



DR. LUIZ JORDAN
PRESIDENTE SBOT-BA 2018

Palavra do Presidente

PAG 01



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
REGIONAL BAHIA

JORNAL SBOT-BA

MARÇO/2018

SBOT-BA: NOVOS RUMOS



POSSE DIRETORIA - GESTÃO 2018 PAG 09



Fratura da base do 5ºMetatarso

PAG 02

POR
DR. DANIEL
JONES



Alfredo Ferreira de Magalhães, o pioneiro no ensino da ortopedia no brasil

PAG 03

POR
PROF. DR. ALEX
GUEDES



Avaliação radiográfica dos pacientes submetidos a tratamento do pé torto congênito idiopático pelo método de Ponseti

PAG 04 - 06

POR
DR. ANTONIO LUIZ
GONÇALVES BRANDÃO



Panorama da Cirurgia de Coluna na Bahia

PAG 06

POR
DR. MARCOS LOPES



Biografia Dr. Gildásio Daltro

PAG 07

POR
PROF. EDIVALDO BOAVENTURA

CLUBE do OSSO 15/03



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
REGIONAL BAHIA

TUMOR e OSTEOPOROSE

Radiologista Lucas Gama Lobo

Ressonância Magnética na Avaliação dos
Tumores ósseos Malignos: estado da Arte

Dr. Luíz Jordan

Tratamento da osteoporose, quem e quando
tratar.

Dr. Alex Guedes

Metástases ósseas.

Coordenação Científica: Dr. David Sadigursky

 Auditório Jadelson Andrade. Rua Baependi, 162, ABM Ondina  19:00

 sbotba.org/clubedoosso  sbot.bahia@gmail.com  71.3022-9946

 **Labchecap**

Laboratório e Imagem

EXPEDIENTE

GESTÃO 2018

PRESIDENTE: DR. LUIZ JORDAN MACEDO DO AMARAL

1º VICE-PRESIDENTE: DR. ROGÉRIO MEIRA BARROS;

2º VICE-PRESIDENTE: DR. CARLOS A. P. DE SANT'ANNA FILHO;

1º SECRETÁRIO: DR. DAVID SADIGURSKY;

2º SECRETÁRIO: DR. LUÍS ALFREDO GOMEZ ;

1º TESOUREIRO: DR. NIVALDO SOUZA CARDOZO FILHO;

2º TESOUREIRO: DR. ALOÍSIO REIS CARNEIRO.

CONSELHO FISCAL

DR. THIAGO ALVIM DO AMARAL

DR. ADRIANO FONSECA FILHO

DR. ALEXANDRE VASCONCELOS DE MEIRELLES

DR. THIAGO ALVIM DO AMARAL

DR. MARCOS ANTÔNIO ALMEIDA MATOS

DELEGADOS

DR. ANTÔNIO SÉRGIO PASSOS

DR. ALEX GUEDES

DR. ROGÉRIO JAMIL FERNANDES CARNEIRO

DR. ADALBERTO VISCO

DIREÇÃO GERAL -DR. ALEXANDRE VASCONCELOS DE MEIRELLES

DIAGRAMAÇÃO - EMERSON LOPES CABRAL DRT-738 MS

COORDENAÇÃO EDITORIAL - SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - REGIONAL BAHIA



SUMÁRIO

- 01 PALAVRA DO PRESIDENTE
- 02 FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO
- 03 ALFREDO FERREIRA DE MAGALHÃES, O PIONEIRO NO ENSINO DA ORTOPEDIA NO BRASIL
- 04 AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO IDIOPÁTICO PELO MÉTODO DE PONSETI
- 06 PANORAMA ATUAL DA CIRURGIA DA COLUNA NA BAHIA
- 07 BIOGRAFIA DR. GILDÁSIO DALTRO
- 09 POSSE DIRETORIA - GESTÃO 2018
- 10 LISTA DE APROVADOS TEOT 2018
- 10 AGENDA SBOT-BA

PALAVRA DO PRESIDENTE: **CAROS COLEGAS**



POR DR. LUIZ JORDAN MACEDO DO AMARAL
PRESIDENTE SBOT-BA 2018

Estamos iniciando mais um ano e uma nova gestão da SBOT, da qual tenho a honra de presidi-la. Procurei me cercar de colegas que representassem a nossa ortopedia, todos nós, membros desta diretoria, estaremos imbuídos em proporcionar atividades científicas e educativas, tais como o clube do osso, abrangendo todas as sub especialidades, Jornadas do interior (Jequié e Jacobina), Congresso Baiano e o CIAO, Além de apoiar e incentivar atividades educacionais oriundas dos diversos Serviços de Residência e dos diversos Comites das especialidades. Teremos ainda em parceria com a SBOT nacional o “Carrossel Ortopédico” que ocorrerá no interior do Estado, ainda a ser definido. Estamos em conversação

com o comitê, ASAMI, com intuito de realizarmos o curso básico Itinerante de fixadores Externos aqui em nosso Estado. Vivemos momentos de turbulência econômica e política que afetam a vida de milhares de brasileiros e a SBOT esta atenta aos acontecimentos, tivemos agora no final de Janeiro o FÒRUM SBOT, onde se reuniu todas as regionais, comitês e diretoria nacional para delinear os rumos de nossa sociedade, no que tange, educação, defesa profissional, comunicação, política e economia. Desejamos a todos sucesso profissional e pessoal em 2018, nos colocamos a disposição de todos os colegas.

Cordialmente,

Luiz Jordan M. Amaral
Presidente SBOT-Ba

FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO



POR DR. DANIEL ALCÂNTARA JONES
ORTOPEDISTA, ESPECIALISTA EM PÉ E TORNOZELO

Dos metatarsos, o quinto é o mais comumente fraturado. A literatura ortopédica atual não chegou a um consenso no que diz respeito ao diagnóstico, classificação, e abordagem terapêutica para fraturas da base do quinto metatarso. Esta controvérsia data desde 1902 quando Sir Robert Jones publicou seu conhecido artigo "Fratura da base do quinto osso metatarsiano pela violência indireta", motivado pela lesão que ele próprio sofreu durante a dança. E foi perpetuada pelo uso universal da designação "Fratura de Jones" para todas as fraturas na base do quinto metatarso.

Na busca de um consenso, atualmente a Sociedade Americana de Cirurgiões de Pé e Tornozelo (AOFAS), subdivide a fratura da base do quinto metatarso em três zonas, em função da particularidade de cada uma. E, a partir desta subdivisão, o tratamento é orientado.



Figura 1. Zonas da fratura da base do 5º metatarso

A fratura da zona I resulta frequentemente de forças de tração exercidas na inserção do tendão fibular curto. Atingindo essencialmente osso esponjoso, está associada a taxas de consolidação

elevadas, sendo consensual o tratamento conservador com carga conforme tolerado. O tratamento cirúrgico é indicado para os casos de pseudartrose sintomática, ou quando houver desvio articular maior que 2 mm, situações não comuns.

O suprimento sanguíneo do quinto metatarsiano é um determinante importante nos algoritmos de tratamento. A principal artéria que nutre o quinto metatarso insere-se na diáfise medial em aproximadamente 80% dos indivíduos. A região metadiafisária proximal (zona II – fratura de Jones – e zona III – fratura da bailarina) do quinto metatarsiano é vulnerável ao aumento das taxas de pseudartrose em função dessa zona relativamente avascular. Estudos na literatura mundial reportam taxas de até 66% de pseudartrose nessas regiões.

Para as fraturas agudas da zona II e III, o tratamento de escolha ainda é conservador, a menos que haja sintomas de fratura de estresse ou a lesão ocorra em um atleta de elite (profissional).

O tratamento não-operatório, consiste na utilização de uma órtese para imobilização do tornozelo durante 6-8 semanas e, em seguida, transição para carga progressiva. Se houver dor persistente após 3 meses de tratamento conservador, a intervenção cirúrgica é considerada, e

a fixação com um parafuso sólido intramedular é o tratamento de escolha.

Fraturas com sintomas antes do trauma e com alterações radiográficas sugerindo fratura por estresse, a maioria dos cirurgiões defende a intervenção cirúrgica de imediato. Há algum debate sobre se abrir o local da fratura e a realização do enxerto ósseo para lesões agudas do estresse. Muitos cirurgiões acreditam que a perfuração do local e fixação com um parafuso intramedular é suficiente para estimular a consolidação. Finalmente, em atletas de elite, mesmo em fraturas sem desvio, a intervenção cirúrgica é o tratamento de escolha, buscando-se evitar o longo período de imobilização e a refratura que apresenta uma incidência maior do que 60% com o tratamento conservador.



Figura 2a - fratura por estresse em atleta – zona III
2b – controle radiográfico realizado após 8 semanas da cirurgia

Referências:

[Injury.](#)

- 2012 Oct;43(10):1626-32. doi: 10.1016/j.injury.2012.03.010. Epub 2012 Mar 30. **Acute fractures to the proximal fifth metatarsal bone: development of classification and treatment recommendations based on the current evidence.** [Polzer H¹](#), [Polzer S](#), [Mutschler W](#), [Prall WC](#).

[Foot Ankle Int.](#)

- 2016 Apr;37(4):411-8. doi: 10.1177/1071100715619678. Epub 2015 Dec **Biomechanical Comparison of Intramedullary Screw Versus Low-Profile Plate Fixation of a Jones Fracture.** [Huh J¹](#), [Glisson RR²](#), [Matsumoto T³](#), [Easley ME²](#). [Curr Rev Musculoskelet Med](#).
- 2017 Mar;10(1):86-93. doi: 10.1007/s12178-017-9388-5. **Zone II and III fifth metatarsal fractures in athletes.** [Le M¹](#), [Anderson R²](#).

JORNADA INTEGRAÇÃO

Jequié - BA

27e28
ABRIL
2018

ALFREDO FERREIRA DE MAGALHÃES, O PIONEIRO NO ENSINO DA ORTOPEDIA NO BRASIL



POR PROF. DR. ALEX GUEDES
COORDENADOR DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO COM-HUPES/
EBSERH/UFBA

O ensino oficial da Ortopedia em nosso país iniciou-se há cento e sete anos, nascido da subdivisão da disciplina de pediatria lecionada àquela época na Bahia e Rio de Janeiro.

Em 1882, foi criada a cadeira autônoma para a Clínica de Crianças nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, a “Clínica de Moléstias Médicas e Cirúrgicas da Criança”, regida, na Bahia, por Frederico de Castro Rebello (1855-1928).

Em 1911, a Lei Orgânica do Ensino Superior e do Fundamental da República e o Regulamento das Faculdades de Medicina, assinados pelo presidente Hermes da Fonseca e referendados pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores Rivadávia da Cunha Corrêa (decretos nº 8.659 e 8.661, ambos de 05/04/1911) criam, respectivamente, as diversas categorias docentes – entre elas a do professor ordinário (responsável pela regência da cadeira para qual era nomeado) – e

o desdobramento da “Clínica de Moléstias Médicas e Cirúrgicas da Criança” em duas novas cátedras: “Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil” e “Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia”.



O primeiro professor ordinário da “Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia” na Faculdade de Medicina da Bahia, nomeado pelo decreto nº 8705 de 04/05/1911, foi Alfredo Ferreira de Magalhães (1873-1943), tendo por assistente efetivo à época o professor Joaquim Martagão Gesteira (1884-1954).

O Serviço de Pediatria (Clínica e Cirúrgica) àquela época – assim como as demais Clínicas da Faculdade de Medicina da Bahia –

funcionava no Hospital Santa Izabel, pertencente à Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Contava com apenas seis leitos em uma enfermaria dividida com a Clínica Obstétrica e Ginecológica. A inauguração, em 1910, da Maternidade Climério de Oliveira, vinculada à FMB, permitiu a ampliação dos leitos no Hospital Santa Izabel, que passou a contar com uma enfermaria destinada exclusivamente às crianças, onde eram atendidas as moléstias clínicas e cirúrgicas e ortopédicas e onde o professor Alfredo atuou, até ficar em disponibilidade, em 1925. Em 1925, o professor é sucedido na cátedra por Dr. Durval Tavares da Gama (1886-1946), um dos membros fundadores da SBOT em 1935.

O professor Alfredo, em sua longa e fecunda vida docente e profissional, produziu cerca de 400 publicações nacionais e internacionais. Particularmente na área da Ortopedia, como frutos de suas observações clínicas no Hospital Santa Izabel e no IPAIB, listam-se diversas contribuições referentes ao diagnóstico e tratamento das malformações congênitas dos membros, da escoliose e da tuberculose osteoarticular.

AVALIAÇÃO RADIOGRÁFICA DOS PACIENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO DO PÉ TORTO CONGÊNITO IDIOPÁTICO PELO MÉTODO DE PONSETI



POR DR. ANTONIO LUIZ GONÇALVES BRANDÃO

ORTOPEDISTA PEDIÁTRICO
MEMBRO TITULAR DA SBOT, SBOP E POSNA
MEMBRO DA PIA - PONSETI INTERNATIONAL ASSOCIATION, PIA LATINOAMERICA E CO-FUNDADOR DA PIA BRASIL.
HOSPITAL JORGÉ VALENTE, HOSPITAL SANTO ANTONIO DAS OSID, HOSPITAL DO SUBÚRBO, HOSPITAL ERNESTO SIMÕES E CONSULTÓRIO CORTE.
ANTONIOLLOOL@ME.COM

O pé torto congênito (PTC) idiopático é a deformidade congênita mais comum no pé, e é caracterizada por um complexo conjunto de deformidades (equino, calcâneo varo, rotação medial do calcâneo e antepé cavo e aduto). A incidência do PTC é semelhante na maioria dos países, de 1 a 2 para cada 1000 nascidos vivos, ocorre como enfermidade isolada em 80% dos casos e 40% são bilaterais. A causa, todavia ainda é desconhecida, mas sabe-se que existe uma relação multifatorial: vascular, genética, mecânica e estrutural. Desde os anos 40, e mais relevantemente nos últimos 20 anos, a técnica de Ponseti vem sendo largamente utilizada como método de tratamento, em lugar do método de liberação cirúrgica pósteromedial ou circunferencial, outrora mais prevalente. Trata-se de um método no qual, mediante manipulações seriadas, trocas periódicas de gesso e uma tenotomia do tendão do calcâneo, faz-se a correção das deformidades primárias. Após essa fase, a correção é mantida por intermédio de uma órtese de abdução. Falhas no tratamento são atribuídas a não adesão ao uso da órtese, gerando um número razoável de recidivas.

Não obstante, a fácil reprodutibilidade após treinamento básico e a possibilidade de produzir resultados semelhantes aos da literatura fazem desse método o mais usado atualmente nos serviços especializados. O tratamento do PTC idiopático pelo método de Ponseti, no seu conceito original, não leva em consideração exames radiográficos em nenhum momento do diagnóstico, tratamento e avaliação de resultado. A despeito desse dado, são diversos os serviços que realizam radiografia como forma adjuvante para acompanhamento da correção e auxílio na tomada de conduta durante e após o tratamento. Poucos são os trabalhos que detalham as características radiográficas dos pés

tratados. A maior parte dos pacientes tem seu tratamento iniciado dentro dos três primeiros meses de vida, e nesse grupo, principalmente nos países desenvolvidos, o tratamento inicia-se nas quatro primeiras semanas de vida. Há também de se ressaltar que os relatos de pés que estão iniciando tratamento tardiamente vêm aumentando na literatura, ampliando a capacidade de uso da técnica em pacientes de idade superior àquela preconizada pelo protocolo original, mas com bons resultados obtidos em quaisquer faixas etárias. Durante e após tratamento com as trocas gessadas seriadas e uso de órtese, o ganho é avaliado por intermédio de parâmetros clínicos, tais como: arco de movimento, redução das deformidades originais e observação da anatomia topográfica do pé, carecendo-se de exames objetivos que comprovem esses achados das avaliações clínicas. Avaliações das relações angulares nas articulações do médio e retropé seriam relevantes na análise final da eficácia do método e dariam a noção da capacidade de correção. A realização da radiografia nestes pés mais amadurecidos, já após a primeira infância, assim como nos pés tratados tardiamente, poderia ser recomendada, para avaliação dos resultados do tratamento. O objetivo do trabalho foi avaliar a radiografia como método de aferição de efetividade da técnica de Ponseti, em casos de pés tortos congênitos idiopáticos unilaterais e correlacionar os achados do estudo, com os parâmetros padrão, já utilizados na evolução e avaliação do pé torto congênito.

DUSCUSSÃO

No presente estudo, a comparação entre as médias, realizada através do teste t pareado, revelou que os ângulos AC-5MTT, ATi-C e AC-H mostravam-se semelhantes ($p > 0,05$), inferindo que estes ângulos

lograram o êxito da correção desejada, igualando ou assemelhando-se aos mesmos ângulos do pé contralateral não tratado. Os demais ângulos alcançaram significância estatística, comprovando sua dessemelhança.

O desalinhamento entre os resultados clínico e radiográfico pode ser atribuído à amplitude da faixa considerada normal para os ângulos mensurados. Tivessem as comparações entre pés tortos tratados e pés contralaterais sido feitas quanto à normalidade ou não (variável qualitativa nominal), teria sido maior a probabilidade de detectar semelhança entre as medidas dos dois pés. Tendo-se optado por tratar os ângulos radiográficos como variável quantitativa contínua, os testes estatísticos aplicáveis são mais robustos, aumentando a chance de diferenças significantes entre as medidas de cada lado. Quando analisamos as médias e seus desvios-padrão e a média de idade dos pacientes (73,3 meses), observamos, baseados nos valores de referência da literatura aceitos para esses ângulos, que todas as medidas encontram-se dentro da faixa normal, o que poderia justificar essa divergência clínico-radiológica. Outra questão que também aparenta ser relevante é a grande variabilidade das medidas angulares nessa fase (infanto-juvenil), dificultando um estabelecimento do que seriam os valores normais dos ângulos das articulações no pé. A variação dos ângulos de acordo com a progressão da idade é algo que está ligado à própria anatomia da criança. Componentes como frouxidão ligamentar fisiológica e ossos tarsais não totalmente ossificados alteram e geram uma variabilidade nas relações ósseas que impedem um estabelecimento fidedigno do que vem a ser normal, impedindo uma generalização de um único padrão normal. Não obstante, em indivíduos abaixo de 36 meses, a forma ovalar dos núcleos de ossificação pode gerar interpretações errôneas a respeito das relações articulares.

O presente estudo demonstrou uma prevalência maior em indivíduos do sexo masculino, corroborando a literatura, que descreve uma relação de 3:1, não houve diferença em relação à lateralidade, apresentando uma igualdade nos números finais. A amostra foi majoritariamente oriunda de capitais e grandes centros urbanos, o que talvez possa ter influenciado no maior número de bons ótimos resultados, visto que a necessidade de visitas semanais, na maioria das situações, dificulta a vinda dos pacientes que estão longe dos centros especializados de tratamento. Houve uma predominância de negros e mestiços (afro-descendentes), algo que pode ser devido a uma maior incidência nessa raça, três vezes mais que nos

caucasianos ou pode-se relacionar ao fato de a maior parte dos sujeitos analisados serem provenientes de um estado brasileiro com maioria negra e afro-descendente. O maior grupo estudado estava na faixa de dois a quatro anos de idade (33%), ou seja, ainda no momento de uso da órtese e teoricamente ainda em tratamento (com exceção dos indivíduos que abandonaram o tratamento antes de completar os quatro anos). A maioria dos pacientes analisados estavam com mais de quatro anos de idade já sem uso de órtese de abdução.

O presente estudo convergiu com os resultados da literatura. Não houve discrepâncias nos dados relacionados à quantidade de gessos necessários para correção, necessidade de tenotomia do TC, complicações e recidivas. No entanto, na presente amostra, devido a uma resistência por parte dos pais ou responsáveis, em relação ao procedimento percutâneo realizado em ambiente ambulatorial, a maioria das tenotomias realizadas foram feitas sob anestesia geral ou sedação (63%), procedimento não preconizado pela técnica original, haja vista que dentro das orientações relacionadas a metodologia, o não envolvimento de procedimentos anestésicos com internamentos hospitalares, visam agilizar o processo de tratamento assim como diminuir os custos relativos a um procedimento cirúrgico. Entretanto não houve alteração ou mudança no procedimento da tenotomia *persi*.

A Escala de Pirani inicial média, (5,4) revelou que os PTC estavam com todas as suas deformidades originais presentes, traduzindo gravidade na maioria dos casos. A média final da Escala de Pirani demonstrou que foi alcançado uma correção muito boa, que produz um pé bastante funcional e corrigido. A impressão do aspecto final seguiu o mesmo padrão da avaliação clínica de Pirani e apresentou predominância do Ótimo e Bom (94,5%). A avaliação do PTC segundo o método Ponseti se restringe até esse ponto. Outras pontuações podem ser utilizadas para a avaliação do tratamento, no entanto neste estudo foram realizadas radiografias com o objetivo de identificar possíveis alterações ou assimetrias nas relações ósseas nos pés.

O presente estudo apresentou médias e desvios-padrão de oito ângulos medidos na incidência AP e perfil, numa amostra populacional cuja idade variou de 48 a 177 meses de idade. Apesar dos bons resultados clínicos gerais, não houve correspondência com o resultado estatístico baseado nos valores de significância do teste utilizado em cinco dos ângulos medidos (com $p < 0,01$). Talvez a variabilidade gerada pela própria fisiologia e morfologia nessa faixa etária inicial tenha

influenciado o resultado, revelando que, a despeito do PTC estar clínica e funcionalmente corrigido, ele não consegue igualar-se em seus valores angulares ao pé contralateral (normal), visto que, nas idades que correspondem às faixas I e II (no nosso estudo), os pés controle, devido à anatomia da idade, estão numa condição diametralmente oposta ao pé recém-tratado. Esses pés apresentam-se planos, pronados e valgus, situação morfológica própria da idade. Entretanto, quando analisamos crianças e pré-adolescentes nas faixas correspondentes a III e IV em nosso estudo, já se observa uma maior correspondência e uma significância estatística maior entre os grupos.

A correlação entre os resultados radiográficos e os parâmetros clínicos utilizados, mostram-se com baixo nível de significância.

As avaliações radiológicas se mostraram como um rigoroso método de avaliação, na medida em que estabelece comparação entre pés tratados e não tratados do próprio paciente. A despeito dessa consideração, quando analisamos o resultado das médias dos ângulos no PTC tratado, todos eles se encaixam dentro dos valores médios normais da literatura.

O estudo radiográfico, apesar de apresentar limitações de uso nas faixas etárias I e II, devido a diversos fatores tais como: imaturidade e morfologia

podem ser uma ferramenta na avaliação do tratamento do PTC, sendo que provavelmente sua eficácia deverá ser maior em indivíduos com a maturidade óssea mais avançada e com idade superior a sete anos conforme sugere o presente trabalho.

Uma perspectiva para estudos futuros seria uma análise estratificada, limitando do ponto de vista etário, os grupos a serem analisados.

No entanto, a possibilidade de avaliar as médias e desvios das medidas angulares possibilitou enxergar que esses pés tratados, que inicialmente podem se apresentar assimétricos do ponto de vista radiológico estão dentro de valores considerados normais na literatura e, com o amadurecimento do pé, tendem a apresentar valores semelhantes ou iguais ao pé não tratado.

CONCLUSÃO

A radiografia não é um método adequado para avaliar a efetividade dos resultados do método de Ponseti, em casos de pés tortos congênitos idiopáticos unilaterais, podendo ser indicado para após a primeira infância ou em tratamentos de casos inveterados.

Não foi encontrada correlação significativa entre os resultados radiográficos e o parâmetro clínico utilizado para aferir correção.

PANORAMA ATUAL DA CIRURGIA DA COLUNA NA BAHIA



POR DR. MARCOS LOPES

MEMBRO TITULAR SBOT
MEMBRO TITULAR SBC E ATUAL PRESIDENTE SBC REGIONAL BAHIA
PÓS GRADUADO EM CLÍNICA DA DOR

Contando com mais de 40 membros titulares da sociedade brasileira de coluna e com residência em r4 e r5 em Salvador, a cirurgia de coluna apresentou uma evolução muito grande em nosso estado.

Antes uma subespecialidade sem muita procura, a cirurgia de coluna apresenta atualmente um número expressivo de ortopedistas interessados nessa área.

Com uma sociedade regional de coluna atuante em promover eventos científicos e disseminar conhecimentos em alto nível, tem se observado grande evolução não apenas em termos teóricos mas no maior aperfeiçoamento prático de seus membros sempre atualizado com as mais

modernas técnicas cirúrgicas e contando com profissionais extremamente capacitados hoje a cirurgia de coluna já tornou realidade técnicas cirúrgicas antes impensadas, como, por exemplo, as cirurgias minimamente invasivas e a cirurgia videoendoscópica, com excelentes resultados, menor comorbidade, menor tempo de internação e retorno mais rápido dos pacientes às atividades habituais. Além do uso de potencial evocado tornando a cirurgia mais segura e com menor risco de danos nefrológicos.

Como principal objetivo de todo esse investimento em conhecimento e desenvolvimento técnico, está a prestação de um atendimento mais qualificado aos nossos pacientes.

BIOGRAFIA

DR. GILDÁSIO DALTRO



POR EDIVALDO M. BOAVENTURA
PROFESSOR EMÉRITO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA

É com satisfação que coloco uma palavra na abertura desta viagem científica. O vivo interesse de Gildásio Daltro pela cultura possibilitou uma convivência agradável e uma admiração pelo seu esforço em desenvolver a ortopedia, particularmente no que se refere à sua especialidade.

Como médico vocacionado, partiu da formação graduada na Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Ufba) e construiu uma carreira acadêmica com esmero e dedicação. É admirável como seguiu linearmente os níveis da pós-graduação.

lateral direto, que apresentou para tese doutoral em 1999. Não temos a pós-graduação, o doutorado enseja a emancipação universitária, pois até este nível é exigida a figura do orientador.

Obtido o doutorado, o último nível formal da educação brasileira, Gildásio investiu autonomamente na germânica Privatdozenten. Hoje, a livre-docência é reservada àqueles que, tendo o doutorado, como é o caso de Gildásio, querem encerrar a carreira com esse título de tradicional prestígio na vida acadêmica brasileira. É de bem saber que a livre-docência foi implantada no

Brasil em 1911. Funcionou antes da reforma universitária como seleção de candidatos à cátedra. todavia, mudou a sua função no decorrer dos anos. Uma vez mantida na organização universitária,



A sua produção o credencia junto à comunidade científica”

Escolhendo a ortopedia, aperfeiçoou-se com a residência médica no Hospital Anchieta, em São Paulo. Seguiu depois para a Europa, onde se especializou em cirurgia do quadril, no Hospital Raymond Poincaré, e cirurgia do pé e tornozelo, com o professor Antonio Viladot, no Hospital San Rafael, em Barcelona.

Com especialização acadêmica e experiência profissional, ingressou no doutorado em cirurgia. Orientado por Álvaro Rabelo Alves Júnior, investigou a artroplastia total do quadril no idoso portador de fratura do colo femoral: estudo prospectivo randomizado comparativo do acesso anterior com

exige o título de doutor como condição necessária à inscrição para as provas de habilitação a serem apreciadas por uma banca de doutores com produção científica. Foi o que realizou com êxito o nosso professor Gildásio. Preparou a tese com base no estudo da osteonecrose do quadril em pacientes com anemia falciforme, submeteu-se às provas e obteve o título de livre-docente. Naquele momento, pesquisou bastantes portadores da anemia falciforme, que geralmente são afro-descendentes ou pertencentes à pequena faixa demográfica do Mediterrâneo. Assim, as especializações foram acrescidas do doutoramento e da livre-docência, que é uma «habilitação que apura devidamente a

competência científica e a capacidade didática do candidato» (Newton Sucupira).

O professor Gildásio prossegue na carreira docente, marcada pela liderança no ensino e lastreada na investigação científica. Atualmente, analisa o



A atividade de pesquisa é uma constante no vocacionado professor...”

emprego das células-tronco na sua área de investigação (terapia celular). Tem se distinguido na docência da ortopedia e traumatologia. A sua produção o credencia junto à comunidade científica. No Complexo Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, da Faculdade de Medicina da Bahia, desenvolve as suas atividades, chefiando atualmente, como professor titular, o Departamento de Cirurgia Experimental e Especialidades Cirúrgicas e o Serviço de Ortopedia e Traumatologia. Nesses e em outros postos universitários tem demonstrado liderança e competência, contribuindo para o crescimento científico da ortopedia na Bahia.

A atividade de pesquisa é uma constante no vocacionado professor, que assim demonstra a modernidade de sua formação. Seguiu a linearidade pós-graduada, alcançando os níveis formativos exigidos para o desempenho acadêmico. A determinação como conduziu a sua formação firmou-o no conceito de colegas, alunos e pacientes, entre os quais me incluo.

Entrementes, ao longo da carreira acadêmica, ele foi pacientemente acumulando informações e saberes da história da medicina, seus métodos, instrumentos, descobertas e aplicações. A permanência em centros europeus, principalmente



na França, e a presença na bicentenária Faculdade de Medicina da Bahia e em seus hospitais possibilitaram conhecer as contribuições do passado médico do século XIX. a riqueza das descobertas e ps inventos para minorar o sofrimento humano assinalam etapas decisivas registradas nesta publicação.

Na trajetória inventiva, o professor Gildásio começa com a medicina hospitalar relacionada com as mudanças revolucionárias na França. O hospital passa a ser o local de ensino médico por excelência. Destaca os nomes importantes da medicina, “no grande século da ciência», como Bichat, Virchow, Claude Bernard, Charcot - conhecido no Brasil por ter sido médico de Som Pedro II -, Larrey, Pasteur, Koch, seus inventos e descobertas nos principais centros europeus: Paris, Londres, Berlim, Viena. Observa com propriedade que “a preocupação com o rigor científico começou a ser introduzida na clínica, e o empirismo característico da medicina tradicional e fantasista começou a ser deixado para trás” (p.39). Relaciona o crescimento das disciplinas, como a fisiologia e a neurologia, e das especialidade médicas. E também descreve os instrumentos, a exemplo do polígrafo clínico, os métodos, como o anatomoclínico, o estetoscópio de Laennec, e outros.

É também no século XIX que começa o ensino no Rio de Janeiro, em novembro daquele ano. Não somente comunica os investos e contribuições, com também procura mostrar as repercussões no nosso país com as reformas e reorganizações do ensino médico no século XIX.

Em verdade, esta obra traça um cenário científico do século XIX, incluindo o que se passou no Brasil, no esforço de construir para o conhecimento, tornando-se um livro útil aos que se interessam pela cultura médica e pelo progresso científico da medicina. Há muito que apreender em Viagem à Medicina do século XIX com o professor Gildásio Dalto.





POSSE DA NOVA DIRETORIA DA SBOT-BA GESTÃO 2018

A Regional Bahia realizou cerimônia de posse do novo presidente da SBOT Regional-BA Dr. Luiz Jordan Macedo do Amaral e da sua diretoria no dia 10/01 no auditório da ABM (Associação Baiana de Medicina). O evento contou com a participação dos membros das diretorias da Gestão 2017 e da atual Gestão 2018 e convidados.

No dia 18/01/2018 foi realizada a primeira reunião da diretoria SBOT Regional-BA Gestão 2018 com a liderança do atual presidente Dr. Luiz Jordan contando com a presença da sua diretoria e do ex-presidente (2017) Dr. Rogerio Jamil. Foram discutidos tópicos de atuação e desafios da nova gestão.

Ademais, ficaram reservados os dias 19 e 20/10/18 para a realização do XIX Congresso Baiano de Ortopedia e Traumatologia que deverá contar com a participação dos membros locais da sociedade assim como de alguns convidados nacionais (Ex.: diretoria da SBCOC).



APROVADOS TEOT 2018

HOSPITAL MANOEL VICTORINO:
BRUNO RAONE LEÃO DE OLIVEIRA
FRANCISCO ROQUE PAIM COSTA
JUNIOR
JOÃO GILBERTO GOMES MACÊDO

HOSPITAL SANTA ISABEL:
FELIPE CARVALHO DE OLIVEIRA
GUILHERME BATISTA CARVALHO
MAYARA COELHO DE CASTRO E SILVA
RAPHAEL OLIVEIRA REBOUÇAS
RODRIGO VERAS SIQUIEROLI
JOSÉ AUGUSTO DE OLIVEIRA

HOSPITAL SÃO RAFAEL:
AEDO SOUZA KHOURI DA SILVA
CÍCERO CARVALHO MATOS
CLÊNITO JOSÉ MONTEIRO JÚNIOR
RODRIGO MENDONÇA FREITAS

HOSPITAL DAS CLÍNICAS:
DAVID BATISTA LOPES SANTOS
EDUARDO ARAÚJO DE FIGUEIREDO
JOSE WYCLER FERNANDES DUARTE
KAIO RODRIGO BARRETO RAMIRO
MARCO ROBERTO GUIMARÃES PEREIRA
MATHEUS DE ARAÚJO SILVA BARRETTO
RAMON OLIVEIRA SOARES

COT MARTAGÃO:
DANILO DE CASTRO BORBA
LUCAS CORTIZO GARCIA
MARIANA DRUMMOND SOUSA
MAURICIO JOSE GONCALVES DE
SALES ARMEDE
RODRIGO REGO MARTINS

**HOSPITAL REGIONAL SANTO
ANTÔNIO DE JESUS:**
JOÃO PAULO DA MOTA LIMA

AGENDA SBOT-BA

15 DE MARÇO	CLUBE DO OSSO TUMOR E OSTEOPOROSE  AUDITÓRIO JADELSON ANDRADE NA ABM	16 DE AGOSTO	CLUBE DO OSSO  AUDITÓRIO JADELSON ANDRADE NA ABM
19 DE ABRIL	CLUBE DO OSSO  AUDITÓRIO JADELSON ANDRADE NA ABM	25 DE AGOSTO	JORNADA INTERIOR  JUAZEIRO
27e28 DE ABRIL	JORNADA INTERIOR JEQUIÉ - BA  UNIVERSIDADE ESTADUAL SUDOESTE DA BAHIA	14 SETEMBRO	CARROSEL ORTOPEDIA  LOCAL A DEFINIR
24 DE MAIO	CLUBE DO OSSO  AUDITÓRIO JADELSON ANDRADE NA ABM	27 SETEMBRO	CLUBE DO OSSO  AUDITÓRIO JADELSON ANDRADE NA ABM
26 JULHO	CLUBE DO OSSO  AUDITÓRIO JADELSON ANDRADE NA ABM	20e21 OUTUBRO	CBaOT  HOTEL DEVILLE PRIME SALVADOR