirurgia Plástica, Reconstructiva

Dr. J. Mota da Costa
Dr.ª Filipa Santos Silva
Dr. Miguel Botton

Unidade de Cirurgia de Ortopedia Infantil e Adolescente

Dr. M. Cassiano Neves
Dr. Delfin Tavares
Dr.ª Monika Thüsing
Dr.ª Susana Norte Ramos
Dr. Francisco Sant'Anna
Dr.ª Joana Arcangelo

Unidade de Cirurgia do Joelho e Tornozelo – Artroscopia Traumatologia Desportiva

Dr. Ricardo Varatojo
Dr. Ricardo Telles de Freitas
Dr. Mário Vale
Dr. Nuno Luís

Unidade de Cirurgia do Pé e Tornozelo

Prof. Doutor Paulo Felicissimo
Dr. M. Cassiano Neves
Dr. Delfin Tavares
Dr.ª Patrícia A. Gomes

Unidade de Cirurgia de Tumores Ósseos e de Partes Moles

Dr. José Portela

possível construirmos o que hoje temos nesta área profissional! Desde o início sentimos a necessidade de ter um apoio de receção, auxiliares e de secretariado que teria que ser moldado às nossas necessidades, orientado para dar apoio ao doente e seus familiares, e foi assim que chegámos ao que somos hoje neste Centro de Ortopedia e Traumatologia do Hospital CUF Descobertas.

Mas a pressão nos agendamentos e o aumento da atividade em todas estas frentes, fizeram com que um espaço que pensávamos ser tão grande, se tornou num conjunto de salas pequenas com um aglomerado enorme de gente, profissionais e doentes sem condições para a exercer condignamente a nossa atividade clínica.

Fruto do sucesso desta unidade com estas características, a administração do HCD/JMS escolheu a Ortopedia como bandeira para o novo edifício deste hospital - edifício 2, que é essencialmente um edifício moderno, bonito, bem apetrechado e com espaço para o Centro de Ortopedia desenvolver nas próximas décadas os nossos projetos e concretizarmos a nossa ambição de sermos ainda mais um hospital Europeu, e o serviço de referência em Portugal.

O piso -1 é onde se encontra o Centro de Ortopedia do Hospital CUF Descobertas - um centro com salas de espera amplas, separada por núcleos, consoante as unidades funcionais, centrado num núcleo de salas de Enfermagem especializadas. O Centro dispõe hoje de apoio de sala para tratamento com fatores de cresci-

mento, um de gabinete de estudo da marcha e de um centro de imagem de apoio à consulta mais moderno do país, com tecnologia de ponta de baixa radiação, com duas salas de imagem, uma apetrechada com *Carestream*, outra com tecnologia *EOS*, única no país!

Vamos assim poder crescer com dignidade e dar apoio diferenciado a todos aqueles que nos procuram, na esperança de resolverem os seus problemas osteoarticulares. O Centro de Ortopedia é único no país e dá cobertura a toda e qualquer patologia do aparelho locomotor utilizando as mais modernas técnicas de diagnóstico e tratamento, tanto médico conservador, como cirúrgico com as técnicas minimamente invasivas que se praticam nos centros de excelência, nos mais diversos países europeus e norte americanos. Deste centro fazem parte as seguintes unidades - unidade do ombro e cotovelo, unidade do punho e mão, unidade da coluna vertebral, unidade da anca e bacia, unidade do joelho e tibiotársica, unidade do pé e tornozelo, unidade de tumores ósseos e partes moles e unidade de Ortopedia Infantil e do adolescente. Neste centro encontra-se também integrada a unidade de Reumatologia utilizando as mais modernas técnicas de tratamentos biológicos.

Sejam por isso bem-vindos a esta nova fase do Centro de Ortopedia e Traumatologia do Hospital CUF Descobertas!

Prof. Doutor Jorge Mineiro

TENOSSINOVITE DE QUERVAIN



DR. JOÃO MOTA DA COSTA
UNIDADE DE CIRURGIA DE PUNHO
E MÃO ARTROSCOPIA - CIRURGIA
PLÁSTICA RECONSTRUTIVA DO
CENTRO DE ORTOPEDIA DO HCD

Há 6 compartimentos extensores sobre a face dorsal do rádio, cada um envolvido por uma bainha sinovial separada. O primeiro destes compartimentos, localizado sobre a estilóide radial, contém o abdutor *pollicis longus* (APL) e o extensor *pollicis brevis* (EPB). Estes tendões passam num túnel osteofibroso constituído por uma goteira ao nível da estilóide radial e recoberto por fibras transversas do retináculo extensor e separados por um septo vertical entre o retináculo e o rádio. O túnel fibroso tem cerca de 2 cm, mas a bainha sinovial estende-se desde a junção musculotendinosa até perto da inserção distal dos tendões.

A compressão tendinosa no primeiro compartimento extensor é causa frequente de disfunção dolorosa no punho e mão e os créditos da sua descrição são atribuídos a Fritz de Quervain em 1895.

O processo é atribuído a atividades que necessitam de movimentos frequentes de abdução do polegar associada a desvio cubital do punho. A tensão sobre os tendões de forma repetitiva e prolongada causa fricção ao nível do túnel com subsequente inflamação e estreitamento do canal fibro-ósseo.

DIAGNÓSTICO

A história de longos períodos de dor localizada sobre a estilóide radial e agravada pelos movimentos do polegar é característica, sendo as mulheres afetadas numa proporção de cerca de 6/1 em relação aos homens, o seu aparecimento pós-parto e durante o período de

amamentação apresenta um pico de incidência correlacionado não só com as alterações hormonais (retenção de líquidos) mas também com o aumento de movimentos de abdução do polegar a pegar na criança recém-nascida. A dor à palpação 1 a 2 cm proximal à estilóide radial e agravada pelo desvio cubital do punho com o polegar fletido na palma (manobra de Eichhoff), foi posteriormente descrita por Harry Finklestein no teste que tem o seu nome e que é praticamente patognomónico da tenossinovite de Quervain: Agarrar o polegar em flexão na palma da mão e rapidamente provocar desvio cubital do punho desencadeia dor intensa no bordo radial do punho (Fig. 1)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A tenossinovite de Quervain deve ser diferenciada do menos comum síndrome de interceção que provoca inflamação e dor a um nível mais proximal ao longo do segundo compartimento extensor.

Deve ser feito também o diagnóstico diferencial entre a rizartrose e a artrose escafo-trapézio-trapezoidal através de imagiologia (embora estas situações possam existir em conjunto). Muitas vezes as radiografias podem mostrar uma fratura do escafoide ou um esporão na estilóide radial.

ANATOMIA

O primeiro compartimento extensor é aquele em que ocorrem maiores variações anatómicas no membro superior. 25 a 35% apresen-



FIG. 1

A TENOSSINOVITE DE QUERVAIN DEVE SER DIFERENCIADA DO MENOS COMUM SÍNDROME DE INTERCEÇÃO QUE PROVOCA INFLAMAÇÃO E DOR A UM NÍVEL MAIS PROXIMAL AO LONGO DO SEGUNDO COMPARTIMENTO EXTENSOR

tam um septo vertical que o divide em dois túneis fibro-ósseos, o mais cubital contendo o EPB e o mais radial contendo os múltiplos feixes do APL que podem chegar até 5.

A artéria radial passa obliquamente de volar para dorsal através da tabaqueira anatômica profundamente ao APL e aos dois extensores do polegar. Dois ou três ramos sensitivos do radial passam longitudinal e superficialmente ao primeiro compartimento extensor e devem ser identificados e protegidos durante o procedimento cirúrgico (Fig. 2).

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO

Na fase aguda gelo local associado ao uso de uma tala com o punho em ligeira extensão e o polegar em abdução (associando ou não um anti-inflamatório não esteroide) tem efeitos imediatos satisfatórios, mas uma taxa de recidiva a curto prazo de cerca de 70%. Nas grávidas e doentes a amamentar o tratamento conservador é mais eficaz e tem tendência a regredir completamente no final do período de amamentação.

A injeção de corticosteroides mostrou-se eficaz numa proporção de cerca de 70 a 80%, temos usado triancinolona (que nos parece mais eficaz que a metilprednisolona e a dexametasona) 1 cm diluído com 1 cm de lidocaína, que nos ajuda a confirmar a localização da dor pelo alívio imediato da dor.

A injeção deve ser feita na vertical palpando os tendões na zona de maior espessamento e testando a sua excursão que provoca a mobilidade da agulha, se esta estiver bem colocada, remover a agulha até que deixe de mover (ou empurrar até ao contacto do osso e depois aliviar 0,5 mm) e injetar cerca de metade do preparado na zona mais palmar correspondente ao APL sentindo bainha a distender sem tensão e depois retirar e desviar para a zona mais cubital, tentando infiltrar um possível canal independente do EPB.

Uma infiltração demasiado superficial, particularmente em doentes com pouco tecido adiposo pode levar a atrofia subcutânea, despigmentação e necrose gordá provocada por alguma extravasão do corticoide. Outras complicações incluem sufusão hemorrágica ou lesão dos ramos sensitivos do radial na picada inicial provocando dor intensa e até um possível neuroma, estão descritas roturas tendinosas por infiltrações repetidas (Fig. 3).

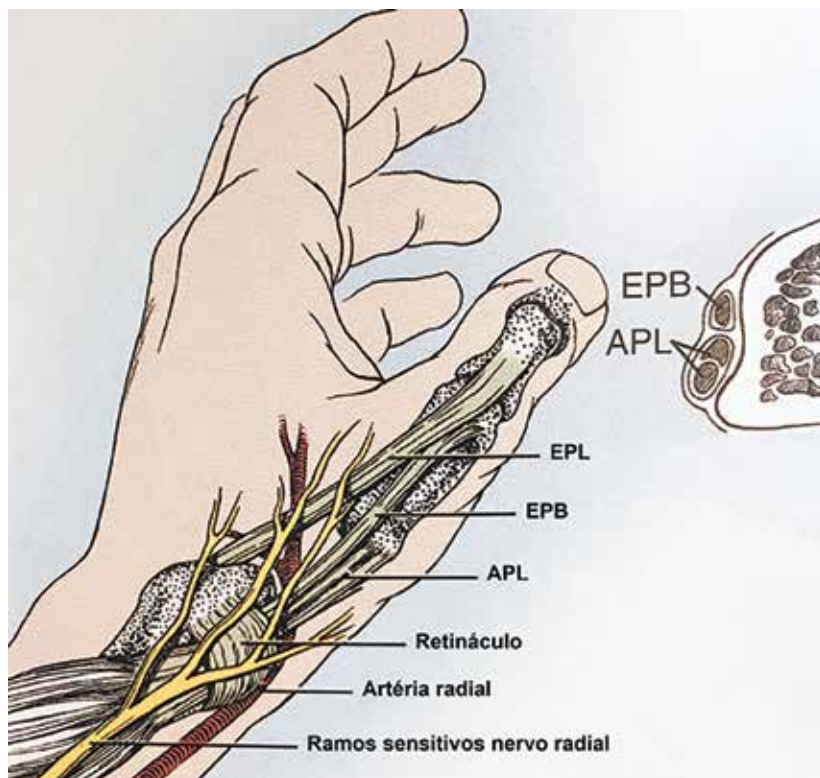


FIG. 2

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Realizamos o procedimento sob anestesia local e com expressão do membro superior e com garrote pneumático no braço (normalmente bem tolerado dada a curta duração da cirurgia) e permitindo um campo exangue para uma boa identificação e proteção dos ramos sensitivos do nervo radial.

Incisão cutânea transversal de cerca de 1,5-2,0 cm realizada sobre a zona mais espessa do primeiro compartimento extensor e cerca de 1 cm proximal ao topo da estilóide radial. Dissecção roma afastando os ramos sensitivos do radial que se protegem de ambos os lados com um afastador, incisão longitudinal, com lamina, do ligamento anelar que cobre o primeiro compartimento extensor através do seu rebordo mais dorsal, deixando um retalho palmar que evite a subluxação dos feixes do APL. Deve ser feita exploração de outros túneis osteofibroso, nomeadamente para o EPB e proceder-se à sua descompressão da mesma forma (Fig 4), é imperativo que este ato seja realizado e que se teste a extensão passiva na metacarpo falângica do polegar com tração sobre o tendão. Deve-se confirmar a libertação desde a base do polegar até à origem

REALIZAMOS O PROCEDIMENTO SOB ANESTESIA LOCAL E COM EXPRESSÃO DO MEMBRO SUPERIOR E COM GARROTE PNEUMÁTICO NO BRAÇO (NORMALMENTE BEM TOLERADO DADA A CURTA DURAÇÃO DA CIRURGIA) E PERMITINDO UM CAMPO EXANGUE PARA UMA BOA IDENTIFICAÇÃO E PROTEÇÃO DOS RAMOS SENSITIVOS DO NERVO RADIAL

musculo-tendinosa e qualquer sinovite ou septo exuberantes devem ser excisados.

Finalizado o processo o doente deve ser questionado a mobilizar o polegar com movimento de abdução e extensão assim como de flexão na palma para se verificar o livre movimento dos 2 tendões.

Normalmente não procedemos a hemostase e fazemos o encerramento com sutura monofilamento não absorvível com 3 pontos separados (Fig. 5).

Penso almofadado, compressivo por uma semana e depois penso rápido por mais 8 dias permitindo mobilização contida do polegar sem esforços. Os nós de sutura são retirados aos 14 dias ou aos 8 com colocação de *steri-strip* por mais 8 dias.

Normalmente o doente recupera a sua mobilidade e força sem necessidade de tratamentos de fisioterapia e revemos estes doentes às 6 semanas para confirmar que tudo se encontra devidamente recuperado.

COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA

A complicação mais comum e incapacitante é a lesão iatrogénica dos ramos sensitivos do radial, a qual se detetada durante o procedimento (ou suspeitada nos primeiros dias pós-operatórios) deve ser reparada imediatamente para evitar a formação de neuromas. Aquelas que só mais tarde forem detetadas, já com neuroma, sugerimos a ressecção e a colocação do topo numa zona mais proximal e profunda ou introdução do topo proximal intraósseo.

Cicatrizes hipertróficas nesta incisão transversal são praticamente inexistentes, mas frequentes para aqueles que preferem fazer as incisões longitudinais, necessitando de plastias em Z para as corrigir.

A subluxação volar dos tendões, pouco frequente, mas muito incómoda, poderá ser corrigida com a criação de uma polia usando um retalho do retináculo extensor ou uma tira de base distal do braquioradialis.

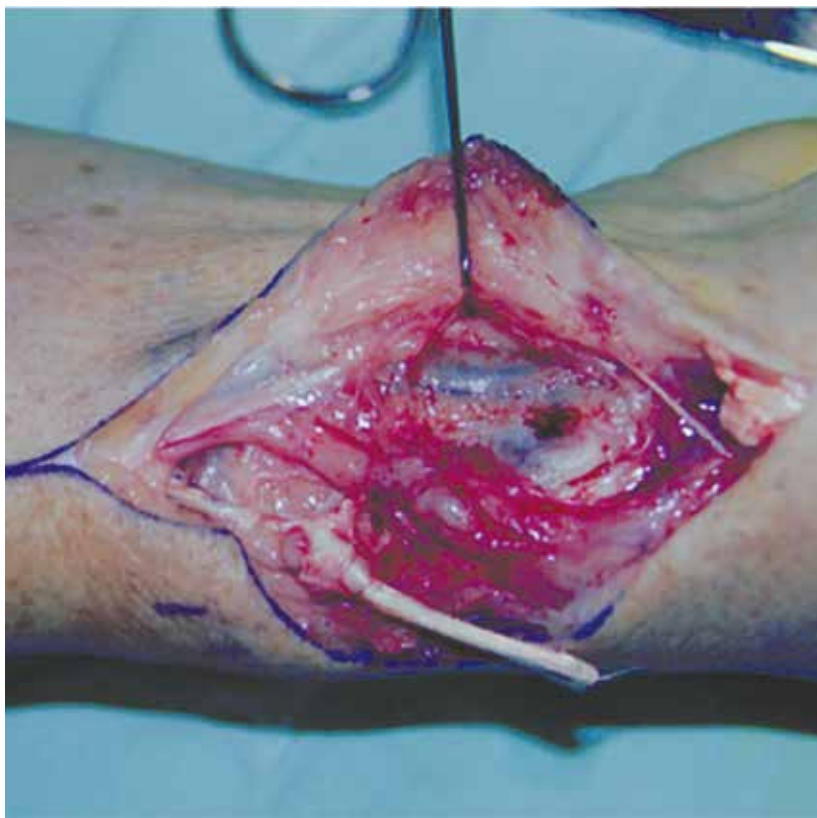


FIG. 3



FIG. 4



FIG. 5

BIBLIOGRAFIA

- AVCI S, Yilmaz C, Sayili U: Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. J Hand Surgery (Am) 27(2):322-324, 2002.
- Finklestein H: Stenosing tendovaginitis at the radial styloid Process. J Bone Joint Surg Am 12:509-540, 1930.
- Harvey FJ, Harvey PM, Horsley MW: De quervain's disease: Surgical or nonsurgical treatment. J Hand Surgery (Am) 15(1):83-87, 1990.
- Jackson WT, Viegas SF, Coon TM, et al: Anatomical variations in the first extensor compartment. A clinical and anatomical study. J Bone Joint Surg Am 68:923-926, 1986.
- Liang J, McElroy K: Hypopigmentation after triamcinolona injection for de Quervain tenosynovitis. Am J Phys Med Rehabil 92(7):639, 2013.
- Sampson SP, Wisch D, Badalamente MA: Complications of conservative and surgical treatment of de Quervain's disease and trigger fingers: Hand Clin 10(1):73-82, 1994.
- Weiss AP, Akelman E, Tabatabai M: Treatment of de Quervain's disease: J Hand Surg (Am) 19(4):595-598, 1994.

PÉ DE CHARCOT



PROF. DOUTOR
PAULO FELICÍSSIMO
UNIDADE DE CIRURGIA DO PÉ
E TORNOZELO DO CENTRO
DE ORTOPEDIA DO HCD

INTRODUÇÃO

O pé de Charcot, também designado neuroartropatia ou artropatia de Charcot, é uma entidade complexa e difícil no que toca ao seu diagnóstico e tratamento. Corresponde a uma doença crónica, não-infecciosa, progressiva e agressiva com destruição osteoarticular que acontece mais frequentemente na diabetes e em indivíduos com neuropatia sensorial. O atraso no diagnóstico e tratamento pode conduzir à instabilidade, deformidade severa e proeminências ósseas que levam a ulceração, infeções de tecidos moles e osteomielite, podendo culminar em amputação.

ETIOPATOGENIA

A artropatia de Charcot não acontece só no pé e apesar de a principal causa ser a diabetes, pode estar associada à sífilis, hábitos etanólicos marcados, seringomielinina, hanseníase, insuficiência renal crónica em hemodiálise, insensibilidade congénita à dor, entre outras causas mais raras.

A incidência e prevalência reais são desconhecidas, mas estima-se que afeta até 1.4% dos diabéticos, podendo ocorrer bilateralmente em 30% dos casos. A idade média de diagnóstico varia dependendo do tipo de diabetes: no tipo I na 5.ª década de vida, 20-25 anos após o diagnóstico; no tipo II na 6.ª década de vida, 5-10 anos após o diagnóstico. O mecanismo exato não está estabelecido, existindo 2 principais teorias que tentam explicar a patogénese. A teoria Neurotrau-



O ATRASO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PODE CONDUZIR À INSTABILIDADE, DEFORMIDADE SEVERA E PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS QUE LEVAM A ULCERAÇÃO, INFEÇÕES DE TECIDOS MOLES E OSTEOMIELITE, PODENDO CULMINAR EM AMPUTAÇÃO



A RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PERMITE A DETEÇÃO DE ALTERAÇÕES SUBTIS NA FASE AGUDA NA PRESENÇA DE RADIOGRAFIA NORMAL. ESTE EXAME TEM MAIOR SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE PARA A OSTEOMIELEITE E É CONSIDERADA O EXAME DE ELEIÇÃO PARA A AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO PÉ DIABÉTICO

mática que defende que a destruição do pé é resultado de microtraumas de repetição numa articulação insensível à dor e à propriocepção. Por outro lado, a teoria Neurovascular refere que existe um reflexo vascular secundário à desregulação neurológica autónoma com aumento do aporte sanguíneo com reabsorção óssea e alterações ligamentares. Outras teorias baseiam-se nas citocinas pro-inflamatórias ou na disfunção dos músculos intrínsecos com sobrecarga em determinadas áreas do pé.

A DEFORMIDADE É FRUTO DO ATINGIMENTO OSTEOARTICULAR E MUSCULAR SENDO CARACTERÍSTICAS A CONFORMAÇÃO EM “MATA-BORRÃO” POR PERDA DO ARCO MEDIAL, O ENCURTAMENTO DO TENDÃO DE AQUILES, AS PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS COM ZONAS DE HIPERPRESSÃO QUE PODEM LEVAR A ÚLCERAS E A INSTABILIDADE LIGAMENTAR

ASPETOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICOS

Clinicamente o pé de Charcot pode apresentar-se sob duas formas: aguda e crónica.

Na fase aguda ou ativa o diagnóstico é predominantemente clínico. Realça-se os sinais inflamatórios com edema, elevação da temperatura do membro dois graus relativamente ao contralateral e eritema que diminui com a elevação do membro, ao contrário dos casos de infeção com quais faz diagnóstico diferencial. Existe neuropatia sensitiva com dor cujo grau de intensidade é variável, podendo mesmo estar ausente. Por norma não se documenta febre ou porta de entrada visível (úlceras, ferida) e os pulsos periféricos são palpáveis. A fase aguda após fratura é muitas vezes não identificada devendo existir um alto índice de suspeição para prevenir complicações.

Na fase crónica os sinais inflamatórios regredem, embora o edema permaneça. A deformidade é fruto do atingimento osteoarticular e muscular sendo características a conformação em “mata-borrão” por perda do arco medial, o encurtamento do tendão de Aquiles, as proeminências ósseas com zonas de hiperpressão que podem levar a úlceras e a instabilidade ligamentar. O processo de Charcot, descrito por Eichenholtz, passa da fase aguda sem achados imagiológicos para a fase de fragmentação, coalescência e reconstrução.

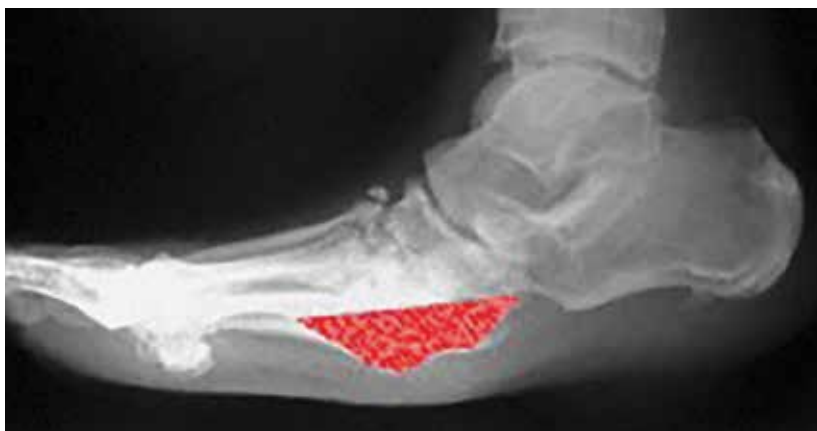
Anatomicamente afeta mais frequentemente o mediopé, tendo mais risco de amputação

quanto mais proximal for a articulação afetada e quanto maior for o número de complicações associadas.

Tendo em conta a clínica, é necessário fazer o diagnóstico diferencial com celulite, abscesso, osteomielite, artrite séptica, necrose avascular, fratura, rotura tendinosa, trombose venosa ou infeções cutâneas, pelo que é necessário o pedido de exames complementares de diagnóstico. A radiografia do pé e tornozelo são tradicionalmente o primeiro exame a requisitar, fornecendo informação sobre a anatomia e alinhamento. Frequentemente são normais nos estádios iniciais, o que não excluiu o diagnóstico.

A Ressonância Magnética permite a deteção de alterações subtis na fase aguda na presença de radiografia normal. Este exame tem maior sensibilidade e especificidade para a osteomielite e é considerada o exame de eleição para a avaliação das complicações do pé diabético. Contudo, não permite o diagnóstico diferencial entre um processo infeccioso e a artropatia de Charcot, pelo que os achados devem ser correlacionados com a clínica e marcadores laboratoriais, culturas e biópsias. A cintigrafia torna-se útil na distinção entre a infeção e o Charcot. A PET combinada com TC tem ganho popularidade não só na localização da doença e diferenciação da infeção.

A biópsia óssea é potencialmente o único procedimento que discrimina definitivamente os casos de osteomielite, mas não está isenta



ESTÃO DISPONÍVEIS MÚLTIPLAS OPÇÕES CIRÚRGICAS (EXOSTOSECTOMIA, LIMPEZA E DESBRIDAMENTO, ALONGAMENTO DO TENDÃO DE AQUILES, ARTRODESE, OSTEOTOMIA E AMPUTAÇÃO), COM VÁRIAS TÉCNICAS DESCRITAS PARA CADA, TENDO A PERCUTÂNEA E AS TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS GANHO UM LUGAR DE REALCE NESTA PATOLOGIA

de complicações como a infecção, hemorragia, fratura ou reagudização de processo de Charcot, pelo que a sua realização deve ser ponderada.

TRATAMENTO

A abordagem do pé de Charcot deve ser multidisciplinar e tem vários objetivos:

- > Ajudar a “cura” óssea com a menor deformação possível;
- > Limitar os problemas de partes moles e as ulcerações no sentido de evitar o desenvolvimento de osteomielite crónica;

> Conservar uma boa mobilidade evitando o agravamento da osteoporose e da atrofia muscular.

Na fase aguda o pilar do tratamento é a descarga e imobilização com gesso de contacto total ou ortótese tipo *walker* que permitem diminuir o edema e manter a estabilidade, alcançando uma taxa de sucesso que ronda os 75%. A duração da descarga é guiada pela clínica (até resolução do eritema e alteração da temperatura) e achados imagiológicos que deverão ser mensais (até sinais de consolidação). Este período é variável e pode durar de

3 a 6 meses, ou mesmo até 1 ano. Após a consolidação, deverá ser prescrita ortótese, palmilhas termomoldáveis ou sapatos adequados. Na fase aguda é também essencial o controlo metabólico e glicémico. O uso dos bifosfonatos e calcitonina apresentam um benefício clínico teórico na reabsorção óssea, não existindo recomendações das doses e duração. Os dispositivos pneumáticos podem ajudar na diminuição do edema.

A cirurgia está reservada aos casos refratários:

- > Úlcera recorrente com/sem exostose e/ou osteomielite;
- > Deformidade acentuada não tratada com ortótese;
- > Instabilidade articular importante não tratada com ortótese;
- > Fratura ou luxação aguda.

Estão disponíveis múltiplas opções cirúrgicas (exostosectomia, limpeza e desbridamento, alongamento do tendão de Aquiles, artrodeose, osteotomia e amputação), com várias técnicas descritas para cada, tendo a percutânea e as técnicas minimamente

NA FASE AGUDA O PILAR DO TRATAMENTO É A DESCARGA E IMOBILIZAÇÃO COM GESSO DE CONTACTO TOTAL OU ORTÓTESE TIPO WALKER QUE PERMITEM DIMINUIR O EDEMA E MANTER A ESTABILIDADE, ALCANÇANDO UMA TAXA DE SUCESSO QUE RONDA OS 75%



CONSIDERANDO AS CONDIÇÕES CUTÂNEAS E VASCULARES, DEVEM SER EVITADAS GRANDES INCISÕES E LIBERTAÇÃO DE PARTES MOLES, ASSIM COMO O USO DE GARROTE. POR OUTRO LADO, NÃO PODEMOS ESQUECER QUE A CIRURGIA PODE REATIVAR A DOENÇA



invasivas ganho um lugar de realce nesta patologia.

A escolha da opção depende da localização e fase da doença, presença de infecção, tipo de deformidade, comorbilidades, capacidade funcional, estado vascular e sobretudo da experiência do cirurgião. O objetivo final é um pé plantígrado, estável e funcional, mas existem diversas dificuldades cirúrgicas associadas a este tipo de pés.

O estado de hiperperfusão leva a hemorragia importante no intra e pós-operatório com formação de hematomas com risco de infecção. A osteoporose leva a maiores taxas de falência de material de osteossíntese e maiores tempos de consolidação e risco de pseudartrose. Considerando as condições cutâneas e vasculares, devem ser evitadas grandes incisões e liberação de partes moles, assim como o uso de garrote. Por outro lado, não podemos esquecer que a cirurgia pode reativar a doença.



BIBLIOGRAFIA

- Amado, P.; Gomes, A; Felicíssimo, P.; Côrte-Real, N. Pé e Tornozelo. Lidel. 2015
Bentley, George. European Surgical Orthopaedics and Traumatology – The EFORT Textbook. Springer, 2014
Coughlin MJ, Saltzman CL, Anderson RB. Mann's Surgery of the Foot and Ankle. Saunders, 2014
Kiliçoğlu, OI; Demirel, M; Akta, S. New trends in the orthopaedic management of diabetic foot. EFORT Open Rev 2018, 3.
Yousaf, S.; Dawe EJC; Saleh, A; Gill, IR; Wee, A. The acute Charcot foot in diabetics: diagnosis and management. EFORT Open Rev 2018, 3:568-573
Ven AVD, Chapman, CB; Bowker JH. Charcot Neuroarthropathy of Foot and Ankle. J Am Acad Orthop Surg 2009;17: 562-571.

ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

TÉCNICA CLÁSSICA E MINIMAMENTE INVASIVA



DR. RICARDO TELLES DE FREITAS
UNIDADE DE CIRURGIA DO JOELHO
E TORNOZELO – ARTROSCOPIA
TRAUMATOLOGIA DESPORTIVA DO CENTRO
DE ORTOPEdia DO HCD

INTRODUÇÃO

A avaliação do sucesso das artroplastias totais do joelho, baseia-se fundamentalmente na *performance* do implante a longo prazo nomeadamente na taxa de falência e/ou revisão sendo que o tempo de recuperação após o procedimento é um parâmetro menos valorizado.

No entanto o resultado a curto prazo tem também a sua relevância. Por um lado, as principais preocupações de um doente candidato a artroplastia do joelho são a dor no pós-operatório, o tempo de reabilitação e o resultado funcional. Por outro, estes resultados influenciam diretamente os custos económicos envolvidos neste procedimento, o que se reveste de importância crescente na nossa sociedade.

Alicerçado nos bons resultados a longo prazo obtidos pela técnica clássica, novas técnicas e instrumentação permitiram o desenvolvimento de abordagens menos invasivas na artroplastia total do joelho.

O objetivo de uma artroplastia minimamente invasiva é o de:

1. minimizar o dano das partes moles;
2. diminuir a necessidade de transfusão sanguínea;
3. encurtar o internamento hospitalar;
4. acelerar o tempo de recuperação;
5. reduzir a dor;
6. melhorar os resultados funcionais;
7. manter a longevidade obtida pela técnica “clássica”.

PRINCÍPIOS BÁSICOS

Os princípios de um procedimento minimamente invasivo passam pela:

1. preservação do quadríceps;
2. evitar a eversão da rótula;
3. minimizar a disrupção da bolsa



FIG. 1

subquadrícipital; 4. redução da extensão da incisão cutânea; 5. utilização da janela móvel; 6. utilização de instrumentação específica. (Fig. 1) A técnica clássica caracteriza-se por uma extensa incisão cutânea, artrotomia por via parapatelar



FIG. 2

interna com incisão através do tendão quadrícipital (descrita em 1874 por VonLangenbeak), eversão da rótula, torção do tendão rotuliano e stress supra-fisiológico sobre a tuberosidade anterior da tíbia e luxação anterior da tíbia.

O OBJETIVO DE UMA ARTROPLASTIA MINIMAMENTE INVASIVA É O DE: 1º MINIMIZAR O DANO DAS PARTES MOLES, 2º DIMINUIR A NECESSIDADE DE TRANSFUÇÃO SANGUÍNEA, 3º ENCURTAR O INTERNAMENTO HOSPITALAR, 4º ACELERAR O TEMPO DE RECUPERAÇÃO, 5º REDUZIR A DOR, 6º MELHORAR OS RESULTADOS FUNCIONAIS E 7º MANTER A LONGEVIDADE OBTIDA PELA TÉCNICA “CLÁSSICA”



FIG. 3

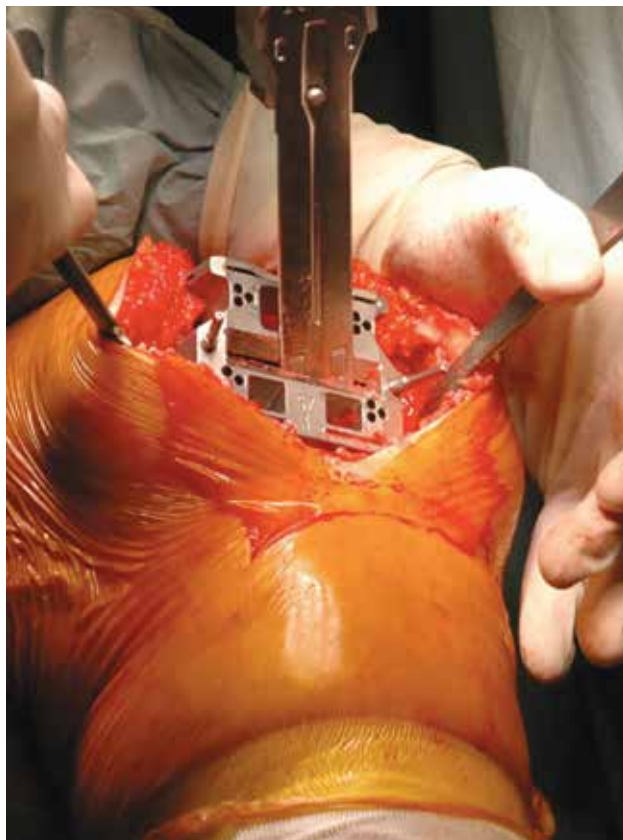


FIG. 4

Como resultado desta abordagem constata-se que um terço dos doentes estão descontentes aos 6/12 meses de pós-operatório, e que apenas 35% dos doentes não apresentam limitações (KSS>90 pontos). Daqui resultando o paradoxo de cirurgiões mais satisfeitos com os resultados que os próprios doentes. (Fig. 2)

A cirurgia minimamente invasiva não é definida com base na dimensão da incisão cutânea: esta deve adequar-se ao doente e ao próprio cirurgião (8.5-12 cm). Podemos dizer que é o procedimento menos invasivo, com a menor incisão cutânea, adequado ao doente e cirurgião, e que garanta um resultado a longo prazo durável e reproduzível.

Esta abordagem não deve comprometer os princípios básicos da artroplastia do joelho. Há que ter em conta o maior stress imposto à pele, estruturas capsulares e ao próprio osso. (Fig. 3)

VIAS DE ABORDAGEM

As vias de abordagem descritas têm em comum a luxação externa da rótula e a mínima disrupção da bolsa subquadrípital:

1. Midvastus: artrotomia interna até ao ângulo supero-interno da rótula com 2 cm de dissecção romba das fibras do VIO (Fig. 6)
2. Subvastus: 1/2 do bordo interno da rótula (Fig. 7)
3. Quadriceps-sparing: poupança do quadrícepite (mini artrotomia parapatelar interna)

OS FATORES QUE INFLUENCIAM O SUCESSO DO PROCEDIMENTO SÃO A SELEÇÃO DOS DOENTES, A EXPERIÊNCIA DO CIRURGIÃO E AS CONDIÇÕES DO ATO CIRÚRGICO (NOMEADAMENTE A DISPONIBILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAL DEDICADO)

As vias mais utilizadas são a midvastus e a subvastus. Estudos comparativos das duas abordagens não identificam diferenças substantivas, sendo aconselhado que a escolha seja feita com base na experiência e preferência do cirurgião.

INSTRUMENTAÇÃO

A técnica minimamente invasiva obrigou ao desenvolvimento de instrumentação cirúrgica específica. Em relação aos instrumentos clássicos as principais diferenças são:

1. guias e blocos de corte de menor dimensão;
2. "set" dedicado para joelho direito ou esquerdo;
3. periferia romba no sentido de diminuir dano do envelope de partes moles;
4. alteração dos dispositivos de fixação: pinos roscados e/ou com batede (cabeça), de forma a garantir uma estabilidade acrescida às peças que pela sua menor dimensão são potencialmente mais instáveis que as clássicas diminuído a precisão do gesto cirúrgico. (Fig. 4)

PONTOS TÉCNICOS CHAVE

A osteotomia inicial da rótula permite “ganhar” espaço e visão adicional. O corte ósseo é efetuado na perpendicular e sem necessidade de eversão.

Deve haver uma cuidadosa e sinérgica utilização dos afastadores, de forma a evitar o stress desnecessário sobre o envelope de partes moles e o próprio osso.

A janela móvel de partes moles permite através do movimento de flexão/extensão do joelho a exposição das estruturas posteriores e anteriores respetivamente.

Redução dos tempos de luxação anterior da tibia/hiperflexão. (Fig. 5)

SELEÇÃO DOS DOENTES

Os fatores que influenciam o sucesso do procedimento são a seleção dos doentes, a experiência do cirurgião e as condições do ato cirúrgico (nomeadamente a disponibilização de instrumental dedicado).

Podemos considerar não serem candidatos a uma cirurgia por técnica minimamente invasiva os doentes com:



FIG. 5

1. cirurgias prévias (osteotomias; artrose pós fracturária; revisão de artroplastia); 2. alterações do aparelho extensor (Patela baixa (Caton-Deschamps < 0,8-0,7) e Patela infera (I. Caton-Deschamps < 0,6)); 3. *deficit major* de mobilidade articular (flexo > 20° e flexão < 80°); 4. deformidades graves (> 15°); 5. perda óssea; 6. osteoporose; 7. obesidade; 8. homens muito musculados; 9. mau revestimento cutâneo.

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À TÉCNICA

A maioria das complicações está associada a uma diminuição do campo de exposição,

tendência para impor um maior stress nas estruturas e menor estabilidade e acuidade dos guias de corte. As mais frequentemente descritas são:

1. fraturas do condilo femoral externo e da rótula; 2. afundamento do planalto tibial; 3. rotura do tendão rotuliano; 4. interposição de partes moles na interface componente/osso; 5. ressecção óssea excessiva; 6. corpos livres (fragmentos ósseos/cimento); 7. “outliers” radiográficos (tendência para uma colocação subóptima do componente tibial no plano axial e médio-lateral).

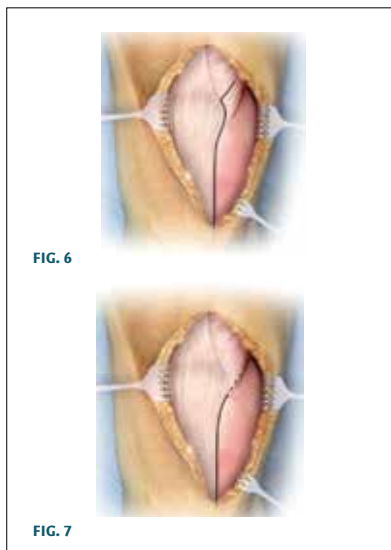


FIG. 6

FIG. 7

REFERÊNCIAS

1. Repicci JA, Eberle RW. Minimally invasive surgical technique for unicompartmental knee arthroplasty. J South Orthop Assoc. 1999; 8(1):20-27;
2. Cho W. Knee Joint Arthroplasty. Chapter “Optional Techniques”. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2014;
3. Bonutti PM, Mont MA, McMahon M, Ragland PS, Kester M. Minimally invasive total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2004;
4. Walton NP, Jahromi I, Dobson PJ, Angel KR, Lewis PL, Campbell DG. Arthrofibrosis following total knee replacement: does therapeutic warfarin make a difference? Knee. 2005;
5. Scuderi GR, Tenholder M, Capeci C. Surgical approaches in mini-incision total knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2004;
6. King J, Stamper DL, Schaad DC, Leopold SS. Minimally invasive total knee arthroplasty compared with traditional total knee arthroplasty. Assessment of the learning curve and postoperative recuperative period. J Bone Joint Surg Am. 2007;
7. Haas SB, Manitta MA, Burdick P. Minimally invasive total knee arthroplasty: The mini midvastus approach. Clin Orthop Relat Res. 2006;
8. Tria AJ Jr, Coon TM. Minimal incision total knee arthroplasty: early experience. Clin Orthop Relat Res. 2003;
9. Laskin RS, Beksac B, Phongjunakorn A, Pittors K, Davis J, Shim JC, et al. Minimally invasive total knee replacement through a mini-midvastus incision: an outcome study. Clin Orthop Relat Res. 2004;
10. Song EK, Seon JK, Yoon TR, Park SJ, Bae BH, Cho SG. Functional results of navigated minimally invasive and conventional total knee arthroplasty: a comparison in bilateral cases. Orthopedics. 2006;
11. Katz JN, Barret J, Mahomed NN, Baron JA, Wright TP, Losina E. Association between hospital and surgeon procedure volume and the outcomes of total knee replacement. J Bone Joint Surg Am. 2004;
12. Cheng T, Liu T, Zhang G, Peng X, Zhang X. Does minimally invasive surgery improve short-term recovery in total knee arthroplasty? Clin Orthop Relat Res. 2010

II ENCONTRO LUSO BRASILEIRO ENTRE OS HOSPITAIS HOME DE BRASÍLIA E CUF DESCOBERTAS DE LISBOA



PROF. DOUTOR JORGE MINEIRO
COORDENADOR DO CENTRO
DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HCD

Realizou-se no mês de junho de 2018 o II Encontro Luso-Brasileiro entre os Centro de Ortopedia e Traumatologia dos hospitais HOME de Brasília e do Hospital CUF Descobertas de Lisboa (HCD).

O primeiro encontro decorreu em Lisboa em 2013, nas Jornadas do Centro de Ortopedia do HCD e ficou planeado ocorrerem alternadamente entre Brasília e Lisboa de 2 em 2 anos. Neste primeiro encontro que decorreu em Lisboa esteve presente o Dr. Paulo Lobo, diretor do Serviço de Ortopedia e diretor clínico do Hospital HOME em Brasília. Cirurgião de Joelho apresentou um trabalho sobre “Como lidamos com a revisão do LCA”.

Desde então foi mantido o contacto entre as duas unidades e este ano decorreram as segundas Jornadas no Hospital Home de Brasília. Os temas deste ano concentravam-se nas áreas de ortopedia infantil, coluna vertebral, mão e pé.

Pelo lado do HCD estiveram presentes os coordenadores das unidades Dr. Cassiano Neves - Ortopedia Infantil, Dr. Mota da Costa - Mão e Punho, Prof. Doutor Paulo Felicíssimo - Pé e Tornozelo e Prof. Doutor Jorge Mineiro - Unidade da Coluna Vertebral.

Foi uma reunião que, pelo lado Brasileiro estavam presentes os presidentes de todas as sociedades de subespecialidades bem como diretores de inúmeros departamentos de ortopedia para além de residentes de várias instituições locais e fisioterapeutas. Uma das sessões interessantes foi sobre as lesões ligamentares do joelho na criança e orientada





pele Dr. Moisés Cohen, atual presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

O programa como podem avaliar era intenso, com sessões a decorrerem todo o dia, mas com espaço para discussão de casos clínicos, com um painel de especialistas para além da discussão e com a plateia de especialistas presentes. Todas as sessões terminavam com a apresentação de um caso clínico para discussão entre um painel de *experts*, facto que trouxe grande animação à sala pelo nível científico da assistência.

O BALANÇO QUE FAÇO DA REUNIÃO É MUITO POSITIVO, PELO FACTO DE PROMOVER O INTERCÂMBIO DE EXPERIÊNCIAS ENTRE ESTAS UNIDADES HOSPITALARES, POR ESPECIALISTAS DE RENOME INTERNACIONAL E *OPINION LEADERS* NAS SUAS DIFERENTES ÁREAS



O balanço que faço da reunião é muito positivo, pelo facto de promover o intercâmbio de experiências entre estas unidades hospitalares, por especialistas de renome internacional e *opinion leaders* nas suas diferentes áreas. O Brasil é um país que também tem centros de altíssima qualidade com os quais teremos todo o interesse em dinamizar o intercâmbio. No que se refere ao programa social com muito pouco tempo livre, mas em que somos sempre extremamente bem recebidos pelos nossos colegas Brasileiros.

ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO

MINIMAMENTE INVASIVA



ENF.ª ELISABETE ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL CUF DESCOBERTAS
- BLOCO CENTRAL

Há cerca de cinco décadas, as artroplastias totais do joelho eram feitas por via parapatelar interna e a incisão cirúrgica era aproximadamente 20-25 cm. Nesta altura era necessário ter uma visão operatória total da articulação, para tal sacrificava-se as estruturas musculares, assim como o tendão quadrícipital e a torção do tendão rotuliano com stress sobre a TAT e luxação anterior da tibia. Os instrumentais eram de grandes dimensões e alguns blocos de corte laceravam as estruturas, assim sendo a extensa incisão minimizava este risco. No entanto conduzia a uma maior exposição, perdas sanguíneas elevadas, a grandes fibroses e consequente dificuldade na recuperação funcional.

Desde então, estes conceitos de abordagem estão a ser investigados e a rápida evolução

da ciência conduz-nos à abordagem minimamente invasiva.

Assim sendo, a extensa incisão cutânea anteriormente utilizada, é reduzida para cerca de 9-12 cm, contudo este procedimento assume importância proporcional à experiência do cirurgião e critérios clínicos do utente, não podendo comprometer os princípios de segurança e eficiência da artroplastia.

Existem vários tipos de abordagem minimamente invasivo:

1. *Mini-midvastus*: A incisão cutânea é realizada pelo vasto interno oblíquo, prolongando-se do polo proximal da rótula até à TAT.

Faz-se a flexão progressiva do modo a obter a visualização da articulação de acordo com a necessidade da execução técnica



FIG. 1 ARTROTOMIA CONVENCIONAL

**ESTES CONCEITOS
DE ABORDAGEM
ESTÃO A SER
INVESTIGADOS E A
RÁPIDA EVOLUÇÃO
DA CIÊNCIA CONDUZ-
-NOS À ABORDAGEM
MINIMAMENTE
INVASIVA**

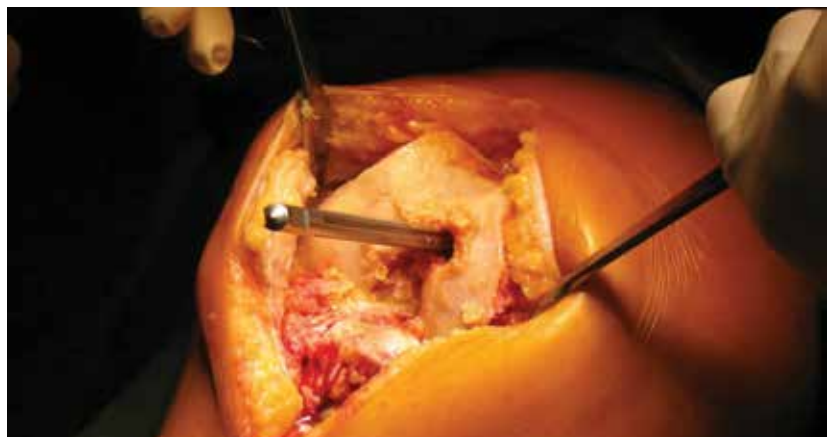


FIG. 2 ARTROTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA

OS INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS TAMBÉM SOFRERAM MODIFICAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DESTA TÉCNICA

2. *Subvastus*: É efetuada pelo meio do bordo interno da rótula, e por de baixo do vasto interno.

3. *Quadriceps-sparing (mini parapatelar interna)*: Consiste de uma artrotomia medial que não se estende ao tendão do quadríceps, fibras do músculo vasto medial ou intervalo subvastus, é uma via de abordagem mais limitante para a técnica. Em qualquer uma destas abordagens a eversão da rótula é desnecessária.

Os instrumentais cirúrgicos também sofreram modificações para a realização desta técnica. O tamanho dos componentes tornou-se menor, com rebordos periféricos rombos a fim de minimizar danos nas estruturas moles.

Tornaram-se mais anatómicos, adequados à lateralidade do joelho a interencionar. O sistema de fixação das peças é alterado para pinos roscados, permitindo a melhor adaptação e estabilidade. Os blocos de cortes permitem a utilização de lâmina mais espessa e oscilante, apenas na extremidade, a fim de se obter cortes mais precisos.

Os componentes de prova, mais recentes, são em material leve e de múltiplas escolhas. A instrumentação torna-se mais precisa. Após efetuado todos os cortes do fêmur, tíbia e rótula e determinado o tamanho dos mesmo, procede-se às provas e por fim à colocação dos componentes definitivos através da cimentação óssea. O primeiro componente a ser implantado é o tibial, seguido do femoral e finalmente a rótula.



FIG. 3 PROVAS ADEQUADAS À MINIMAMENTE INVASIVA

O critério de escolha do utente é fundamental para o êxito desta técnica. São considerados bons candidatos os que apresentam boa mobilidade pré-operatória, peso inferior a 100 kg, homens não muito musculados, osteoporose pouco marcada, boa integridade cutânea, e do sexo feminino.

A prática da técnica minimamente invasiva tem aumentado pelos benefícios que esta tem demonstrado.

As vantagens enumeradas são:

- > Diminuição da exposição tecidual;
- > Diminuição da hipotermia;
- > Menor risco de infeção;
- > Menos perdas hemáticas;
- > Menor dano das partes moles;
- > Diminuição do tempo de internamento;
- > Maior recuperação funcional;
- > Menor dor pós-operatória;
- > Recuperação mais rápida.

O CRITÉRIO DE ESCOLHA DO UTENTE É FUNDAMENTAL PARA O ÊXITO DESTA TÉCNICA. SÃO CONSIDERADOS BONS CANDIDATOS OS QUE APRESENTAM BOA MOBILIDADE PRÉ-OPERATÓRIA, PESO INFERIOR A 100 KG, HOMENS NÃO MUITO MUSCULADOS, OSTEOPOROSE POUCO MARCADA, BOA INTEGRIDADE CUTÂNEA, E DO SEXO FEMININO

REFERÊNCIAS

1. Geraldo Rocha Motta Filho; Naason Cavanelas; Artroplastia minimamente invasiva do joelho, 2007; 2. Pencho Kosev, Cvetan Sokolov, Yordan Andonov, Bojan Valentinov; Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty, J of IMAB, vol 21, 2015; 3. Anil Khanna MRCS, MS (Ortho) ab Nikolaos Gougoulas MD, PhD, CCST (Ortho) a Umile Giuseppe Longo MD; Minimally Invasive Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review, Elsevier vol 40, pag 479-489, Out 2009; 4. Ricardo Telles de Freitas, Técnica Classica e Minimamente Invasiva, 1 Curso de Artroplastia Total do Joelho, 2011

A VIDA É UM DESPORTO RADICAL

ZEMALEX AJUDA OS
ATLETAS DO DIA-A-DIA



Rápido e eficaz no alívio da **dor** e da **inflamação** ¹²

EXCLUSIVAMENTE TÓPICO ¹



Informações essenciais: **Nome do medicamento:** Zemalex 18 mg/g creme; Zemalex 40 mg/g solução para pulverização cutânea. **Composição:** Zemalex creme: 2 g de cloridrato de picetoprofeno, equivalentes a 1,8 g de picetoprofeno, por 100 g. Excipientes com efeito conhecido: Benzoato de benzilo – 3 g/100 g; Alcool cetílico – 14 g/100 g; Zemalex solução para pulverização cutânea: 40 mg de picetoprofeno por 1g. Lista completa de excipientes, ver RCM. **Forma farmacêutica:** Creme; Solução para pulverização cutânea. **Indicações terapêuticas:** O Zemalex está indicado em afecções inflamatórias e dolorosas do aparelho locomotor. Traumatologia: contusões, luxações, dores pós-traumáticas, inflamação moderada de origem músculo-esquelética nomeadamente pós-traumática; Reumatologia: dores articulares ligeiras a moderadas, dores musculares e reumatismos ligeiras a moderadas (tais como osteoartrite e osteoartrite), miosites, inflamação moderada de origem músculo-esquelética, sinovites, artrites (não infecciosas), tendinites e bursites (de origem traumática ou após esforço físico ligeiras ou localizadas). Este medicamento é indicado em adultos e adolescentes com idade igual ou superior a 14 anos. **Posologia e modo de administração:** Zemalex é de uso exclusivamente tópico externo e pode aplicar-se as vezes que o médico considere necessário. Zemalex creme: Aplicar com uma massagem suave ou com um penso oclusivo. Como norma geral, aplicar na zona afetada 1,5 a 2 g de creme aproximadamente, 3 vezes ao dia. Zemalex solução para pulverização cutânea: Como norma geral aplicar na zona afetada 1 - 2 propulsões durante uns segundos, 3 vezes ao dia. Duração do tratamento: A duração do tratamento não deve exceder mais do que 14 dias. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes de Zemalex; Doentes com hipersensibilidade conhecida ao ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides. Não aplicar nos olhos, membranas mucosas, úlceras ou feridas abertas, e em nenhuma circunstância quando o local de aplicação está afetado por outra condição cutânea. **Advertências e precauções:** Na medida em que existe a possibilidade de absorção cutânea de Zemalex, não é possível excluir a ocorrência de efeitos sistémicos. O risco de ocorrência destes efeitos depende, entre outros fatores, da superfície exposta, quantidade aplicada e tempo de exposição. Foram reportados casos de fotossensibilidade ao picetoprofeno. Consequentemente, a exposição solar e/ou à luz UVA das áreas tratadas deve ser evitada durante o tratamento com picetoprofeno e nas duas semanas após a interrupção do tratamento. Os doentes devem lavar cuidadosamente as suas mãos após cada aplicação com picetoprofeno. Existe um risco de cossensibilização quando usado juntamente com produtos que contêm octocrileno. Em casos de hipersensibilidade ou se ocorrer qualquer reação cutânea após a aplicação deste medicamento, os doentes devem descontinuar imediatamente o tratamento e consultar o médico. Zemalex creme contém álcool cetílico, que pode causar reações cutâneas locais (por exemplo dermatite de contacto). Zemalex creme contém benzoato de benzilo que é moderadamente irritante para a pele, olhos e membranas mucosas. **Interações:** Não estão descritas interações. **Efeitos indesejáveis:** Reações cutâneas moderadas e transitórias tais como reações no local de aplicação, eritemas, prurido, rubor e sensação de calor no local de aplicação, eczema, dermatite de contacto e reações de fotossensibilidade. Como estas reações são reportadas por notificação espontânea não é possível estimar a sua frequência. MNSRM-EF. RCM entregue em separado. Texto elaborado em Abril de 2018. Para mais informações contactar o titular da AIM: Italfarmaco, Produtos Farmacêuticos, Lda. Rua Dom António Ribeiro, nº 9 1495-049 Algés.



Ref. bibliográficas: 1. RCM Zemalex última versão aprovada. 2. A. Martínez-Tobed A. et al. *Distribution of topically applied picetoprofen in skin and subcutaneous tissues and fluids*, *Drugs of Today* Vol. 23, Suppl. 1, p. 27-34 (1987).

 **GRUPO ITALFARMACO**

Rua Dom António Ribeiro, nº 9, 1495-049 Algés **Tel:** +351 214 342 530 **Fax:** +351 214 342 537
Email: geral@if-farma.pt **Website:** www.italfarmaco.pt/contactos