



**DR. ROGÉRIO JAMIL**  
PRESIDENTE SBOT-BA 2017

## É Tempo de União

PAG 01



SOCIETY OF ORTHOPAEDY AND TRAUMATOLOGY  
REGIONAL BAHIA

**JORNAL SBOT-BA**

OUTUBRO/2017

# SBOT-BA: O LEMA É INTEGRAÇÃO



CLUBE DO OSSO - MAIO/17



JORNADA DE ILHÉUS - JULHO/17



CLUBE DO OSSO - SETEMBRO/17



JORNADA DE BARREIRAS - SETEMBRO/17



POR  
DR. CARLOS  
ALBERTO  
SANT'ANNA  
FILHO

### Lesão do Manguito Rotador

Reparo em dupla fileira **PAG 02**



POR  
DR. ALEXANDRE  
MEIRELLES

### Luxação Traumática Posterior Inveterada do Quadril

**PAG 05**



POR  
DR. GUSTAVO  
AZI

### Panorama atual da cirurgia do joelho na Bahia

**PAG 06**



POR  
PROF. DR. ALEX  
GUEDES

### Contando Um Pouco da Nossa História

**PAG 03**



POR  
DR. MATHEUS  
AZI

### Pesquisa e a Residência Médica: Experiência do Hospital Manoel Victorino

**PAG 04**



DR. NICOLAS  
GERARD

### Uma Biografia Dedicada a Ortopedia Baiana

**PAG 06**

# O que é MeRG?

É uma membrana de colágeno que atua como andaimes tridimensionais para explorar o então conceito de Medicina Regenerativa guiada por Scaffold (Regeneração guiada por andaimes).  
Medicina alternativa - SGRM.



**DUDER**  
PRODUTOS MÉDICOS

MEMBRANA MeRG E DIMA CIRURGICA



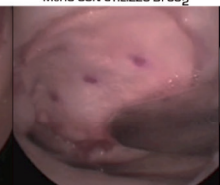
MEMBRANA MeRG IDRATATA



MICROFRATTURE SEC. STEADMAN



TECNICA ARTROSCOPICA APPLICAZIONE MeRG CON UTILIZZO DI CO<sub>2</sub>



SECOND LOOK A 7 MESI



**MeRG**

**COLAGENO EQUINO  
LIOFILIZADO ANALÓGICO**

**CONFIABLE (BIOCOLLAGEN) ®**

MEMBRANA COLAGÉNICA PARA  
REGENERAÇÃO GUIADA POR ESCALA NO  
TRATAMENTO DE LESÕES DE CARTILAGENS  
DO JOELHO E COTOVELO.

# EXPEDIENTE

## GESTÃO 2017

**PRESIDENTE** - DR. ROGÉRIO JAMIL FERNANDES CARNEIRO

**1º VICE PRESIDENTE** - DR. LUIZ JORDAN MACEDO DO AMARAL

**2º VICE PRESIDENTE** - DR. ROGÉRIO MEIRA BARROS

**1º SECRETÁRIO** - DR. CARLOS ALBERTO P. DE SANT'ANNA FILHO

**2º SECRETÁRIO** - DR. DAVID SADIGURSKY

**1º TESOUREIRO** - DR. NIVALDO SOUZA CARDOSO FILHO

**2º TESOUREIRO** - DR. ALEXANDRE VASCONCELOS DE MEIRELLES

## CONSELHO FISCAL

DR. ADRIANO FONSECA SILVA

DR. ROBSON ROCHA DA SILVA

DR. ALOISIO REIS CARNEIRO

DR. MARCELO BARBOSA CORTES

## DELEGADOS

DR. ANTÔNIO MARCOS FERRACINI

DR. ALEX GUEDES

DR. DANIEL FIGUEIREDO DE ALENCAR

DR. MARCOS ANTÔNIO ALMEIDA MATOS

**DIREÇÃO GERAL** - DR. ALEXANDRE VASCONCELOS DE MEIRELLES

**DIREÇÃO DE ARTE/DESIGNER** - GEIZON SANTOS CONCEIÇÃO - (71)

99262.9225

**COORDENAÇÃO EDITORIAL** - GEIZON SANTOS CONCEIÇÃO - (71)

99262.9225

**FOTOLITO, IMPRESSÃO E ACABAMENTO** - AMZ SITES (AMZSITES.-

COM.BR / CONTATO@AMZSITES.COM.BR)

**TIRAGEM DESTA EDIÇÃO** - 1 MIL EXEMPLARES



## SUMÁRIO

- 01 PALAVRA DO PRESIDENTE: É TEMPO DE UNIÃO
- 02 LESÃO DO MANGUÍTO ROTADOR - REPARO EM DUPLA FILEIRA
- 03 A SOBT-BA REALIZA SIMULADO DO TEOT 2018
- 03 CONTANDO UM POUCO DA NOSSA HISTÓRIA
- 04 PESQUISA E A RESIDÊNCIA MÉDICA: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL MANOEL VICTORINO
- 05 TRATAMENTO DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA POSTERIOR INVETERADA DO QUADRIL PELA TÉCNICA DE GANZ
- 06 PANORAMA ATUAL DA CIRURGIA DO JOELHO NA BAHIA
- 06 UMA BIOGRAFIA DEDICADA A ORTOPEDIA BAIANA
- 07 SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- 07 AGENDA SBOT-BA

# PALAVRA DO PRESIDENTE: É TEMPO DE UNIÃO!



POR DR. ROGÉRIO JAMIL  
PRESIDENTE SBOT-BA 2017

Vivemos, há alguns anos, momentos de incertezas em nossas vidas, seja do ponto de vista político, econômico, educacional, familiar..., que interferem sobremaneira em nossas relações. A cada dia, tomamos conhecimentos de fatos e situações que nos fazem refletir sobre qual o melhor caminho para nossa sociedade. Por diversas vezes, ouvi e também me questionei sobre o que representa a SBOT e qual o papel desta sociedade, que tanto nos esforçamos para fazermos parte. Estudamos durante 3 longos anos, em serviços de qualidades por vezes questionáveis outras de excelência. Em serviços, ou muito rígidos ou muito tranquilos com relação ao estudo e hierarquia, porém os fatores determinantes, que sempre foram e sempre serão imprescindíveis para o sucesso, tanto da vida acadêmica quanto a profissional, são, a dedicação do residente para com os livros e para com os pacientes, estes em última análise, aqueles com os quais efetivamente aprendemos a lidar com outros pacientes. Por fim, nos submetemos a uma prova extenuante do ponto de vista técnico e psicológico, mas por que? E por que com o tempo, nos afastamos desta?

Vivenciando, nos últimos meses a presidência de nossa associação, venho percebendo o quanto é difícil responder de forma adequada a estes questionamentos, não por falta de esforço ou dedicação, nossa e de nossos pares de diretoria, que por vezes abrimos mão do conforto de nossos lares e da convivência familiar, para dedicarmos-nos em exaustivas reuniões preparatórias, discussões que se prologam por horas no intuito de promover ações que julgamos serem as mais proveitosas, mas ainda assim somos, não poucas vezes questionados, principalmente quando observamos uma baixa assistência em determinados eventos, sobre a necessidade de mantermos nossa associação.

O que de fato percebemos, é que nos falta, como entidade, um poder de congregação maior. Precisamos desenvolver a capacidade de unirmos a maioria de nossos sócios em nome de uma ou várias causas, identificar estes temas talvez seja o grande desafio. Precisamos deixar de lado questões periféricas e de cunho pessoal e passarmos a agir de forma a interferir positivamente nos rumos desta nossa instituição. A sociedade é construída por homens, por indivíduos e não por serviços, estes são fundamentais para a formação do residente e da assistência à população de um modo geral, mas

nenhum serviço poderá sozinho ser o responsável por uma sociedade forte, com o reconhecimento da sociedade civil, dos órgãos oficiais e principalmente dos indivíduos que a formam. Assim, os serviços podem e até devam concorrer entre si, porém, nós cada membro desta criação, devemos nos mantermos unidos. E, em um cenário recheado de incertezas, como o que vivemos atualmente, é que a nossa união terá um valor inestimável. Apenas a união dos ortopedistas poderá fazer frente a uma depreciação cada vez maior da qualidade de nosso trabalho e remuneração, precisamos nos mantermos juntos para enfrentarmos as dificuldades criadas, sejam pelos governos, que por vezes nos escolheram como bodes expiatórios para os problemas da saúde, sejam as criadas pelos planos de saúde suplementar impondo-nos limitações para um exercício profissional digno e remunerado de forma justa e principalmente, será a nossa união, que fará agirmo-nos, de forma ética e honrada para com nossos colegas e pacientes.

Neste contexto, reforça-se a necessidade de uma sociedade com capacidade de discutir e atuar de forma preventiva na solução de problemas, não apenas os de ordem técnica, como já fazemos exemplarmente através de nossos diversos eventos científicos, mas que também possamos atuar na identificação de líderes para uma atuação político-partidária, para uma efetiva atuação na defesa dos interesses de nossa classe, junto àqueles, cujas atividades, interferem em nosso dia-a-dia.

Precisamos, desenvolver entre nossos associados, a capacidade de indignação frente a situações que ao acontecer com qualquer colega, que possa ter sido submetido a situações de desrespeito a sua atuação profissional, para que possamos exigir respeito a pessoa e ao cargo, a fim de que este indivíduo possa ter seus direitos re-estabelecidos.

Assim, percebo que esta pode ser a resposta que tanto procuramos. Precisamos reconhecer, ser esta sociedade, o mais importante elo de ligação entre todos nós e que possamos torná-la forte o suficiente para que esta corrente não sofra rupturas com consequências indesejáveis para qualquer um destes elos. Para tanto, se faz necessário, a presença maciça de nossos membros em nossos eventos, para que possamos como família, discutirmos todos os assuntos, por mais duros que possam ser, a fim de que encontremos as soluções adequadas a cada caso, sem que isto possa gerar arestas ou zonas de atrito. A SBOT somos todos nós, sem os quais não passa de união de letras sem sentidos, porém, com nossa união em torno do desenvolvimento da especialidade, se torna um órgão.

# LESÃO DO MANGUITO ROTADOR

## REPARO EM DUPLA FILEIRA



POR DR. CARLOS ALBERTO SANT'ANNA FILHO

MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE  
CIRURGIA DE OMBRO E COTOVELO.  
MÉDICO ORTOPEDISTA, ESPECIALISTA EM OMBRO E COTOVELO  
HOSP. SÃO RAFAEL - HOSP. ALIANÇA

A lesão do manguito rotador é a causa mais comum de dor no ombro. A sua etiologia é multifatorial, estando associada a aspectos anatômicos e mecânicos próprios do indivíduo (impacto no acrômio), degenerativos (envelhecimento), genéticos e adquiridos (trauma ou sobrecarga-“overuse”). Na sua grande maioria acometem indivíduos de mais de 60 anos, com a sua prevalência aumentando exponencialmente com o envelhecimento.

Ao separarmos as lesões do manguito rotador de acordo com o grau de acometimento do tendão, costumamos dividi-las: (1) lesões parciais - de baixo e alto grau, que não transfixam o tendão, e (2) lesões totais ou completas, aquelas que transfixam o tendão.

As lesões totais ou completas, à medida que se tornam crônicas, tendem a aumentar de tamanho e levam a alterações estruturais irreversíveis das fibras musculares e tendinosas acometidas, com infiltrado progressivo de gordura e atrofia do ventre muscular, deteriorando progressivamente a função articular. Uma vez instaladas, essas alterações levam a altos índices de falha da cirurgia, com elevado índice de rerruptura pós-cirúrgicas, ou, de maneira catastrófica, levam a grande perda da elasticidade e resistência muscular e tendinosa, tornando essas lesões irreparáveis.

O tratamento das rupturas completas do manguito rotador em pacientes jovens e também naqueles idosos ativos deve, preferencialmente, ser cirúrgico, por via artroscópica. O tratamento cirúrgico, quando realizado precocemente, antes que ocorram atrofia muscular, retração e infiltração gordurosa, tende a apresentar melhor resultado funcional, pois apresentam maior índice de cicatrização do tendão.

Desde a descrição da inserção do manguito rotador em seu “footprint”, muito tem se discutido a respeito da melhor técnica de reinserção cirúrgica dos tendões, se através da técnica de fileira simples ou fileira dupla, tendo essa, nítida vantagem

biomecânica por proporcionar melhor contato entre o tendão e o osso na área de fixação, bem como, maior estabilidade do reparo.

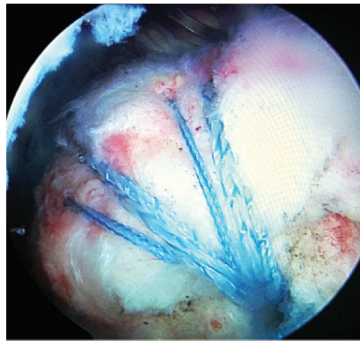
Inicialmente a técnica de fixação em dupla fileira era realizada com pontos individuais, suturadas em ancoras mediais e laterais posicionadas no tubérculo maior do úmero. A estabilidade desse tipo de fixação, apesar de superior a fileira simples, não apresentava mudança significativa no resultado funcional desses pacientes.

A técnica de reparo do manguito rotador conhecida como “suture bridge” e posteriormente a “speed bridge” foram posteriormente descritas visando agregar vantagens mecânicas de reinserção do tendão a técnica de dupla fileira, levando a maior taxa de cicatrização tendínea, assim como permitindo mobilidade mais precoce dos pacientes. Os resultados clínicos têm sido promissores e a cada dia mais consistentes.

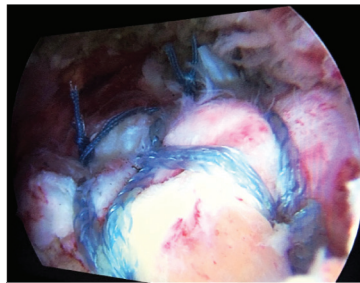
Essa técnica, que proporciona maior índice de cicatrização do tendão, tem como principal mudança em relação a dupla fileira tradicional, que, ao invés de serem dados pontos de sutura individuais, faz-se uma conexão entre os fios das ancoras lateral e medial, com os pontos cruzando em forma de X, e uma ligação entre os fios da ancora medial, chamada “double pulley”.

Essa configuração agrega maior área de contato do tendão ao osso, bem como maior resistência de fixação, levando a maior taxa de cicatrização do tendão, que, em última análise, é o objetivo final do reparo do manguito rotador.

Custo mais elevado por necessidade de maior numero de ancoras, maior dificuldade técnica e necessidade de maior curva de aprendizado são as principais dificuldades encontradas pelo cirurgião. Contudo, a correção perfeita das lesões deve ser buscada de forma incessante pelo cirurgião, e aparentemente essa técnica é a que mais se aproxima da forma de inserção original do tendão.



REPARO FILEIRA SIMPLES



REPARO FILEIRA DUPLA

Burkhardt SS, Lo IKY, Brady PC, Denard, PJ. The Cowboy's Companion. A Trail Guide for the Arthroscopic Shoulder Surgeon. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

Mascarenhas R, Chalmers PN, et al. Is Double-Row Rotator Cuff Repair Clinically Superior to Single-Row Rotator Cuff Repair: A Systematic Review of Overlapping Meta- Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery, (2014) 1: 1-10

Ying Z, Lin T, Yan S. Arthroscopic Single-row versus Double-row Technique for Repairing Rotator Cuff Tears: a Systematic Review and Meta-analysis. Orthopaedic Surg (2014) 6:300-312



## A SBOT-BA ORGANIZA O SIMULADO DO TEOT -2018

Este ano o Congresso Baiano de Ortopedia e Traumatologia que acontecerá entre os dias 20 e 21 de outubro terá como novidade a realização do Simulado para Prova de Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia TEOT que acontecerá em março de 2018. O trabalho de forma diligente e pontual da diretoria SBOT -2017 com reuniões periódicas visa fortalecer o educação continuada no meio

ortopédico baiano através da troca de conhecimentos que este evento propicia aliando a complemento importante nos estudos dos médicos que prestarão o exame no próximo ano. Alinhado aos representantes dos Serviços de Residência Médica do estado a SBOT -BA busca integração máxima entre os ortopedistas no nosso evento maior.

## CONTANDO UM POUCO DA NOSSA HISTÓRIA



POR **PROF. DR. ALEX GUEDES**

COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO COM-HUPES/ EBSERH/UFBA

O Prof. Benjamim Salles (Salvador, Bahia, Brasil - 1904 • Acapulco, Guerrero, México - 1976) contribuiu enormemente, por meio de sua expertise e elevado conceito, ao desenvolvimento da Ortopedia e Traumatologia em nosso Estado.

Foi o terceiro Titular da antiga Cátedra Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia da Faculdade de Medicina da Bahia (atualmente, Cirurgia do Aparelho Locomotor), tendo sido precedido pelo Professor Alfredo Ferreira de Magalhães (Pediatria, 1.º Catedrático desta Disciplina em nosso País) e pelo Professor Durval Tavares da Gama (Cirurgião Pediátrico). Logo após o falecimento do professor Durval, a Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia foi assumida interinamente (1946-1950) pelo seu filho e assistente, o Prof. Carlos de Freitas da Gama, até a homologação do resultado do primeiro concurso público de acesso à Cátedra.

O Professor Benjamim da Rocha Salles fora diplomado na Faculdade de Medicina da Bahia em 1929. Concluído o curso médico, deslocou-se para a cidade de Caldas do Cipó - BA, onde exerceu a clínica e colheu precioso material para sua tese de doutoramento, no mesmo ano, intitulada "Águas Thermo-Radioactivas de Caldas de Cipó, no Estado da Bahia", defendida em 1930.

Retornando a Salvador, passou a lecionar na FMB. De 1932 a 1934 foi Assistente da 2ª Cadeira de Anatomia; em seguida torna-se Assistente da Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia, quando passa a interessar-se pela especialidade.

Em 1936, estagiou no Pavilhão Fernandinho Simonsen - Santa Casa de São Paulo, sob a supervisão do Professor Luiz Manoel Rezen-de Püech, sendo admitido como membro titular da SBOT no mesmo ano - foi o 2.º membro titular da SBOT Nacional oriundo de nosso Estado, precedido pelo Prof. Durval Tavares da Gama, que foi, inclusive, membro fundador desta Instituição.

Regressando à Bahia, dedicou-se ao estudo da Ortopedia e Traumatologia, conquistando, em 1946, o título de Livre Docente de



Professor Benjamim da Rocha Salles

Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia, com a tese intitulada "Em Torno das Fraturas Supracondilianas do Úmero na Criança". Em 1948, presidiu o VIII Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia em Salvador-BA, nas instalações da Faculdade de Medicina Bahia, no Terreiro de Jesus. Na ocasião, o Prof. Salles foi eleito Presidente da SBOT para o biênio 1949-1950.

Em 1950, a Faculdade de Medicina da Bahia, agora da Universidade da Bahia, abriu vaga

de concurso para provimento da Cátedra Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia. É importante mencionar que todos os antecessores do Professor Salles assumiram a Cátedra através de decreto, sendo este o primeiro concurso realizado com este objetivo. Disputaram Carlos de Freitas da Gama e Benjamim da Rocha Salles. O Prof. Salles saiu vitorioso do concurso em 1950 apresentando a tese "Do Tratamento do Pé Varo-Equino-Congênito", assumindo a Cátedra no mesmo ano. Àquela época, tinha como assistentes o Dr. Rodrigo Vasco da Gama, o Dr. Fernando Ribeiro Filgueiras, o Dr. Henrique Rajo e o Dr. Paulo Machado.

No início dos anos 50, o Professor Benjamim Salles transferiu a Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia, que funcionava no Hospital Santa Izabel, para as novas instalações na Ala C do 4.º andar do Hospital das Clínicas, que contava com duas enfermarias, vinte leitos, três quartos e um posto de enfermagem. O ambulatório passou a funcionar no subsolo, prestando atendimento a pacientes externos eletivos, quatro dias por semana.

Durante a sua regência, o Serviço de Ortopedia do Hospital das Clínicas foi ampliado. O Prof. Salles convocou outros cirurgiões que se dedicavam à especialidade, direcionando suas atividades segundo os conceitos mais avançados à época. Proporcionou a atualização e reciclagem de seus assistentes, trazendo professores de outros estados e países para seminários, simpósios e cursos de curta duração, destacando-se os Professores Flávio Pires de Camargo (USP), Francisco Elias Godoy Moreira (USP), Manlio Mario

Marco Nápoli (USP), Donato D'Angelo (Faculdade de Medicina de Petrópolis), Luiz Gustavo Wertheimer (Faculdade de Medicina de Sorocaba) e o Professor Vicente Sanchís Olmos (Hospital Provincial de Madrid). Destaca-se o seu pioneirismo na implantação, em 1953, da primeira oficina ortopédica da Bahia, após regressar da Alemanha, onde manteve contato com especialistas na área. O Professor Salles foi ainda Diretor do Hospital das Clínicas e, entre 1960 e 1962, Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia, cargo que desempenhou com serenidade, equilíbrio e, sobretudo, absoluta independência.

Em outubro de 1964, de acordo com o Regimento Interno da Faculdade, aprovado pela Congregação, a Cátedra Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia passou a designar-se Clínica Ortopédica e Traumatológica.

Fato pouco conhecido, ou esquecido – é importante registrar – é que a SBOT - Regional Bahia teve sua fundação oficial junto à SBOT Nacional em 1967, tendo como primeiro Presidente o Professor Benjamim da Rocha Salles, que exerceu mandato até o ano de 1969.

Nossa Regional, portanto, comemora 50 anos de existência – é uma história que

precisa ser melhor contada, melhor estudada. Para os membros da SBOT em nosso Estado que possuam registros fotográficos ou documentos que ajudem na remontagem desta história gloriosa, peço que entrem em contato conosco, através do e-mail alexguedes2003@yahoo.com.br.

## PESQUISA E A RESIDÊNCIA MÉDICA: EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL MANOEL VICTORINO



POR DR. MATHEUS AZI

SUPERVISOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL MANOEL VICTORINO, SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA

Uma característica marcante do programa de treinamento da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) é a exigência do envolvimento dos médicos em atividades relacionadas à pesquisa científica. Este compromisso é tão forte que a participação em um estudo é obrigatória para a inscrição na prova de título da sociedade. Com o avanço da medicina baseada em evidência, diversas habilidades que antes eram restritas ao campo da pesquisa científica passaram a ser largamente utilizadas na assistência. A capacidade de conduzir uma busca eficiente por evidências, a construção de perguntas bem estruturadas sobre diagnóstico e tratamento de doenças e o uso de parâmetros bem definidos para mensuração de resultados são apenas alguns exemplos de habilidades tipicamente desenvolvidas na área da pesquisa e que passaram a fazer parte da prática assistencial.

No entanto muitos programas de treinamento médico são desenvolvidos em instituições eminentemente voltadas para a assistência. Assim o paradigma a ser enfrentado é conseguir, a despeito do grande número de atividades, procedimentos cirúrgicos e consultas estimular o médico residente a se envolver com a pesquisa. Soma-se a isso a tradicional dificuldade em captar recursos que piorou nos últimos anos devido à crise econômica.

Desde a criação do programa de treinamento em Ortopedia e Traumatologia do Hospital Manoel Victorino em 2012 temos tentado enfrentar a questão e estimular o envolvimento dos médicos residentes na pesquisa dentro de uma instituição fortemente voltada para a assistência. Nossa experiência tem sido bem-sucedida e nos últimos anos inúmeros estudos realizados na instituição ou em colaboração foram publicados em periódicos indexados. Somam-se a isso os diversos estudos apresentados em

congressos dentro e fora do país. Atualmente o Hospital Manoel Victorino é centro participante de 3 estudos multicêntricos internacionais. Apoio institucional é fundamental assim como o envolvimento da preceptoría. Colaboração também é parte importante do processo e muitos destes estudos foram realizados em parceria com outras instituições Baianas como o Hospital do Subúrbio, Obras assistenciais de Irmã Dulce, Hospital Ernesto Simões Filho e Hospital de Santo Antônio de Jesus.

### Estudos com autoria de médicos residentes ou preceptores do Hospital Manoel Victorino nos últimos 2 anos

- *Are work return and leaves of absence predictable after an unstable pelvic ring injury?* **J Orthop Traumatol, 2016.**

- *Membrane Induced Osteogenesis in the Management of Posttraumatic Bone Defects.* **J Orthop Trauma, 2016.**

- *Autologous bone graft in the treatment of post-traumatic bone defects: a systematic review and meta-analysis.* **BMC Musculoskelet Disord, 2016.**

- *Reliability of the radiographic union scale in tibial fractures (RUST).* **Rev Bras Ortop, 2016.**

- *Are work return and leaves of absence after acetabular fractures predictable? A retrospective study of 108 patients.* **Musculoskelet Surg, 2017.**

- *What is the best fixation technique for the treatment of supracondylar humerus fractures in children?* **Rev Bras Ortop, 2017.**

- *Prophylaxis with nasal decolonization in patients submitted to total knee and hip arthroplasty: systematic review and meta-analysis.* **Rev Bras Ortop, In Press.**

- *Fatores associados ao desenvolvimento de infecção precoce após tratamento cirúrgico das fraturas.* **Acta Ortop Bras, In Press.**

- *Tratamento da gangrena de Fournier na cintura escapular.* **Rer Bras Ortop, In Press.**

- *Bone union with an in situ spacer after the first stage of the induced membrane technique.* **Injury, In Press**

Muito nestas pesquisas diz respeito a problemas que são típicos da realidade local e seria importante que pudéssemos compartilhar soluções com os outros serviços e ao mesmo tempo aprender com suas experiências. O Congresso Baiano é um palco importante para a apresentação destes estudos, mas talvez seja o momento de pensarmos em um evento local dedicado a troca de experiências em pesquisa entre os programas de treinamento em ortopedia e traumatologia. Onde estas pesquisas pudessem ser compartilhadas, discutidas e até mesmo aprimoradas trazendo grandes benefícios a comunidade.

Lattes:<http://lattes.cnpq.br/4524733194517353>

Conflito de interesse. O autor não possui vínculo com a indústria farmacêutica ou de materiais. É faculty da Fundação AO.

# TRATAMENTO DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA POSTERIOR INVETERADA DO QUADRIL PELA TÉCNICA DE GANZ



POR DR. ALEXANDRE MEIRELLES

MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUADRIL - SBQ  
COORDENADOR DE CIRURGIA DE QUADRIL E PELVE  
HOSP. MANOEL VITORINO.

As luxações do quadril estão comumente relacionadas com trauma de alta energia secundários a acidentes automotores\*. Dividem-se em anterior, posterior e central sendo que a do tipo posterior corresponde a 85% de todos os casos.

O tratamento da luxação posterior traumática do quadril é uma emergência ortopédica, o retardo causa graves danos a circulação do colo femoral comprometendo a cabeça do fêmur sendo indicada a redução incruenta de imediato, com várias técnicas descritas.\*\* Quando há necessidade de abordagem cirúrgica, a via mais descrita é a posterior.\*\*\*

A luxação inveterada do quadril é de frequência rara.\*\*\*A definição de luxação negligenciada são aquelas sem tratamento por mais de 72h.\*\*\*\*\*

O objetivo deste relato é demonstrar mais uma opção de abordagem cirúrgica para um caso negligenciado de luxação traumática posterior do quadril.

## RELATO DE CASO

Paciente sexo masculino, 18 anos, leucoderma, procedente de Candeias/BA foi admitido em Serviço de Ortopedia e Traumatologia Terciário com registro que descrevia encaminhamento de outra cidade com diagnóstico de luxação do quadril esquerdo. No internamento o mesmo relatou ter sofrido acidente motociclístico há 64 dias com atendimento em hospital de emergência na cidade de origem recebendo alta após realização de radiografia do joelho esquerdo, negou trauma cranial torácico ou abdominal importante. Referiu que após 46 dias do trauma procurou atendimento ortopédico ambulatorial referindo dor e encurtamento do membro inferior esquerdo sendo constatado luxação do quadril esquerdo. Após aproximadamente 2 semanas foi transferido para este serviço terciário.

Ao exame físico lúcido e orientado, observou-se: encurtamento do membro inferior esquerdo como quadril esquerdo em posição de leve flexão, adução e rotação externa limitado funcionalmente. Foi constatada limitação do funcional joelho esquerdo atrofia de coxa esquerda, com extremidades profundas sem déficit neurovascular.

A radiografia da pelve em AP constatou luxação pura posterior do quadril esquerdo.

O tratamento cirúrgico ortopédico com Osteotomia de Ganz foi realizado no dia seguinte a admissão seguindo a técnica original, sendo evidenciada grande formação de tecido fibroso na cavidade acetabular que foi ressecado delicadamente com proteção da superfície cartilaginosa articular. Foi observado sofrimento da superfície articular da cabeça femoral. Foi realizada redução cruenta da articulação coxo-femoral esquerda com moderada dificuldade. Na etapa seguinte foi verificada presença de sangramento por perfurações com broca ortopédica na cabeça femoral. A cirurgia e pós-operatório imediato decorreram sem intercorrências.

## DISCUSSÃO:

Pouco tem sido descrito sobre luxação traumática inveterada do quadril porque este é um evento raro porém não é um fato incomum em nosso meio. Casos negligenciados representam um problema, pois não são vistos com frequência suficiente para dar um cirurgião ortopédico embasamento para conclusões e assim criar protocolos de tratamento.\*\*\*\*\*

Watson Jones relatou dificuldades para redução aberta e sugeriu artrodese para luxações não reduzidas do quadril.

Buchanan, Nixon, and Varma trataram quadris luxados com mais de um ano de evolução reduzindo cruentamente e apresentando resultados razoáveis.

Tração e abdução obtiveram sucesso em alguns casos negligenciados.

Osteotomias subtrocantéricas, artroplastia de ressecção, artroplastia de substituição e artrodese são outras alternativas para tratamento de deslocamentos negligenciados do quadril.

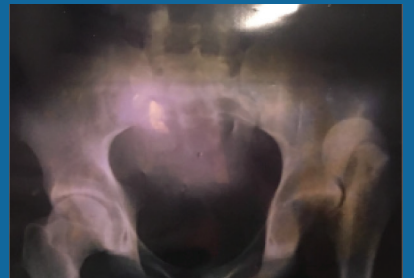
A osteotomia de Ganz\*\*\*\*\* neste caso foi demonstrada como mais uma alternativa entre as várias descritas na literatura para resolução de luxação traumática inveterada posterior do quadril.

Este caso serve-se como emblemático afim de reforçar que qualquer luxação coxo femoral deve ser reduzida o quanto antes possível, pois, além de lesões vasculares já estarem presentes, há grande dificuldade da redução não aberta após longo tempo, pois o neo tecido formados causa grande dificuldade em restabelecer a articulação.

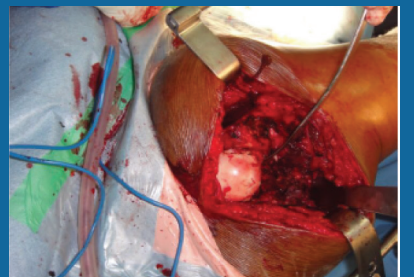
A técnica cirúrgica adotada com osteotomia pela técnica de Ganz neste caso expõe amplamente a cavidade acetabular (que neste caso apresentou-se envolta de extenso tecido fibroso) promovendo excelente visão e ressecção efetiva de fibrose permitindo redução concêntrica articular.



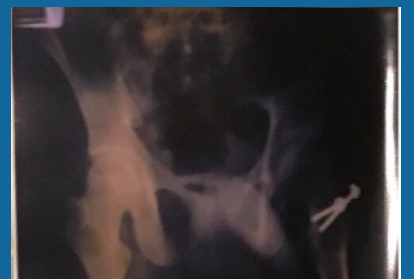
ASPECTO CLÍNICO PRÉ OPERATÓRIO



RX PRÉ OPERATÓRIO



PER-OPERATÓRIO



RX PÓS OPERATÓRIO

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- \*EPSTEIN HC. Traumatic dislocation of the hip Baltimore: Williams/Wilkins, 1980  
\*\*STIMSON LA. Five cases of dislocation of the hip. NY Med J 1889;50:118-121  
\*\*\*LETOURNEL E, JUDET R. Fracture of the acetabulum 2nd Ed. New York: Springer-Verlag, 1993  
\*\*\*\*FERNANDO MIRANDA, MILTON IACOVONE, ANTONIO C. BERNABÉ, ITIRO SUZUKI, CARLOS ULHA, J.V. BARBOSA, ALBERTO T. CROCI, HENRIQUE CABRITA, JOSÉ NEGREIROS. Luxação Traumática Anterior Inveterada do Quadril, RBO, 1998  
\*\*\*\*\*UPTON, WIRRAL, MERSEYSIDE AROWE PARK HOSPITAL. The management of unreduced traumatic dislocation of the hip in developing countries. International Orthopaedics 16:136-139  
\*\*\*\*\*GANZ R, GILL TJ, GAUTIER E, et al. Surgical dislocation of the adult hip: A technique with full access to the femoral head and acetabulum without the risk of avascular necrosis. J Bone Joint Surg (Br). 2001;83(8):1119-1124.



# PANORAMA ATUAL DA CIRURGIA DO JOELHO NA BAHIA



POR **DR. GUSTAVO AZI**

MEMBRO TITULAR SBOT  
MEMBRO TITULAR SBCJ  
MEMBRO DO GRUPO DE JOELHO DO HOSPITAL PORTUGUÊS  
PRECEPTOR DO SERVIÇO DE RESIDÊNCIA ORTOPÉDICA DO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO

Capitaneada por um dos seus pioneiros, o sempre presente e atuante, Dr Luis Carlos Menezes (Lapao), a cirurgia do joelho da Bahia vem alcançando cada vez mais destaque no cenário nacional.

Através da regional da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho, coordenada atualmente por Dr Marzo Nunes, e dos serviços de R4 da especialidade, coordenados por nomes como: Dr Aloisio Carneiro (Membro da atual diretoria da SBCJ), Dr António Sergio, Dr David Sadigursky, Dr Gustavo Azi, Dr Paulo Colavolpe, Dr Robson Rocha, Dr Vinicius Aleluia (Membro da CET - SBCJ), Dr Wilson Vasconcelos, a Bahia tornou-se um polo de formação de profissionais

extremamente capacitados.

Se por um lado estamos prestando um grande serviço à comunidade baiana pela oferta de profissionais tão gabaritados, por outro temos a responsabilidade de evitar uma superoferta destes profissionais em um mercado de trabalho em processo de encolhimento em virtude da crise econômica que o país atravessa.

Sempre pensando no bem estar da população e na garantia de condições dignas de trabalho desta classe, a cirurgia do joelho da Bahia, com muita união, vem buscando no cooperativismo um crescimento cada vez mais sólido da especialidade.

HOMENAGEM

## UMA BIOGRAFIA DEDICADA A ORTOPEDIA BAIANA



**DR. NICOLAS GERARD**

CHEFE DE SERVIÇOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL PORTUGUÊS

Hoje médico ortopedista, especialista em coluna vertebral – Dr. Nicolas Gerardo Gómez Cordero - chegou em Salvador no ano de 1961 com 18 anos de idade, provindo de Cochabamba-Bolívia, para realizar um sonho de criança: estudar medicina, tornar-se médico, retornar para sua terra natal e ajudar a cuidar da sua gente. No entanto, a vida lhe reservava um outro destino. Estudou e se formou em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública onde, também, foi Professor Adjunto na cadeira de Ortopedia. Lá conheceu a sua primeira esposa, Maria José Gómez Vieira (falecida), apaixonado constituiu família (esposa e 4 filhos) e permaneceu definitivamente na capital soteropolitana onde vive desde então há 58 anos.

Interessado pelas patologias músculo-esqueléticas, Dr. Nicolas Gerardo se especializou por Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia no estado do Rio de Janeiro sob a orientação do Professor Doutor Nova Monteiro sendo um dos primeiros médicos a

obter esta formação na Bahia. Após aquele momento, retornou à Salvador e começou a sua carreira na especialidade ortopédica como ortopedista geral dando um grande salto na sua vida profissional nesta cidade.

No entanto, apaixonado pelo desafio das patologias da coluna vertebral, resolveu partir para uma pós-graduação – fellowship – naquela área no Hospital Twins Cities Spine Center em Minnesota – EUA que ainda hoje é considerado um dos maiores centros de formação de especialistas do mundo naquela especialidade.

Em função do diferencial na sua formação, Dr. Nicolas Gerardo é procurado, até hoje, por vasta clientela de pacientes anônimos e famosos (atletas, músicos, políticos e empresários) atendidos no seu consultório particular. Ainda assim, ajudou a fundar o Instituto Baiano de Ortopedia e Traumatologia – INSBOT onde prestou assistência aos menos favorecidos.

No ano de 2014, foi agraciado com uma bela

homenagem pela Câmara Municipal de Salvador com o Título de Cidadão Soteropolitano em reconhecimento à sua atuação como médico ortopedista nesta cidade. De acordo com um dos seus filhos, naquele dia na cerimônia de entrega do Título, duas frases marcaram bem o depoimento do seu pai e o seu amor pela profissão e pela cidade que escolheu para si.

Em tom bem humorado disse: “...se dez vezes eu nascesse, dez vezes eu seria médico. E ortopedista.” Em seguida, “...como forma de agradecimento a todo conhecimento que adquiri aqui, exerço minha profissão dignamente lutando para ajudar a construir um país melhor, principalmente para que o resultado dos nossos esforços chegue aos mais necessitados”. Hoje, Dr. Nicolas Gerardo é o chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Português da Bahia, onde opera seus pacientes, e permanece atuando no seu consultório na Clínica Nicolas Gerardo na Av. Anita Garibaldi - Ondina.



Jovem Médico



Na Câmara Municipal Na Sua Homenagem



Em Proatividade De Marketing No Hospital Português



Com Sua Esposa Emma e Seus Netos Beatriz, Nicole e Pedro



Junto Com Todos Seus Filhos Em Primeira Visita Com a Família Em Sua Terra Natal

# SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL MANOEL VITORINO



RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL GERAL ERNESTO SIMÕES FILHO



RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO - OSID



RESIDÊNCIA MÉDICA COT -MARTAGÃO



RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL



RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL SANTA IZABEL



RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - HUPES



RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO



RESIDÊNCIA MÉDICA DO HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTONIO DE JESUS

## AGENDA SBOT-BA

05

DE OUTUBRO

### CLUBE DO QUADRIL

REVISAO DE ATQ DR EMERSON HONDA

📍 BARBACOA

20

DE OUTUBRO

### CONGRESSO BAIANO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

📍 SHERATON BAHIA HOTEL

21

DE OUTUBRO

### CONGRESSO BAIANO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

📍 SHERATON BAHIA HOTEL

30

DE NOVEMBRO

### CLUBE DO OSSO

TRAUMA E QUADRIL

📍 BARBACOA

07

DE DEZEMBRO

### CLUBE DO QUADRIL

OSTEOTOMIAS DR JOSEANO VALÉRIO

📍 BARBACOA



# *Diagnoson a+: Exames de laboratório e de imagem em um único lugar.*

- Ressonância magnética: aparelho de alto campo magnético
- Tomografia computadorizada: reconstruções em 3D
- Ultrassonografia: médicos especialistas na modalidade músculo-esquelética
- Análises Clínicas e testes genéticos
- PET-CT
- Cintilografia Óssea

**Central de agendamento: 2104-2000**

[diagnosonamais.com.br](http://diagnosonamais.com.br)

[facebook.com/diagnosonamais](https://facebook.com/diagnosonamais)

**Assessoria médica**

[assessoriamedica.ba@grupofleury.com.br](mailto:assessoriamedica.ba@grupofleury.com.br)



**Endereço**

Rua Pernambuco, nº 14,  
Pituba, Salvador

  
**Diagnoson**  
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM  
Cuidar é uma ciência.



medicina  
diagnóstica



## Benefícios SBOTPrev

### Blindagem dos recursos

Benefícios pagos na forma de renda;  
não entram em inventário;  
não respondem por dívidas e não são penhoráveis.



Parceria Estratégica



## Outras vantagens

Envolvimento direto  
dos participantes na  
administração do plano.



Parceria Estratégica

