

JORNAL SBOT-BA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - BAHIA
ANO 5 - Nº 11 - OUTUBRO DE 2016 - SALVADOR - BAHIA

DISCUSSÕES

CASOS

JORNADAS

CONGRESSOS



Controle do Sangramento na
Artroplastia Total do Joelho.

pág. 03



Relato De Caso: Tratamento
Da Gangrena De Fournier
Na Cintura Escapular

pág. 06

A SBOT - Regional Bahia realiza o XVII Congresso Baiano de Ortopedia e Traumatologia

Realização:



XVII CBaOT

Organização e Produção:



Congresso Baiano de Ortopedia e Traumatologia



I Jornada Baiana de Patologia do Quadril

21 e 22 de outubro, no Sheraton da Bahia Hotel

Convidados Nacionais:



**Dr. Ademir Antônio
Schuroff (PR)**

Médico Chefe do Grupo
de Quadril do Hospital
Universitário Cajuru
(HUC) PUCPR



**Dr. Benno
Ejnisman (SP)**

Chefe da disciplina de
medicina esportiva da
UNIFESP/EPM



**Dr. Raul Carneiro
Lins (PE)**

Médico assistente do
grupo de cirurgia do
quadril do Hospital das
Clínicas - UFPE

Este ano apresentando a I Jornada Baiana de Patologia do Quadril _____pág. 05



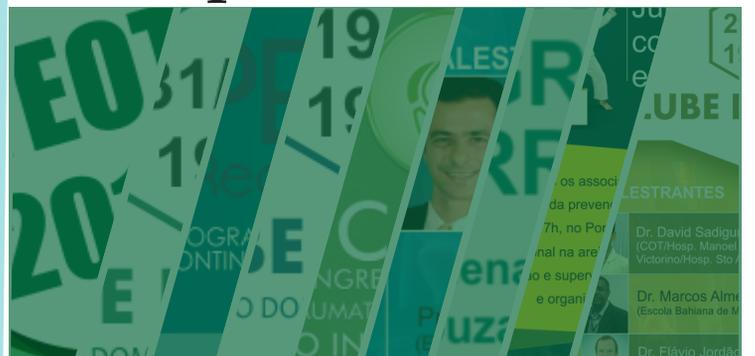
Palavra do Presidente

Encerramos esse anuênio com diversos desafios enfrentados. Com a crise econômica vigente houve uma diminuição abrupta na capacidade de atrair patrocinadores para os mais diversos cursos, jornadas, palestras e especialmente para o nosso congresso.

pág. 02

Retrospectiva 2016

pág. 10





Dr. Daniel Figueiredo de Alencar

Especialista em trauma ortopédico e cirurgia do quadril
Membro da SBOT, SBQ, SBTO, AOTrauma e AAOS
Diretor Geral e Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Manoel Victorino

Palavra do Presidente

Estimados Colegas,

Encerramos esse ano com diversos desafios enfrentados. Com a crise econômica vigente houve uma diminuição abrupta na capacidade de atrair patrocinadores para os mais diversos cursos, jornadas, palestras e especialmente para o nosso congresso. Entretanto, graças a colaboração de todos os ortopedistas que compuseram junto comigo a chapa SBOT 2016, os nobres colegas Rogério Jamil, Nivaldo Filho, Adriano Viveiro, Alexandre Meirelles, Alex Guedes e Luiz Jordan, conseguimos concretizar com êxito todas as nossas metas estipuladas para esse desafiador ano.

Cito com júbilo, os Clubes do Osso, muito bem coordenados pelo colega Marcos Almeida, as jornadas do interior, como as de Barreiras e de Vitória da Conquista, organizadas pelos colegas Nivaldo Filho e Umberto Castro Alves, respectivamente. Além disso, tivemos a aula de revisão para o TEOT e as Olimpíadas da Prevenção.

Em relação ao XVII evento máximo no âmbito do estado da Bahia, que será realizado no Hotel Sheraton nas datas de 21 e 22 de outubro do corrente ano, conseguimos, com as expertises dos colegas David Sadigurski e dos demais supramencionados, organizar uma grade científica ampla e com 03 convidados renomados no cenário da ortopedia Brasileira, os Doutores Ademir Antônio Schuroff (PUC-PR), Benno Ejnisman (UNIFESP) e Raul Carneiro (UFPE). E em paralelo ao nosso congresso, teremos também a I Jornada Baiana de Patologia do Quadril, abordando os temas mais atuais e controversos.

Finalizando a nossa programação anual, teremos o CIAO em novembro, evento já consagrado no nosso estado e que conta sempre com um público expressivo de participantes e entregaremos até o final do ano o quadro de ex-presidentes da SBOT-BA para registro histórico da nossa querida e atuante regional.

Gostaria de agradecer aos diversos colaboradores, entre eles a nossa estimada secretária administrativa, a Sra Emmanuelle, e a prestigiosa empresa de eventos, a Qualité.

Bom evento a todos!

AGENDA OFICIAL DE EVENTOS - SBOT NACIONAL

48º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia	MG	17/11/2016
37º Congresso Brasileiro de Cirurgia da Mão	MG	30/03/2017
Congresso Sulbrasileiro de Ortopedia	PR	20/04/2017
XXIII Congresso Brasileiro de Trauma Ortopédico	DF	11/05/2017
18º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé	RS	18/05/2017
Congresso do Instituto de Ort. e Traum. da FMUSP – CIOT 2017	SP	26/05/2017
Congresso Brasileiro SBRATE	PR	18/08/2017



Dr. David Sadigursly

contato: davidsad@gmail.com

David Sadigursky
Preceptor do Centro de Especialização em Ortopedia e
Traumatologia do COT (CEOT, COT). Coordenador da Residência do
Hospital Manoel Victorino e Supervisor da Residência do Hospital Santo Antônio - OSID.

Controle do Sangramento na Artroplastia Total do Joelho

A artroplastia, assim como qualquer procedimento cirúrgico, é passível de uma series de complicações no período pós-operatório, tendo como maior exemplo a perda excessiva de sangue que se relaciona com internações prolongadas, aumento de custos e conseqüente diminuição da satisfação do paciente. Os estudos têm demonstrado que o anemia pós-operatória está relacionada com o aumento nas taxas de complicações. A necessidade da transfusão sanguínea está associada com um maior risco de infecção, recuperação funcional mais lenta, aumento da morbidade dos pacientes, assim como um aumento dos custos hospitalares (Levine et al, 2014).

A perda sanguínea estimada no intra e pós-operatório pode variar de 800ml a 1700ml, o que se chama a atenção para a necessidade de se desenvolver técnicas que minimizem o sangramento e conseqüentemente a necessidade de transfusão e seus riscos associados (Sehat et al, 2004)

Com o objetivo de minimizar o sangramento no período intra e pós-operatório, assim como suas complicações associadas, algumas alternativas estão constantemente sendo estudadas.

A prevenção deve começar no período pré-operatório, com a suplementação de vitaminas e sais minerais para otimizar os níveis de Hemoglobina e contagem de células vermelhas.

Os métodos preventivos no intra-operatório mais utilizados são: administração de ácido tranexâmico (AT) tanto venoso quanto tópico, a adrenalina, uso da cola de fibrina, uso do Floseal®, autotransfusão, dentre outros.

Já no período pós-operatório não utilização do dreno de sucção tem sido associado com uma melhora dos níveis de contagem sanguínea e redução na taxa de transfusão, as has stated Dr. Edwin Su (CCJR 2014). Sistemas de reinfusão também podem ser utilizados, em grandes centros que possuam esta tecnologia, para aumentar os níveis de hemoglobina, principalmente nos casos de ATJ bilateral.

A utilização do ácido tranexâmico vem ganhando espaço crescente nos serviços de cirurgia ao redor do mundo. Diante disso, inúmeros trabalhos têm demonstrado a eficácia clínica do uso do AT na redução da perda sanguínea na artroplastia total do joelho. A literatura atual carece de consenso quanto à dosagem ideal de AT, a frequência e o tempo de administração mais eficaz.

Em nossa instituição, realizamos uma revisão sistemática com a seleção de artigos científicos nos últimos 10 anos, que analisassem a eficácia do AT em artroplastia de joelho. Na primeira busca realizada foram localizados 59 artigos dos quais 7 ensaios clínicos randomizados preencheram os critérios de inclusão e foram selecionados, com um tamanho total da amostra 948 pacientes. Após a análise e comparação entre os estudos incluídos neste trabalho podemos concluir que o uso do AT na artroplastia total do joelho, sendo uni ou bilateral, reduz a perda de sangue no peri e no pós-operatório de forma significativa quando comparados a outros antifibrinolíticos utilizados. Com a redução da perda total de sangue, tendo diminuída a taxa de hemoglobina e hematócrito, e a necessidade de transfusões sanguíneas sem qualquer aumento dos efeitos colaterais, sem aumentar os riscos de eventos

tromboembólicos. Sendo assim, a utilização do uso do ácido tranexâmico é segura para utilização durante a ATJ.

OAT, agente antifibrinolítico sintético, apresenta em sua fórmula o isômero trans do 4-amino-metil-ciclohexano carboxílico (Transamin[®]), derivado sintético do aminoácido lisina, que age através da competição, inibindo a ativação do plasminogênio a plasmina. Esta fórmula possui forte atração pelo sítio de ligação da lisina no plasminogênio e na plasmina, inibindo assim por competição a ativação e ação da plasmina. Sua ação se baseia fundamentalmente na lentificação do processo de fibrinólise (potente inibidor da ação fibrinolítica da plasmina), fase posterior a formação do coágulo, tendo o tempo de dissolução da rede de fibrina alargado, preservando assim o coágulo, sem resultar na ativação da cascata de coagulação (Dunn & Goa, 1999). Estas propriedades aumentam a eficiência hemostática da substância, reduzindo a intensidade e os riscos de sangramento em procedimentos cirúrgicos, traumatismos e doenças com tendência a sangramento. O AT apresenta absorção rápida, aproximadamente 90% de uma dose intravenosa é excretada pela urina em 24 horas, meia-vida plasmática de aproximadamente 2 horas, mantendo níveis terapêuticos por 6-8 horas (Kim, 2014).

Diferentes dosagens e método de aplicação do AT podem ser encontrados na literatura, podendo ser demonstrado na tabela 1, pelos estudos RCTs encontrados.

Baseado na metanálise realizada por Tan et al em 2013, em nossa instituição, o AT é administrado na dose de 10mg/Kg antes de insuflar o garrote, repetindo a dose logo antes da sua retirada. Nova dose poderá ser aplicada após seis horas do final da cirurgia, para potencializar a hemostasia no período pós-operatório (Maniar et al, 2012).

Quando comparado o uso do ácido tranexâmico intravenoso com a cola de fibrina e com a hemostasia utilizando o Tissucol[®] (fibrinogênio e trombina). Os resultados desse estudo revelou uma menor perda de sangue no grupo que utilizou o ácido tranexâmico para hemostasia quando comparado com o uso do Tissucol[®]. O uso da cola de fibrina com o AT não obteve nenhum benefício. Nenhuma complicação foi relatada (Aguilera et al, 2013). Reinhardt et al (2013) demonstrou uma melhora significativa na hemostasia com o uso do selante de fibrina aplicado nos tecidos moles e superfícies ósseas ao redor do joelho, principalmente em locais mais difíceis de cauterizar

com o eletrocautério convencional.

A aplicação tópica do AT, que também encontra diferentes métodos em sua aplicação, vem ganhando popularidade devido à preocupação existente quanto à segurança do TA aplicado por via endovenosa. Desde que, a aplicação tópica atua diretamente na fonte do sangramento, pode ser considerado um método seguro e eficaz, diminuindo os efeitos sistêmicos. Em uma metanálise, Panteli et al (2013) confirmou a eficácia e segurança do AT tópico, utilizando a dosagem entre 500mg a 3g de AT associado a solução salina entre 5ml a 100ml. Formas de aplicação tópica variam bastante entre os autores, sendo as mais encontradas, a aplicação do AT por 5min antes da retirada do garrote e 3 a 5 min no final da operação. A dosagem acima de 2g de TA tópico tem se mostrado mais eficiente em reduzir a transfusão sanguínea no pós-operatório. (Dang and Schwarzkopf, 2013)

Apesar do uso do AT tanto por via endovenosa quanto tópica, o sangramento no pós-operatório na ATJ continua como uma questão ainda a ser solucionada. Novos agentes deverão ser produzidos com maior eficácia, reduzindo ainda mais as taxas de transfusão.

A quantidade de estudos publicados atualmente, com grande número de RCTs e revisões sistemáticas nos dão respaldo para a sua utilização do AT, devendo ser aplicado de forma mais ampla entre os serviços. Mais estudos deverão ser conduzidos no intuito de padronizar a dose ideal a ser aplicada, frequência e tempo de administração..

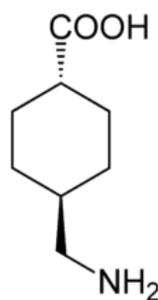


Figura 1. Estrutura química do ácido tranexâmico. (Dang and Schwarzkopf, 2013)

Autor e ano de Publicação	Tipo de intervenção
Aguilera X e cols, 2013	Uso de cola de fibrina, fibrinogênio com troponina e ácido tranexâmico intravenoso
Pachauri e cols, 2013	02 doses de ácido tranexâmico, injeção, primeira dose uma hora no pré-operatório e seis horas no pós-operatório
Kim TK e cols, 2013	01 dose antes da incisão e uma dose (10mg.kg ⁻¹) de ácido tranexâmico antes da deflação do torniquete
Roy SP e cols, 2012	Uso do ácido tranexâmico, 5ml, administrado intra-articular após o procedimento
Wong J e cols, 2010	Uso do ácido tranexâmico 1,5 a 3,0g aplicado na articulação durante cinco minutos no fim da cirurgia
Kankar PN e cols, 2009	Uso do ácido tranexâmico 10mg.kg ⁻¹ pouco antes da inflação do torniquete seguida de 1mg.kg ⁻¹ até o fim do procedimento
Camaras e cols, 2006	Ácido tranexâmico 10mg.kg ⁻¹ intravenoso, pouco antes do torniquete desinflado e três horas mais tarde ou uso do ácido epsilon-aminopropico 100mg.kg ⁻¹

Tabela 1. Tipo de intervenção dos artigos.

XVII Congresso Baiano de Ortopedia e Traumatologia. Programação 21 e 22/10:

DIA 21/10 – sexta-feira:

13:00 Brauch

13:30 ABERTURA Presidente Da SBOT Bahia – Dr. Daniel Alencar e membros da Diretoria.

MÓDULO PEDIÁTRICA COORDENADOR: Dr. Marcos Almeida

13:40 Doenças Osteometabólicas na Infância Dr. Marcos Almeida

13:48 Atualização em Displasia do Desenvolvimento do Quadril Dr. Fábio Matos

13:56 Atualização em Doença de Legg-Calvé-Perthes Dr. Guillermo Tierno

14:04 Osteotomias de Dunn Modificada: O que aprendemos até hoje? Dr. Flávio Jordão Discussão

MÓDULO OMBRO COORDENADOR: Dr. Nivaldo Cardozo

14:10 Lesões do ombro no atleta Dr. Benno Ejnisman (SP)

14:20 MESA REDONDA: Fraturas da Cintura Escapular MODERADOR: Dr. Benno Ejnisman (SP) DEBATEDORES: Dr. Rogério Jamil; Dr. Marcos Pimentel; Dr. Raimundo Lisboa; Dr. Luis Marcelo Leite; Dr. Carlos Alberto Santanna, Dr. Márcio Leandro.

MÓDULO MÃO COORDENADOR: Dr. Tiago Dórea

15:00 Transferências tendinosas para mão e punho Dr. Henrique Schneiter

15:10 MESA REDONDA - Lesões Traumáticas no Punho e na Mão MODERADOR: Dr. Enilton Mattos DEBATEDORES: Dr. Jose Silvano; Dr. Paulo Fiuza; Dr. Henrique Schneiter; Dr. Marius Wert; Dr. Renato Gonçalves. MÓDULO COLUNA COORDENADOR: Dr. Carlos Henrique Araujo Silva

15:50 Balanço Sagital na Coluna Dr. Glauco Landim

16:00 MESA REDONDA: Escoliose e Fratura Toracolombar MODERADOR: Dr. Sérgio Murilo DEBATEDORES: Dr. Tiago Argolo, Dr. Rogério Vargas, Dr. Carlos Henrique, Dr. Fabrício Chies, Dr. Rony Brito.

MÓDULO TUMOR COORDENADOR: Dr. Rogério Gouvea

16:40 MESA REDONDA - Fratura patológica / Metástase Óssea MODERADOR: Prof. Dr. Alex Guedes DEBATEDORES: Dr. Bruno Barreto, Dr. Luciano Cavalcante, Dr. Rodrigo Martins, Dr. Rogério Gouvea.

17:20 Coffee Break

DIA 22/10 – Sábado:

07:30 Coffee Break

08:00 ABERTURA Presidente da SBOT Bahia – Dr. Daniel Alencar

MÓDULO PÉ E TORNOZELO COORDENADORA: Dra. Janice Guimarães

08:10 Tendinopatia de Aquiles Dr. Túlio Marçal

08:20 MESA REDONDA - Patologias do Antepé MODERADOR: Dr. Marcus Moreno DEBATEDORES: Dr. Fernando Delmonte, Dr. Daniel Jones, Dr. Leonardo Rodrigues, Dr. Rafael Kulka, Dr. Daniel Sadigursky

MÓDULO JOELHO COORDENADOR: Dr. Gustavo Azi

09:00 Atualização em Lesões Multi-Ligamentares Dr. Aloísio Carneiro

09:10 MESA REDONDA - Tratamento da Lesão do Ligamento Cruzado Anterior com Lesões Associadas – Menisco, Cartilagem e Deformidades. MODERADOR: Dr. Luiz Carlos Menezes DEBATEDORES – Dr. Wilson Vasconcelos, Dr. Carlos Henrique, Dr. Paulo Colavolpe, Dr. Vinícius Aleluia, Dr. Marzo Nunes, Dr. Gustavo Azi, Dr. Gustavo Dorea, Dr. Marcelo Passos.

MÓDULO TRAUMA: COMPLICAÇÕES / PSEUDOARTROSE

COORDENADOR: Dr. Adriano Viveiros 09:50 MESA REDONDA - Atualização no Tratamento das Pseudoartroses de MMII MODERADOR: Dr. Marcos Ferracini DEBATEDORES: Dr. Pedro Bastos, Dr. George Carvalho Brito, Dr. Washington Damasceno, Dr. Flávio Jordão, Dr. Marcelo Passos, Dr. Fabiano Costa, Dr. Ricardo Valença.

10:30 Qualidade do Regenerado Ósseo Dr. Adriano Viveiros

10:40 Coffee Break - Votação Chapa 2017

I JORNADA BAIANA DE PATOLOGIA DO QUADRIL

MÓDULO I: Artroplastia Total do Quadril de Revisão – Minha Experiência COORDENADOR: Dr. Gildásio de Cerqueira Daltro

11:00 Prótese de Fixação Distal Dr. Ademir Antônio Schuroff (PR)

11:10 Enxerto Impactado Dr. Henrique Gonçalves Discussão

11:20 MESA REDONDA - Artroscopia de Quadril : Técnicas, Desafios, Avanços e Resultados MODERADOR: Dr. Raul Carneiro Lins (PE) DEBATEDORES: Dr. Mauro Ferreira, Dr. Vinicius de Brito Rodrigues, Dr. Vitor Magalhães, Dr. Lauro Magalhães e Dr. Davi Veiga.

MÓDULO II: Artroplastia Total do Quadril - Como Eu Faço COORDENADOR: Dr. André Cantão

11:50 MESA REDONDA - Artroplastia Total do Quadril: Como Eu Faço MODERADOR: Dr. Alexandre Vasconcelos de Meirelles DEBATEDORES: Dr. Antonio Marcos Ferracini, Dr. Luis Shiper, Dr. Alan Chagas Silva, Dr. Uirassu Batista Sobrinho, Dr. Marcos Lima, Dr. Luis Gustavo Seixas e Dr. Guillermo Oscar Hernandez Tierno.

12:20 ATQ em fraturas desviadas do acetábulo Dr. Ademir Antônio Schuroff (PR)

12:30 PLENÁRIA - CONTAGEM DOS VOTOS - ENCERRAMENTO



Dr. Nivaldo Souza Cardozo Filho

contato: nicfilho@hotmail.com

Coordenador do grupo do ombro e cotovelo do Hospital Manoel Victorino (HMV), Salvador - BA

Relato De Caso: Tratamento Da Gangrena De Fournier Na Cintura Escapular

Cardozo Filho N¹, Patriota G², Falcão R³, Maia R⁴, Alencar D⁵, Daltro G⁶

1. Coordenador do grupo do ombro e cotovelo do Hospital Manoel Victorino (HMV), Salvador - BA; 2. Médico residente em ortopedia e traumatologia do HMV;

3. Médico residente em ortopedia e traumatologia do Hospital do Subúrbio, Salvador-BA ; 4. Preceptor do grupo do ombro e cotovelo do HMV;

5. Diretor geral do HMV; 6. Professor Livre Docente em Ortopedia da Faculdade de Medicina da Bahia – UFBA.

Palavra-chave: “Fournier's gangrene”, “Shoulder”, “Necrotizing fasciitis”, “Chest”

Introdução

A fasciite necrotizante (FN) ou Gangrena de Fournier é uma infecção rara e com importante ameaça a vida causada por microorganismos aeróbios e/ou anaeróbios que, atuando de maneira sinérgica, acometem tecido subcutâneo e fáscia com trombose da microcirculação e consequentemente necrose rapidamente progressiva da pele na região acometida, chegando a taxas de evolução de 2-3cm/h^{1,2,3,4}.

Relatos de casos envolvendo a região do ombro e cintura escapular são incomuns, sendo na maioria dos casos desenvolvidos por contiguidade de lesões nos braços ou tórax. O relato de caso da nossa paciente tem particular importância por tratar-se de um caso de Gangrena de Fournier após fratura fechada da clavícula. A paciente foi informada e consentiu a publicação do caso.

Relato do caso

Uma paciente do sexo feminino, 42 anos, previamente hígida, foi vítima de acidente motociclístico e atendida em unidade hospitalar no interior da Bahia. Recebeu atendimento inicial, sendo submetida a exames de imagem e diagnosticado uma fratura do 1/3 médio da clavícula direita com desvio >2,0cm (figura 1).



Figura 1 : Radiografia após o trauma constatado escoriações no ombro direito. Não

apresentava deformidade aparente, déficit neurovascular ou iminência de exposição óssea no local da fratura. Foi medicada (analgesia) para casa, porém sem a orientação quanto ao uso de tipóia e seguimento terapêutico com especialista.

Duas semanas após a data do trauma, ainda na cidade de origem, a paciente passou a cursar com dor e hiperemia local, necessitando de internamento hospitalar. Evoluiu com picos febris, edema, ponto de flutuação da pele na região da clavícula direita, seguido de drenagem de secreção purulenta por pequeno

orifício. Foi submetida a drenagem de abscesso e lavagem com soro fisiológico 0,9% na enfermaria no décimo sétimo dia após o trauma, com saída de secreção purulenta no hospital de origem. Não houve coleta de culturas (figura 2). Apresentava Leucograma 12.000/mm³ (3% de bastões), VHS 25mm/h e PCR 11mm/dL; Foi realizado profilaxia antitetânica (dT) e iniciado antibioticoterapia endovenosa com ceftriaxone 1g 12/12h, metronidazol 500mg 08/08h e clindamicina 600mg 08/08h (tabela 1).

Paciente foi admitida no nosso serviço em Salvador/BA após 25 dias do trauma, via regulação SUS, com lesão extensa em hemitórax direito, toxemiada, séptica (FC: 110bpm, FR: 26irpm, Tax: 38,5°C), exposição óssea da clavícula e com extensa necrose da pele envolvendo base do pescoço e hemitórax esquerdo. Não apresentava alterações neurovasculares (figura 3).



Figura2: Evolução da lesão durante internamento em hospital no interior da Bahia

Exames da admissão: leucograma: 21.000/mm³ (5% de bastões), VHS 44mm/h, PCR 20mm/dL, creatinina 1,3mg/dL, Uréia 48mg/dL e CPK 900U/L (tabela 1). Ressonância Magnética do tórax evidenciou extenso processo inflamatório na região anterior do tórax, sem acometer planos profundo, e a RNM do pescoço não apresentou alterações. A paciente foi internada em UTI para estabilização clínica e foi acionado acompanhamento multidisciplinar.

A equipe da infectologia solicitou debridamento cirúrgico para coletar culturas (tecido ósseo) e modificou a antibioticoterapia em uso, introduzindo meropenem 1g 8/8h e vancomicina 1g 12/12h.



Figura 3: Lesão da pele na admissão na unidade terciária em Salvador/BA

A equipe da cirurgia plástica abordaria a lesão em um segundo tempo cirúrgico após melhora do leito torácico e controle da infecção.

No 2º dia de internação na UTI, ainda com quadro séptico, a paciente apresentava-se com sinais de osteólise na área de exposição da clavícula e aumento da área necrótica, sendo então optado pela ressecção da clavícula direita e debridamento agressivo de tecido desvitalizado no tórax (figuras 4 e 5). Culturas de tecidos moles e ósseo foram coletadas. A paciente cursou com importante melhora clínica após abordagem cirúrgica, tendo alta da UTI três dias após o procedimento. A paciente evoluiu na enfermaria com queda do leucograma e provas inflamatórias (tabela 1) e diminuição da secreção purulenta.



Figura 4: Radiografia do tórax após ressecção cirúrgica da clavícula.



Figura 5: Lesão após debridamento inicial

Tabela 1. Exames laboratoriais. Exame 1: Admissão hospitalar no interior da Bahia (2 semanas após o trauma); Exame 2: Admissão hospitalar em Salvador/BA (25 dias após o trauma); Exame 3: Após

	Leuco-grama	VHS	PCR	Uréia	Crea-tinina	CPK
Exame 1	12.000	25	11	-	-	-
Exame 2	21.000	44	20	44	1,3	900
Exame 3	13.000	32	15	38	1,1	700
Exame 4	7.600	18	10	38	1,1	300

debridamento e melhora clínica (27 dias após o trauma); Exame 4: Antes da enxertia (47 dias após o trauma).

O curativo especial passou a ser realizado no centro cirúrgico a cada 2 dias após o debridamento inicial. As bordas deixaram de evoluir com necrose, a área cruenta sem secreção purulenta e com tecido de granulação da lesão (figura 6). Os resultados finais

da cultura óssea e de tecidos moles foram negativas. No 20º dia após a ressecção da clavícula, com exames laboratoriais normalizados, foi realizada a enxertia de pele pela equipe da cirurgia plástica, evoluindo sem novos sinais de infecção e com alta hospitalar, mantendo acompanhamento ambulatorial. Após 60 dias da enxertia apresentou cicatrização completa da ferida (figura 7).



Figura 6: Lesão após último debridamento, antes da enxertia.



Figura 7: Lesão no ombro e tórax cicatrizada (3 meses após enxertia)

Discussão

A fasciite necrotizante apresenta uma variedade de sinônimos como: “Gangrena de Fournier”, “Gangrena hospitalar”, “Gangrena estreptocócica hemolítica”, dentre outros⁵. Trata-se de uma lesão rara, com relato de 500-1500 casos/ano nos EUA⁶. Não encontramos trabalhos demonstrando a incidência no Brasil. Estima-se uma incidência mundial de 0,4/100.000 pessoas, com maior acometimento do sexo masculino (3:1) e média de idade de 50 anos. Acomete qualquer região do corpo, porém há predomínio na região perineal. A média da mortalidade é 32,2%, podendo alcançar 100% dos casos não tratados⁷.

Inicialmente descrita como uma doença de causa desconhecida, sabe-se hoje que um processo patológico subjacente pode ser encontrado na maioria dos casos de Gangrena de Fournier embora ainda em um número expressivo dos pacientes a causa não possa ser determinada^{8,9,10}. Portanto uma investigação cuidadosa pode demonstrar a porta de entrada que pode ser localizada, sobretudo, no trato urogenital, no trato digestivo ou em afecções cutânea⁹. Em uma série de 1726 casos publicado por Eke em 2000, afecções cutâneas foi responsável por 24% dos casos⁹.

A comorbidade mais frequente é o diabetes melitus, com prevalência de 40-60%. Outras comorbidades comuns são: imunodeficiências, cirrose hepática, insuficiência cardíaca, obesidade, etilismo, lupus eritematoso sistêmico, doença de Addison, hipertensão e doença vascular periférica¹¹.

A Fasciite necrotizante pode ser classificada de duas formas. A FDA (Food and Drug Administration) classifica de acordo com as características microbiológicas: Tipo I – Mais comum (mais de 80% dos casos), com padrão polimicrobiano por aeróbios/anaeróbios (*streptococos*, *staphilococos*, *enterococos*, bacterióides); Tipo II – monomicrobiano (*S. aureus* ou mais comumente por *Streptococcus* Beta-hemolítico do grupo A), com lesões menos agressivas, sendo responsável por 10-15% dos casos; Tipo III – FN e mionecrose gasosa causada por *Clostridium perfringens*, responsável por menos de 5% dos casos¹². Féres et al propuseram

Tabela II: Classificação anatômica da área de necrose e correlação com mortalidade na Gangrena de Fournier (Féres et al.¹³)

Grupos	Descrição	Mortalidade (%)
Grupo I	Necrose do períneo anterior, escroto e pênis ou vulva.	12,5
Grupo II	Grupo I + períneo posterior, região perianal até 7 cm de diâmetro, reto e gordura periretal.	34
Grupo III	Grupo II + região sacral, glúteo, região inguinal e necrose do pênis.	37
Grupo IV	Grupo III + parede abdominal, região suprapúbica, flanco, parede torácica, região axilar e retro peritônio.	68,75

uma classificação anatômica da extensão da área de necrose e correlacionou com mortalidade, sendo 4 grupos com gravidade crescente, no qual o grupo I apresentou 12,5% de mortalidade, enquanto o grupo IV apresentou 68,75% (**tabela II**)¹³.

A Gangrena de Fournier é uma urgência médica, com diagnóstico clínico e deve ser suspeitado o mais breve possível para início do tratamento precoce por conta da gravidade e velocidade de evolução. A tríade clássica é dor, edema e eritema local, sendo a febre e taquicardia os sinais vitais mais frequentes¹¹. Essa clínica pode evoluir rapidamente com tecidos necróticos e bolhas hemorrágicas¹¹. Podem apresentar alterações laboratoriais como leucocitose (>20.000 cel/mm³), uréia >18mg/dL, creatinina sérica > 1,2 mg/dL, PCR >16 mg/dL e CPK > 600 U/L¹⁴. Exames de imagens também podem ser utilizados complementarmente como radiografias (formação gasosa, porém com baixa sensibilidade e especificidade), ultrassonografia, tomografia computadorizada (extensão da lesão e formação gasosa) e a ressonância magnética (maior acurácia, porém com maior custo)¹⁵. A cultura do tecido debridado é importante para nortear a antibioticoterapia¹¹.

Como descrito por Shivswamy *et al*, o tratamento para Gangrena de Fournier consiste em debridamento radical dos tecidos necróticos, drenagem, antibioticoterapia por cerca de 4-6 semanas (inicialmente de forma empírica com ampicilina ou ampicilina/sulbactam combinado com metronidazol ou clindamicina e descalonada guiada por cultura) e boa estabilização hemodinâmica do paciente¹⁶. Estudos recentes ratificam a importância da oxigenoterapia hiperbárica como tratamento

adicional ao debridamento do tecido necrótico, pois inibem a proliferação de bactérias anaeróbias, acelerando o controle da infecção e regeneração tecidual^{16,17}. O uso de curativo com dreno à vácuo tem mostrado-se benéfico no seguimento após o debridamento, devendo ser trocado a cada 24-72h¹⁸. A profilaxia antitetânica deve ser realizada¹⁹, porém o uso de imunoglobulinas como neutralizante de toxinas do *Streptococcus* ainda necessita de ensaios clínicos randomizados controlados para comprovação da eficácia²⁰. Após estabilização clínica e ausência de sinais infecciosos na ferida deve ser realizado cirurgia reconstructiva com enxertia e retalhos pela cirurgia plástica²¹.

O relato de caso com desenvolvimento de Fasciite necrotizante após uma fratura fechada da clavícula (apenas escoreação no ombro direito) é de grande relevância por tratar-se de uma lesão em uma área com baixa incidência (ombro) e alta mortalidade (aometimento do tronco). Não identificamos casos semelhantes após pesquisa em banco de dados da Scielo, Bireme e Pubmed no período de 1940-2015.

Paciente com fraturas da clavícula com indicação relativa de tratamento cirurgico devem ser acompanhados periodicamente por um ortopedista. Cuidados básicos como uso da tipóia, avaliação das condições de partes moles/pele e neurovascular, além do acompanhamento radiográfico da fratura é fundamental no tratamento, minimizando complicações possíveis dessa fratura. Por tratar-se de uma patologia agressiva, com evolução rápida e com risco de morte (caso classificado com Féres tipo IV), a Gangrena de Fournier deve sempre ser suspeitada quanto apresentar as características clínico-laboratorial apresentadas neste trabalho. É importante salientar que lesões nos membros superiores, pescoço e tronco demandam um cuidado ainda maior devido a maior mortalidade relatada na literatura. A abordagem medicamentosa e cirurgica deve ser feita o mais precoce possível. Dreno à vácuo e oxigenoterapia não foram usados por indisponibilidade neste serviço.

A infecção deveu-se à exposição óssea após alguns dias de tratamento conservador. O diagnóstico precoce através da supeita clínica sugestiva de Gangrena de Fournier e a confirmação clinico-laboratorial possibilitava o tratamento adequado para esta rara condição.

20 de
outubro

Dia Mundial
de combate
à Osteoporose

Serviços de Ortopedia e Traumatologia de Salvador R4

ESPECIALIDADES	SERVIÇO	RESPONSÁVEL	CONTATO
PEDIÁTRICA	Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Martagão Gesteira	Dr. Fernando Garcia	Rua José Duarte, nº114, Tororó - Salvador www.martagaogesteira.org.br Tel.: 71.9971-2222 / 3032-3700 garciafilho59@gmail.com, fabiosmatos@yahoo.com.br
	Hospital Santa Izabel	Dr. Marcos Almeida Matos	Tel: 71.2203-9666 / 2203-9600 contato@ortopediahsi.com.br www.santacasaba.org.br
	Residência Integrada Baiana em Ortopedia Pediátrica (RIBOP)	Dr. Guillermo Tierno (HMG) e Dr. Antônio Gonçalves (OSID e HS/SESAB)	Telefax: 71.3310-1227 celia.silvany@irmadulce.org.br, antoniolool@me.com, gotierno@hotmail.com
OMBRO	Hospital Santa Izabel	Dr. Rogério Meira Barros	Tel: 71.2203-9666 / 2203-9600 contato@ortopediahsi.com.br www.santacasaba.org.br
COLUNA	Hospital Santa Izabel	Dr. Maurício S. Gusmão Dr. Djalma C. de Amorim Júnior	Tel: 71.2203-9666 / 2203-9600 contato@ortopediahsi.com.br www.santacasaba.org.br
PÉ E TORNOZELO	COT / Instituto Lapão	Dr. Marcos Vinícius Moreno	Avenida Princesa Leopoldina, 914 Centro Med. Português - Barra - Salvador. Tel: 71 98896-1555 / 3203-3477 marcusmoreno@hotmail.com
JOELHO	Hospital Santa Izabel	Dr. Robson Rocha	Tel: 71.2203-9666 / 2203-9600 contato@ortopediahsi.com.br www.santacasaba.org.br
	ORTOPED	Dr. Antônio Sérgio Sousa Passos	Avenida ademar de Barros, 08 - Ondina - Salvador Tel: 71.3339-7777 / 3339-7788 asspassos@terra.com.br www.ortoped.com.br
	COT / Instituto Lapão	Dr. Vinícius Aleluia Chefes do Departamento: Dr. Paulo Colavolpe Dr. Luis Carlos Menezes	Avenida Princesa Leopoldina, 914 Centro Med. Português - Barra - Salvador. Tel: 71 98896-1555 / 3203-3477 vicoaleluia@superig.com.br
	Hospital Santo Antônio (OSID)	Dr. David Sadigursky Dr. Gustavo Azi	Avenida Bonfim 161, Largo de Roma Tel: 71.3379-6457 gustavoazi@gmail.com
	Wilson Vasconcelos Neves Filho	Dr. Wilson Vasconcelos	wvasconcelos2003@yahoo.com.br
QUADRIL	Hospital Santa Izabel	Dr. Flávio Sant'Ana	Tel: 71.2203-9666 / 2203-9600 contato@ortopediahsi.com.br www.santacasaba.org.br
	COT / Instituto Schiper	Dr. Luis Shiper	Avenida Princesa Leopoldina, 914 Centro Med. Português - Barra - Salvador. Tel: 71 98896-1555 / 3203-3477 daviveiga@hotmail.com
TRAUMA	Hospital do Subúrbio	Dr. Armando Teixeira Dr. Matheus Lemos Azi	Rua Manoel Lino s/n. Estrada Velha de Periperi - Salvador. Tel: 71 99200-6968 / 8854-5392 armando.txr@gmail.com mlazi@hotmail.com

Educação Continuada. Eventos Realizados em 2016!

A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - Regional Bahia, realizou diversos eventos este ano.



A partir da solenidade de posse da diretoria para a gestão 2016, que aconteceu no dia 21/01, na ABM, o Presidente Dr. Daniel Alencar e membros da diretoria, iniciaram um trabalho que já norteia há algum tempo o papel da SBOT-Ba no estado: difundir o conhecimento!

No mês seguinte foi realizado o "aulão" de revisão final para o TEOT 2016. Aconteceu no dia 26/02, na ABM.



Em parceria com a Nacional, tivemos a realização do Programa de Educação Continuada (PEC 2016) que aconteceu no Hotel Deville Salvador no dia 19/03.

No mesmo mês foi dado início à programação do Clube do Osso, com as primeiras aulas realizadas no dia 31/03.



No mês de maio, a segunda edição do Clube do Osso aconteceu no auditório Domingos Coutinho, no dia 19. Mesmo dia em que iniciava o COTRAF em Vitória da Conquista com o apoio da SBOT-Ba. Evento que seguiu até dia 21/05.



Em sua terceira edição, no dia 21/07, o Clube do Osso recebeu a ilustre participação do palestrante Internacional, Prof. Dr. Fabio Ferri (Universidade de Calgary Canadá) e foi um grande sucesso!



Outro grande evento, que é sempre muito aguardado pelos profissionais e residentes da região, é a Jornada Integração Barreiras. Este ano realizada em sua segunda edição com participação de excelente número de residentes, estudantes e profissionais que estiveram presentes no auditório da I do Pavilhão de Aulas II UFOB, Campus Reitor Edgard Santos. Importante destacar o apoio da UFOB e da COTEFI para o sucesso da Jornada.



especialidade como Clube da FISE, o Simpósio Internacional de Ortopedia do Hospital Santa Izabel, além das campanhas de Informação e conscientização, sempre em parceria com a SBOT Nacional. É o caso da campanha "Olimpíadas da Prevenção": uma ação realizada em parceria com as empresas Triplaforma e Qualitê Eventos no dia 20/08, alusiva às olimpíadas 2016.



Encerrando a programação de 2016 do Cube do Osso, Dr. Marcos Almeida Matos, agradeceu aos presentes e à diretoria da atual gestão pela oportunidade de ter atuado como Coordenador Científico do Clube do Osso 2016, colocando-se a disposição sempre que a Sociedade precisar. Além dos eventos científicos que a SBOT-Ba realiza, também apóia outros eventos da

Foi um ano de muitas ações e realizações! Esperamos muito mais para 2017. Que seja um ano repleto de muitas conquistas e acontecimentos que venham de encontro à ansiedade de todos que acreditam sempre que podem dar uma parcela, por menor que seja, para construir uma sociedade e um mundo melhor.

Realização:



XVII CBaOT

Organização e Produção:



Congresso Baiano de Ortopedia e Traumatologia



I Jornada Baiana de Patologia do Quadril

21 e 22 de outubro, no Sheraton da Bahia Hotel

SBOT organiza Fórum de Políticas Médicas no CBOT

A SBOT vai realizar o Fórum de Defesa Profissional com o tema "Políticas Médicas", no dia 18, das 12:30 h às 14:30 h, em Belo Horizonte, durante o 48º CBOT (Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia). O evento terá presença do deputado federal e ortopedista Luiz Henrique Mandetta, além de Carlos Alfredo Jasmin, presidente da Comissão de Defesa Profissional da SBOT e dos convidados internacionais Stuart Weinstein e Júlio César Fernandes, que apresentarão o modelo de defesa profissional nos Estados Unidos e Canadá, respectivamente. Estará presente também o assessor parlamentar da SBOT, Napoleão Puento Salles.

**Último prazo
para inscrições
com desconto.**



Falta pouco mais de um mês para a realização do 48º CBOT, que acontecerá de 17 de 19 de novembro, no Expominas em Belo Horizonte.

Faça agora mesmo a sua inscrição, evite filas e garanta o **desconto até o dia 30/10!**

www.cbot2016.com.br

EXPEDIENTE



Presidente:

Daniel Figueiredo de Alencar

1º Vice-presidente: Rogério Jamil Fernandes Carneiro

2º Vice-presidente: Luis Jordan Macedo do Amaral

1º Secretário: Alex Guedes

2º Secretário: Alexandre Vasconcelos de Meirelles

1º Tesoureiro: Nivaldo Souza Cardozo Filho

2º Tesoureiro: Adriano Moura Costa de Viveiros

Conselho Fiscal:

Robson Rocha da Silva

Daniel Sadigursky

Delegados:

Fernando Cal Garcia Filho

Alex Guedes

Adalberto Visco

Uirassu de Assis Batista Sobrinho

Coordenação Dr. Alexandre Vasconcelos | Textos: Davi Sadigurky, Nivaldo Cardozo | Edição: Publicação Digital Anual.

Projeto Gráfico: QLTE Solution (Emerson Cabral) | Organização: Qualitê Eventos e Turismo e Capacitação

Te: 71. 3022-9946 sbot.bahia@gmail.com - Rua Baependi, 162 - 3º Andar - Ondina - CEP 40170-070 - Salvador - BA