

JORNAL SBOT-BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - BAHIA
ANO 4 - Nº 10 - MARÇO DE 2015 - SALVADOR - BAHIA

DISCUSSÕES

CASOS

JORNADAS

CONGRESSOS



**Pé Torto Congênito
(Talipes Equinovarus)**

pág. 03



**Nova Logomarca da Sociedade
Brasileira de Ortopedia e
Traumatologia - Regional Bahia**

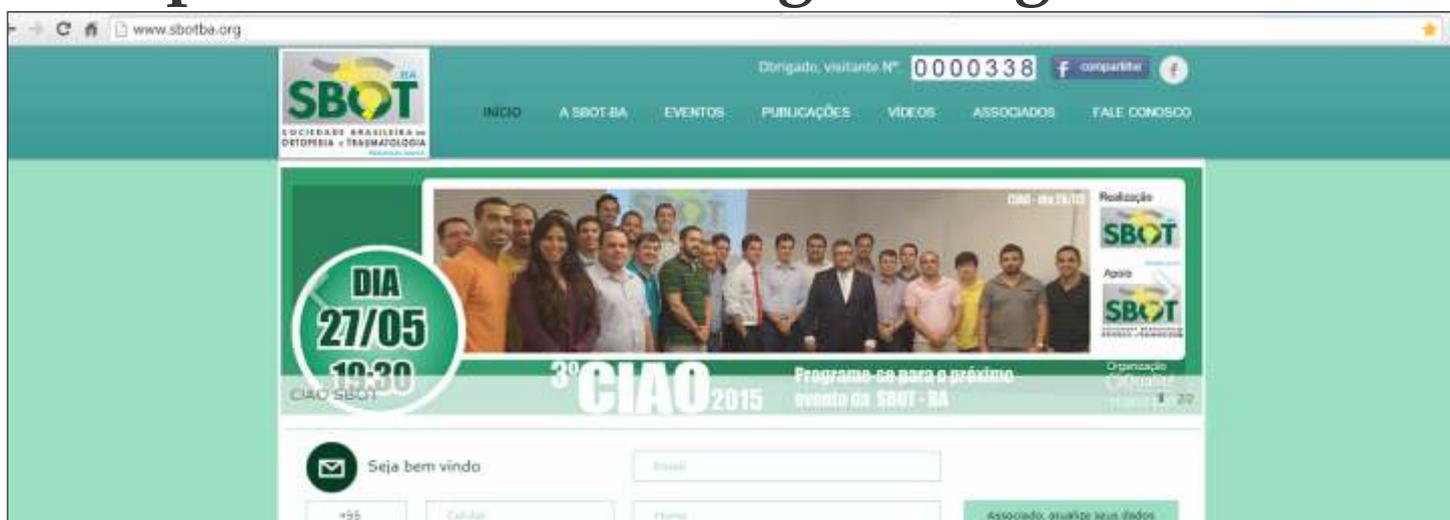
pág. 07



**Tratamento
Artroscópico da
Rigidez do Cotovelo**

pág. 09

Novo Site da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - Regional Bahia



Como parte da programação prevista para o ano de 2015, nossa Regional tem o prazer de apresentar o seu novo site: www.sbotba.org

pág. 08



Palavra do Presidente

“ Consideramos as iniciativas para criação das cooperativas ortopédicas em nosso Estado um movimento salutar, que já foi adequadamente incorporado pelos especialistas em mão, e agora, mais recentemente, pelos subespecialistas de joelho e de ombro...”

pág. 02

Encontro de Especialidades do Hospital São Rafael

COLUNA VERTEBRAL

Dia: 23/05/2015

Horário: 08h. às 13h.

AUDITÓRIO - HSR

Inscrição gratuita: mkt@qualiteeventos.com.br / 71 96138007





Palavra do Presidente

Prof. Dr. Alex Guedes

Médico Ortopedista, Traumatologista e Cirurgião Cancerologista
Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia Experimental e
Especialidades Cirúrgicas (DCEC), Faculdade de Medicina da Bahia (FMB),
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

contato:
alexguedes2003@yahoo.com.br

Recentemente, temos observado a movimentação de diversos membros de subespecialidades ortopédicas de nosso Estado em busca da melhora na remuneração médica.

Na prática, observamos que os movimentos nesta direção, com maior intensidade na década passada, que culminaram com a criação da CBHPM e sua proposta de correção periódica, não atingiram os objetivos desejados.

Isto decorre, em parte, por conta das negociações em torno de valores, sobretudo das internações, entre convênios e estabelecimentos de saúde, sem partilhar do parecer dos médicos – há exemplos de convênios que ainda remuneram os médicos pela tabela AMB e têm, ao mesmo tempo, valores diferenciados para internação, taxas, materiais e medicamentos com os hospitais e clínicas.

Há ainda a questão das “redes próprias” onde os convênios, que atuam na modalidade de *managed care*, literalmente colocam seus médicos colaboradores em constante conflito entre a qualidade de sua atuação e a ética médica.

Temos de estar atentos também à multiplicação das escolas médicas com reflexo na proletarização de nossa classe – a deformação na educação médica contribui para que nossa profissão seja cada vez mais empurrada para baixo, pois quantidade não é definitivamente qualidade, e a tendência natural é que, ao contrário do que é sugerido por quem defende um maior número de médicos, continue a concentração de nossa classe nos grandes centros, tendo em vista as péssimas condições de instalações e equipamentos hospitalares no interior do Brasil.

Consideramos as iniciativas para criação das cooperativas ortopédicas em nosso Estado um movimento salutar, que já foi adequadamente incorporado pelos especialistas em mão, e agora, mais recentemente, pelos subespecialistas de joelho e de ombro. Este movimento tem todas as condições de dar certo, por conta de vários aspectos em particular, dentre elas a profissionalização de todo o processo, a união entre os seus membros e a grande qualidade técnica dos profissionais envolvidos.



Jornada Integração SBOT junho
Campus da UFOB, Barreiras - BA SBOT 2015



Dr. Luis Alfredo Gómez Vieira

Chefe do Serviço de Ombro e Cotovelo do Hospital Português
 Coordenador do Serviço de Ombro e Cotovelo das Obras Sociais Irmã Dulce
 contato:
 gomezvieira@hotmail.com



Dr. Fábio Silveira Matos

contato:
 fabiosmatos@yahoo.com.br

Coordenador Científico do Serviço de Ortopedia
 Pediátrica do Hospital Martagão Gesteira

Pé Torto Congênito (Talipes Equinovarus)

Frequência e Etiologia

O pé torto congênito é uma das deformidades congênitas mais comuns. Ocorre em aproximadamente 1:250 dos nascidos vivos, e é mais comum no sexo masculino.

Ainda não se determinou a causa exata do *talipes equinovarus* (TEV). Há 100 anos, Huter considerou o TEV resultado da interrupção do desenvolvimento do pé em uma das fases da vida embrionária. No entanto, Henke & Heyher, Schomburg, Bardeen & Bohm demonstraram posições fisiológicas no desenvolvimento embrionário do pé semelhantes ao TEV. Sherman & Settle acreditavam que o TEV resultava de defeito primário no plasma germinativo do pé no 1º semestre de gestação.

Winnie-Davies, após estudar a história familiar de 144 pacientes com TEV propôs causa em parte genética, em parte ambiental, por conta de fator que

atua no feto durante a vida intra-uterina.

Bohm descreveu quatro fases evolutivas do pé na 1.ª metade da vida pré-natal:

1ª fase (2º mês) - O pé se caracteriza por inclinação em equino, por adução das porções proximal e distal do pé, com o escafoide próximo ao maléolo medial; o plano inferior da perna, o eixo transversal do joelho e o plano do pé estão sobrepostos.

2ª fase (início do 3º mês) - O pé entra em rotação até se posicionar em supinação, porém permanece em flexão plantar a 90º; o 1º metatarsiano está em adução e os demais também estão em adução, porém em menor grau.

3ª fase (metade do 3º mês) - A inclinação em equino diminui ligeiramente, persistindo grande supinação e metatarso varo; o eixo maior do pé está perpendicular ao plano da parte inferior da perna.

4ª fase (4º mês) - O pé encontra-se em supinação

AGENDA DE EVENTOS SBOT-BA 2015

MÊS	DIA	EVENTO	LOCAL	CIDADE
MAIO	27	CIAO	PRÉDIO DA ABM	ONDINA - SALVADOR
JUNHO	12	JORNADA INTEGRAÇÃO	CAMPUS DA UFOB	BARREIRAS - BA
JULHO	09	CIAO	PRÉDIO DA ABM	ONDINA - SALVADOR
AGOSTO		JORNADA INTEGRAÇÃO	A DEFINIR	ILHÉUS - BA
SETEMBRO	03	CIAO	PRÉDIO DA ABM	ONDINA - SALVADOR
OUTUBRO	31	CBaOT 2015	HOTEL SOTERO	SALVADOR - BA

Obs: Informamos que os eventos acima listados podem sofrer alterações de data e local de sua realização.

média, com metatarso varo; o pé entra em rotação, em pronação, sobre seu eixo maior e os planos do pé e da parte inferior da perna alcançam gradualmente o posicionamento observado no adulto.

Anatomia Patológica

O TEV constitui deformidade congênita que compreende quatro elementos: 1) posição em equino do calcâneo; 2) posição em varo da porção posterior do pé; 3) adução e deformidade em varo da porção anterior do pé; 4) subluxação talonavicular.

Antes da ossificação do navicular, aos 2-3 anos de idade, somente os três primeiros elementos podem ser verificados radiograficamente.

Na avaliação anatomopatológica, determinamos alterações esqueléticas e alterações de partes moles.

Alterações Esqueléticas - A deformidade primária do TEV é o desvio medial ou plantar da parte anterior do tálus. No pé normal, o ângulo formado pelo maior eixo da cabeça e colo com o maior eixo do tálus é de 150-155°, enquanto que no TEV está diminuído de forma constante medindo 115-135°. Normalmente, a componente articular do tálus na articulação talonavicular se dirige para frente no plano frontal do corpo e, no TEV, se dirige medial e inferiormente. O tálus se encontra em posição em equino e as facetas articulares da sua superfície inferior estão bastante deformadas.

O contorno geral do calcâneo é o correto, com as facetas articulares orientadas normalmente no seu corpo; como estas facetas se articulam com as do tálus, o calcâneo está necessariamente deslocado, com inclinação em varo e equino e em rotação interna. As articulações talonavicular e calcaneocuboidea se encontram uma abaixo da outra, ao invés de lado a lado, devido ao deslocamento do calcâneo abaixo do tálus.

O navicular é menor do que o normal e, na sua superfície articular proximal, está inclinado para as superfícies medial e plantar do pé para articular-se

com a cabeça do tálus, que encontra-se desviada medialmente. Isto contribui para o encurtamento e aumento da concavidade do bordo medial do pé.

Na deformidade grave, o tálus se desloca muito no sentido medial e pode repousar sobre a porção anterior do maléolo medial; a porção pósterio-externa do calcâneo costuma estar em contato direto com a superfície posterior do maléolo lateral e o sustentáculo do tálus está em contato com a ponta do maléolo medial. Podem desenvolver-se articulações acessórias nestas três localizações.

Vale ressaltar que a tibia está essencialmente normal.

Alterações das Partes Moles - No TEV não há alterações primárias nos músculos, tendões, nervos ou vasos; as partes moles se adaptam e ajustam à deformidade esquelética. Nervos e músculos são normais do ponto de vista macroscópico e histológico. Os componentes de partes moles (pele, tecido adiposo, músculos, tendões, cápsulas, ligamentos, nervos e vasos) das superfícies medial e posterior do pé e do tornozelo estão encurtados. As contraturas das partes moles se classificam em:

- **Contraturas Posteriores** - A parte posterior da cápsula do tornozelo, articulação subtalar, ligamento calcaneofibular, ligamento talofibular posterior e músculo tríceps sural estão encurtados; as fibras internas do tendão calcâneo se inserem mais para dentro e para adiante no calcâneo.
- **Contraturas Internas** - Os ligamentos deltoideo, tibionavicular, calcaneonavicular e os tendões tibial posterior, flexor longo dos dedos e do hálux estão contraturados. O tendão tibial posterior, o ligamento deltoideo e calcaneonavicular inferior e a cápsula talonavicular estão fundidos numa densa massa de tecido cicatricial.
- **Contraturas Subtalares** - Incluem os ligamentos talocalcâneo interósseo e o ligamento bifurcado, que se estende desde o calcâneo até a borda

lateral do navicular e para o bordo medial do cuboide.

- Contraturas Plantares - Quando há deformidade em equino, acompanhada da parte distal do pé, a fásia plantar, abductor do hálux, flexores curtos dos dedos e abductor do 5º dedo estão encurtados.

Quadro Clínico

O grau e gravidade do TEV varia desde deformidade leve até uma em que os pés tocam o lado interno da parte inferior da perna. Pode ser rígido ou flexível.

No tipo rígido, a deformidade é grave, a planta é pequena e posicionada em varo. A pele está estirada e adelgada na superfície dorsolateral do tornozelo e proximal do pé. A deformidade é fixa, frequentemente acompanhada de atrofia da perna.

No tipo flexível, a deformidade é menos grave. Corrige-se, por manipulação, facilmente até posição neutra. Há pregas cutâneas na superfície dorsolateral do tornozelo e pé; a planta tem tamanho normal, e a perna tem circunferência normal ou ligeiramente atrofiada.

A parte proximal do pé aponta para baixo e levanta o tálus, que está desviado. Há pregas profundas na porção dorsal da articulação do tornozelo. A parte distal está em abdução e inversão. Com a inversão de todo o pé por debaixo da tálus e a adução da parte distal do pé, a cabeça do tálus é recoberta pelo tecido subcutâneo mais proeminente na superfície lateral e dorsal do pé. O maléolo lateral é mais proeminente que o medial. Os sulcos cutâneos são bem profundos no lado interno côncavo do pé.

Durante a dorsiflexão e eversão passivas do pé, pode-se palpar os músculos tríceps sural e tibial posterior, que encontram-se tensos. Também se percebe ligamentos e cápsula articular espessados e encurtados no lado medial do pé e na superfície posterior das articulações do tornozelo e subtalar.

Deve medir-se a circunferência e o comprimento das pernas, no sentido de avaliação do trofismo deste segmento.

Também deve-se examinar com muito cuidado o quadril em busca da subluxação ou luxação. Se verifica todas as outras articulações e extremidades para descartar a existência de artrogripose múltipla congênita. Se explora com cuidado a coluna vertebral em busca de anomalias e o mesmo se faz com o sistema neuromuscular para descartar enfermidade paralítica.

Se deixar sem tratamento o TEV, a deformidade aumentará progressivamente e as contraturas se tornarão mais rígidas. A criança carregará o peso no bordo lateral do pé e no maléolo fibular. A deambulação será difícil e a marcha grosseira. Logo aparecerão calosidades e bolsas dolorosas no bordo lateral do pé.

Achados Radiográficos

O valor primário das radiografias não se encontra no diagnóstico do TEV, senão na determinação do grau de deformidade em varo e equino e na demonstração da mecânica alterada da parte proximal do pé, como artefato de verificação precisa do grau de correção obtido.

Existe angulação medial da porção anterior do pé, revelada pelo deslocamento medial do navicular e do cuboide em relação ao tálus e ao calcâneo. A deformidade em inversão é demonstrada pela rotação medial do calcâneo sobre o tálus. O pé cavo está associado ao deslocamento posterior do calcâneo. A superfície posterior do segmento posterior do calcâneo situa-se próximo à tibia. O tálus projeta-se sobre o calcâneo, indo bem adiante dele anteriormente. A hipoplasia do osso tarsal e dos tecidos moles do pé frequentemente acompanha a deformidade.

No lactente, os centros de ossificação do tálus, calcâneo e cuboide estão desenvolvidos e visíveis nas radiografias. Entretanto, o centro de ossificação do navicular não aparece até os 2-3 anos. O diagnóstico intrauterino é possível através de ultrassonografia, e pode sugerir anormalidades correlatas, como oligodrâmnio, constrição uterina, banda amniótica, fenda palatina e cardiopatia congênita.

Determinadas linhas e ângulos obtidos nas radiografias anteroposterior (AP) e lateral (L) do pé são relevantes para a identificação da deformidade. Os mais úteis são os ângulos de Kite e o ângulo tálus - 1° metatarsiano (TPM). No TEV, o ângulo talocalcâneo AP de Kite é menor que 20°, o ângulo L é menor que 35° e o ângulo TPM é maior que 15°. Além dessas medidas, a incidência AP, no pé normal, revela o paralelismo dos metatarsianos, que TEV convergem a nível proximal. Da mesma forma, na determinação do ângulo talocalcâneo AP de Kite, as linhas normalmente cruzam o 1° e 4° metatarsianos; no TEV estas linhas se posicionam lateralmente.

Tratamento

O tratamento do *talipes equinovarus* (TEV) é eminentemente conservador e deve iniciar-se o mais rápido possível e, de preferência, imediatamente após o nascimento.

O diagnóstico correto da deformidade, documentando eventual presença de rigidez no médio e retro pé, deve ser feito, e os sinais da "síndrome do pé torto congênito" devem ser informados aos pais, bem como a modalidade mais adequada para o seu tratamento, incluindo uso de órteses e possíveis operações, assim como o seu tempo de duração.

A deformidade em varo da parte proximal do pé se corrige mediante impulso da planta em direção à posição de eversão com o polegar, conforme se aplica contrapressão medial à superfície dorso-

externa da cabeça do Tálus.

O tálus é o osso que merece toda a atenção. Ele é o ponto mais importante no tratamento do TEV pela técnica de Ponseti. Há muitos anos, mesmo antes das técnicas de imagens mais sofisticadas, já havia sido descrito que ocorria um desvio medial e plantar do navicular, do cuboide e do calcâneo ao redor do tálus.

A rigidez dos tecidos moles no lado medial foi demonstrada por Ippolito e Ponseti, que identificaram aumento nas fibras colágenas dos ligamentos e tendões no PTC.

Pés de crianças mais novas são mais fáceis de manipular. Atualmente o tratamento de escolha para o PTC é a técnica de Ponseti que se baseia na manipulação do pé com gessos inguinopodálicos seriados com trocas semanais. Essa talvez seja a única semelhança que a técnica guarda com o método de Kite, pois, num estudo comparativo entre as duas técnicas, a superioridade do método de Ponseti é notória. Cada deformidade é identificada e corrigida. Portanto, se faz mister que o Ortopedista lembre-se que o TEV se dá por deformidade em equino/varo/cavo/supinado.

No método de Ponseti, o fulcro usado para a abdução do pé é a cabeça do tálus, que deve ser palpada na parte lateral do pé. O tálus é fixado na articulação tibio-társica e todo o pé é levado em abdução progressiva, corrigindo-se a luxação talonavicular, o varismo e a adução simultaneamente, o que é outro ponto de diferença do método de Kite (método funcional proposto pela escola Francesa). Um ponto relevante a ser lembrado é que o cavismo deve ser corrigido no primeiro gesso, através de alongamento de estruturas plantares e sua manutenção em supinação do antepé em relação ao retro pé.

Quando não se obtém a correção do equinismo com as manipulações e trocas de gesso, indica-se a

tenotomia percutânea do tendão calcâneo. Então segue-se com mais um gesso por 21 dias e o uso da órtese se inicia. Aparelho de Denis-Browne em rotação externa de 70° e 10° de dorsiflexão em uso contínuo por três meses, seguido no período noturno até três a quatro anos de idade.

Existem várias técnicas cirúrgicas para a correção do TEV. Historicamente, o tratamento cirúrgico data do início do século passado, quando a tenotomia do tendão de Aquiles foi introduzida para a correção do pé torto congênito (1838 - Willian

Deltmold). A partir de então, a técnica cirúrgica vem se desenvolvendo baseada no estudo da sua etiopatogenia. Turco (1971), McKay (1977) e Simons (1985) atribuíram à patologia da articulação subtalar o fator principal do pé torto congênito, enquanto que Goldner enfatizava a necessidade do restabelecimento da relação tíbiotalar para a completa correção do pé torto.

Muito ainda se discute sobre o tratamento do PTC, mas há consenso quanto aos objetivos, que são a obtenção de um pé indolor, plantígrado e que

Nova Logomarca da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - Regional Bahia



Dr. Alan Eduardo Sanches

Como puderam perceber, a nossa Regional passou a utilizar em todos os seus documentos, correspondências e chamadas a nova logomarca desenvolvida pela SBOT nacional, com o objetivo de padronizar a imagem Institucional de nossa associação perante o público e a imprensa Brasil afora.

O modelo que utilizávamos foi desenvolvido durante a gestão do Dr. Alan Eduardo Sanches

dos Santos, eminente representante da Ortopedia na Assembléia Legislativa da Bahia, onde atua como Deputado Estadual em segundo mandato, e apreciada por todos por remeter de forma clara e simultânea, à imagem da Bahia e da Ortopedia.

A marca desenvolvida por nossa Regional atingiu todos os seus objetivos enquanto símbolo de nossa Especialidade em nosso Estado e ficará registrada em nossa história e com carinho em nossos corações!



Logomarca antiga



Nova logomarca



Novo Site da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - Regional Bahia

Prof. Dr. Alex Guedes

Presidente da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - Regional Bahia

contato:
alexguedes2003@yahoo.com.br

Como parte da programação prevista para o ano de 2015, nossa Regional tem o prazer de apresentar o seu novo *site*: www.sbotba.org.

Nele, apresentamos informações referentes às ações de nosso Sodalício, sua Diretoria, suas ações e Eventos e suas publicações, que incluem todas as edições de nosso Jornal, desde o seu 1.º ano de existência, disponíveis para *download* em arquivo .pdf – lembramos que temos encontra em seu 4.º ano de existência, tendo sido iniciado na gestão do Dr. Antonio Sérgio Sousa Passos, em 2012.

Além disso, como especial novidade, temos disponível o mapeamento dos sócios pelos Núcleos Regionais de Saúde – NRS, do Estado da Bahia. A divisão entre Macrorregiões e Microrregiões de Saúde foi descontinuada segundo [Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011](#), e, em seu lugar, foram criados os Núcleos Regionais de Saúde – NRS, que determinam as estratégias referentes à distribuição da administração, investimento e implementação da Saúde em nosso Estado.

Página inicial

Página Publicações

Página Contato

Páginas "A SBOT - BA"

Página Associados



Tratamento Artroscópico da Rigidez do Cotovelo

Dr. Luis Alfredo Gómez Vieira

Chefe do Serviço de Ombro e Cotovelo do Hospital Português
Coordenador do Serviço de Ombro e Cotovelo das Obras Sociais Irmã Dulce

contato:
gomezvieira@hotmail.com

A rigidez de cotovelo pode resultar de trauma, espasticidade, coma, queimadura, sinovite, dentre outras. Ocorre entre 3 e 6 % nos pacientes que sofreram fratura supracondiliana do úmero e entre 33 e 100 % nos pacientes operados por fratura do segmento proximal do rádio.

Se o tratamento não cirúrgico for instituído precocemente, a fisioterapia e a utilização de órtese dinâmica podem resultar em melhora da amplitude articular do cotovelo.

Se o tratamento conservador falha, várias técnicas cirúrgicas são capazes de liberar as contraturas do cotovelo.

A American Academy of Orthopaedic Surgeons – AAOS, definiu como amplitude articular normal do cotovelo um arco de movimento de 0° a 146°.

Constituem indicações para tratamento cirúrgico:

- Menos de 30° de extensão do cotovelo;
- Extensão terminal dolorosa de menos de 30°;
- Contraturas do cotovelo com menos de 30° de extensão.

Desenvolvemos estudo visando avaliar os resultados da técnica cirúrgica artroscópica no tratamento da rigidez de cotovelo.

Os pacientes que foram submetidos ao tratamento artroscópico da rigidez de cotovelo tinham média de idade de 32,8 anos, variando entre 22 e 48 anos de idade.

As causas da rigidez foram variadas, com predomínio da etiologia traumática, com arco de limitação de movimento pré-operatório variando entre 30 e 60 graus.

Os pacientes foram encaminhados para fisioterapia e liberados para atividades de vida diária, de acordo com seu limiar de dor.

A avaliação clínica dos pacientes no período pós-operatório baseou-se no escore UCLA (University of Califórnia at Los Angeles).

Observamos bons e excelentes resultados em todos os casos avaliados, com escore UCLA médio de 33,8 pontos, variando entre 31 e 35 pontos no seguimento pós-operatório de 22 meses.

Todos os pacientes operados encontram-se satisfeitos com os resultados do tratamento alcançando arco de movimento funcional.

O ganho em amplitude na extensão da articulação do cotovelo variou entre 25 a 55 graus.

Houve algumas complicações pós-operatórias como dor acentuada, fistula e acúmulo de líquido intra-articular, logo solucionadas, sem comprometer o resultado pós-operatório final.

Ao fim desta avaliação concordamos que se o tratamento não-cirúrgico for instituído precocemente com fisioterapia e órtese dinâmica, pode resultar na melhora no arco de movimento do cotovelo. Todos os casos por nós tratados e conduzidos, nenhum destes pacientes obteve resultados, nem mesmo satisfatórios, com a fisioterapia sem a cirurgia.

Técnicas cirúrgicas são capazes de liberar as contraturas do cotovelo. Destas, a liberação artroscópica mostrou-se um procedimento realmente efetivo. Todos os nossos pacientes resultaram com bons e excelentes resultados. A técnica artroscópica possibilita a visualização e tratamento de lesões intra-articulares associadas promovendo retorno precoce às atividades.

Dentre as desvantagens inerentes à artroscopia no cotovelo, o risco de lesão neurovascular durante a realização dos portais é uma das mais temíveis. Todas as nossas complicações foram temporárias, não deixando sequelas.

A artroscopia mostrou-se técnica de menor agressão cirúrgica, eficiente na promoção do alívio da dor com correção da deformidade e recuperação do arco de movimento em curto espaço de tempo constituindo um excelente recurso no tratamento da rigidez do cotovelo.

Referências

1. Glynn JJ, Niebauer JJ. Flexion and extension contracture of the elbow: Surgical management. Clin Orthop 1976;117:289-91.
2. Hoffer MM, Brody GG, Ferlic FF. Excision of heterotopic ossification about elbows in patients with thermal injury. J Trauma 1978;18:667-70.
3. Nowicki KD, Shall LM. Arthroscopic release of a posttraumatic flexion contracture in the elbow: A case report and review of the literature. Arthroscopy 1992;8:544-47.
4. Andrews JR, Carson WG. Arthroscopy of the elbow. Arthroscopy 1985;1:97-107.
5. Henrikson B. Supracondylar fracture of the humerus in children. A late review of end-results with special reference to the cause of deformity,

- disability and complications. Acta Chir Scand Suppl. 1966;369:1-72.
6. Wedge JH, Robertson DE. Displaced fractures of the neck of the radius in children. In: Proceedings of the Canadian Orthopaedic Association. J Bone Joint Surg Br 1982;64:256.
 7. Green DP, McCoy H. Turnbuckle orthotic correction of elbow-flexion contractures after acute injuries. J Bone Joint Surg Am 1979;61:1092-95.
 8. Hepburn GR, Crivelli KJ. Use of elbow dynasplint for reduction of elbow flexion contracture. J Orthop Sports Phys Ther 1984;5:269.
 9. Morrey BF. Post-traumatic contracture of the elbow. Operative treatment, including distraction arthroplasty. J Bone Joint Surg Am 1990;72:601-18.
 10. Kim SJ, Kim HK, Lee JW. Arthroscopy for limitation of motion of the elbow. Arthroscopy 1995;11:680-83.
 11. Phillips BB, Strasburger S. Arthroscopic treatment of arthrofibrosis of the elbow joint. Arthroscopy 1998;14:38-44.
 12. Kraushaar BS, Nirschl RP, Cox W. A modified lateral approach for release of posttraumatic elbow flexion contracture. J Shoulder Elbow Surg 1999;8:476-80.
 13. Morrey BF. Surgical treatment of extraarticular elbow contracture. Clin Orthop 2000;370:57-64.
 14. Wilner P. Anterior capsulectomy for contractures of the elbow. J Intern Coll Surg 1948;11:359.
 15. Morrey BF, Askew LJ, An KN, et al. A biomechanical study of normal functional elbow motion. J Bone Joint Surg Am 1981;63:872-77.
 16. Noojin FK, Savoie III FH, Field LD. Arthroscopic release of the stiff elbow. Tech Shoulder Elbow Surg 2001;2:17-25.
 17. Ellman H, Hanker G, Bayer M. Repair of the rotator cuff. End-result study of factors influencing reconstruction. J Bone Joint Surg Am. 1986;68:1136-44.
 18. Smith AM, Castle JA, Ruch DS. Arthroscopic resection of the common extensor origin: anatomic considerations. J Shoulder Elbow Surg 2003;12:375-9.
 19. Kalainov DM, Cohen MS. Posterolateral rotatory instability of the elbow in association with lateral epicondylitis. A report of three cases. J Bone Joint Surg Am 2005;87:1120-5.

CIAO - TUMOR

Horário: 19h30min.

Local: Rua Baependi, nº 162

Ondina Auditório Domingos Coutinho - Prédio da ABM

DIA
27/05
19:30



Palestrante	Tema	Apresentação
Dr. Fernando Brasil - PA	Abordagem inicial do paciente portador de tumor ósseo.	Caso Clínico
Dr. Fabrício Chiesa - DF	Tumores ósseos benignos	Caso Clínico
Dr. Rogério Andrade - GO	Tumores ósseos malignos	Caso Clínico

Realização



Apoio



Organização



71.9613-8007

EXPEDIENTE



Presidente:

Alex Guedes

1º Vice-presidente: Daniel Figueiredo De Alencar

2º Vice-presidente: Rogério Jamil Fernandes Carneiro

1º Secretário: Luis Alfredo Gómez Vieira

2º Secretário: Fábio Silveira Matos

1º Tesoureiro: Robson Rocha Da Silva

2º Tesoureiro: Adriano Fonseca Silva

Conselho Fiscal:

Dr. Fernando Cal Garcia Filho

Dr. Daniel Sadigursky

Delegados:

Dr. Antonio Marcos Ferracini

Dr. Marcos Antonio Almeida Matos

Dr. Antonio Sérgio Sousa Passos

Dr. Luis Wolfovitch