



**DR. LUIZ JORDAN**  
PRESIDENTE SBOT-BA 2018

# Palavra do Presidente

PAG 01



SOCIEDADE BRASILEIRA DE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
REGIONAL BAHIA

**JORNAL SBOT-BA**

MAIO/2018

## SBOT-BA: NA LUTA PELA FRENTE PARLAMENTAR DE MEDICINA



**JORNADA INTEGRAÇÃO**

Jequié - BA

PAG 11



**CLUBE DO OSSO**

15/03

PAG 10



**CLUBE DO OSSO**

19/04

PAG 10



**III COTRAF**

PAG 11



POR  
THIAGO ALVIM  
DO AMARAL

**Manejo do Déficit de Extensão do joelho após trauma agudo**

PAG 02



POR  
EMERSON DE SOUZA  
MATOS GADEA

**Ortopedia no interior Município de Irecê-BA**

PAG 10



POR  
HENRIQUE  
GONÇALVES

**Revisão de Artroplastia com uso de Enxerto Impactado**

PAG 04



POR  
DR. LUIS  
ALFREDO GOMEZ

**Novos desafios da Ortopedia contemporânea**

PAG 11



POR  
DR. CARLOS ALBERTO  
P. DE SANT' ANNA FILHO

**Biografia: Dr. Carlos Alberto Petersen de Sant'anna**

PAG 08



POR  
DR. ENILTON MATTOS

**Panorama atual da cirurgia da mão na Bahia**

PAG 12

Acesse o site [www.sbotba.org](http://www.sbotba.org) e fique por dentro de tudo que acontece na Sociedade

# 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-178 MS

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



# SUMÁRIO

- 01 PALAVRA DO PRESIDENTE
- 02 MANEJO DO DÉFICIT DE EXTENSÃO DO JOELHO APÓS TRAUMA AGUDO
- 04 REVISÃO DE ARTROPLASTIA COM USO DE ENXERTO IMPACTADO
- 08 BIOGRAFIA DR. CARLOS ALBERTO PETERSEN DE SANT'ANNA
- 09 AGENDA SBOT-BA
- 10 ORTOPEDIA NO INTERIOR - IRECÊ
- 11 NOVOS DESAFIOS DA ORTOPEDIA CONTEMPORÂNEA
- 12 PANORAMA ATUAL DA CIRURGIA DA MÃO NA BAHIA
- 13 CLUBE DO OSSO: MARÇO E ABRIL
- 14 JORNADA JEQUIÉ, III COTRAF

# PALAVRA DO PRESIDENTE: CAROS COLEGAS



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

Este é um ano importante para a sociedade brasileira como um todo, teremos uma ampla eleição a nível Estadual e Federal, onde será importante nossa escolha de quem irá nos representar. A SBOT vem conjuntamente com outras sociedades médicas, desenvolvendo um trabalho para formação de uma “Frente Parlamentar da medicina, visando a defesa de nossa profissão, que vem sendo aviltada, desrespeitada, nestes últimos anos, vide o programa “ Mais Médico ”; a abertura indiscriminada de novos cursos de medicina, a tentativa de formação de especialistas por cursos a distância, aumento no prazo para consulta de revisão de 30 para 60 dias, e de tantas outras medidas que

tentam na surdina aprovar no congresso nacional. Diante deste fato, precisamos estar atentos e apoiar candidatos que possam vir na defesa dos anseios dos médicos, da prática da boa medicina e dos nossos pacientes. Vamos resgatar a dignidade e o orgulho de ser médico.

Aproveito este espaço para convidá-los para o nosso maior evento estadual, O Congresso Baiano de Ortopedia e Traumatologia, Outubro de 2018. O evento acontecerá no Hotel Deville dias 19 e 20/10/2018. Vamos mostrar a força e a União de nossos Ortopedistas.

Um grande abraço a todos.

## XIX CBaOT Congresso Baiano de Ortopedia e Traumatologia | 19 e 20 outubro | Hotel Deville Salas Itapuã I e II



19/10/2018	SEXTA FEIRA
07:30	INSCRIÇÃO
8:00	ABERTURA DO CONGRESSO
08:10 ÀS 10:00	MÓDULO 01
08:10 - 09:10	ORTOPEDIA DESPORTIVA ( COMO EU TRATO )
08:10 - 08:20	TENDINOPATIAS DO MEMBRO SUPERIOR
08:20 - 08:30	TENDINOPATIAS DO MEMBRO INFERIOR
08:30 - 08:40	PUBALGIA
08:40 - 08:50	LESÃO MUSCULAR
08:50 - 09:00	ARTROPATIAS OU CONDROPATIAS
09:00 - 09:10	SESSÃO DE PERGUNTAS
09:10 - 09:40	MESA REDONDA OMBRO E COTOVELO
09:40 - 10:00	SIMPÓSIO PARA LABORATÓRIO C COM ACIDO HYALURONICO)
10:00 ÀS 11:10	MODULO 02
10:00 -11:10	CONSULTÓRIO ORTOPÉDICO ( DIA A DIA )
10:00 - 10:10	LOMBALGIAS E CERVICALGIAS COMO CONDUZIR
10:10 - 10:20	BURSITE TROCANTERICA E TENDINITE DO GLUTEO MEDIO
10:20 - 10:30	DOR ANTERIOR DO JOELHO
10:30 - 10:40	METATARSALGIAS
10:40 - 10:50	SINDROMES DOLOROSAS DA MÃO
10:50 - 11:00	DORES DO OMBRO ( BURSITES E TENDINITES)
11:00 - 11:10	FIBROMIALGIA DIAGNOSTICO E TRATAMENTO
11:10 - 11:30	SIMPÓSIO PARA LABORATÓRIO COM MEDICAÇÕES PARA DOR CRONICA PREGABALINA , DULOXETINA , CICLOBENZAPRINA ...
11:30 - 11:45	BENEFICIOS DOS BLOQUEIOS PERIFERICOS NA DOR ORTOPEDICA
11:45 - 12:00	INFILTRAÇÕES ARTICULARES CORTICOIDE X AC. HYALURONICO
12:00 - 12:30	MESA REDONDA QUADRIL
12:30 - 13:30	ALMOÇO
	SIMPÓSIO MATERIAL CIRURGICO COM LUNCH BOX
13:30 - 15:00	MODULO CIRÚRGICO
13:30 - 13: 45	CIRURGIA DA COLUNA ( HERNIA DISCAL ENDOSCOPICA OU ABERTA???)
13:45 - 14:00	MANGUITO ROTADOR - INDICAÇÕES CIRURGICAS E TECNICAS
14: 00 -14:15	SIND. TUNEL CARPO. QUANDO INDICAR CIRURGIA( ABERTA OU ENDOSCOPICA)
14:15 - 14: 30	QUADRIL - ARTROSCOPIA DE QUADRIL ( LESÃO DE LABRUM )
14:30 - 14:45	LESÃO DE MENISCO INDICAÇÕES CIRURGICAS E QUANDO SUTURAR
14:45 - 15:00	ARTROSCOPIA DE TORNOZELO QUANDO INDICAR

15:00 - 15:20	COFFE BREAK
15:20 ÀS 17:00	MODULO TRAUMA
15:20 - 15:30	FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANK
15:30 - 15:40	FRATURA DO PLATÔ TIBIAL
15:40 - 15:50	FRATURA DO QUADRIL DO IDOSO
15:50 - 16:00	FRATURA PATOLOGICA
16:00 - 16:10	FRATURA OSTEOPOROTICA , COMO PREVINIR
16:10 - 16:20	FRATURA DO RADIO DISTAL
16:20 - 16:30	FRATURA DE CABEÇA DE RADIO
16:30 - 16: 40	FRATURA POR COMPRESSÃO DA COLUNA LOMBAR
16:40 - 17:00	MESA REDONDA TRAUMA
20/10/2018	SÁBADO
08:00 ÀS 08:40	MÓDULO 3ª IDADE
08:00 - 08:10	PACIENTES IDOSOS ESPECIFICIDADES ( GERIATRA )
08:10 - 08:20	OSTEOPOROSE TIPOS
08:20 - 08:30	OSTEOPOROSE O QUE HÁ DE NOVO
08:30 - 08:40	OSTEOARTROSE
08:40 - 08:50	ARTROPLASTIA DE JOELHO
08:50 - 9:00	ARTROPLASTIA DE OMBRO
09:00 - 09:10	ARTROPLASTIA DE QUADRIL
09:10 - 09:30	SIMPÓSIO OSTEOPOROSE REPRESENTANTE
09:30 ÀS 10:30	MÓDULO PEDIÁTRICO
09:30 - 09:40	ESCOLIOSE/ LORDOSE/ CIFOSE
09:40 - 09:50	DEFORMIDADE DE MMII PES PLANOS . PRECISA TRATAR ?
09:50 - 10:00	VALGO VARO NA INFANCIA
10:00 - 10:10	CIRURGIA PE TORTO O QUE HÁ DE NOVO
10:10 - 10:20	MMSS PARALISIA BRAQUIAL
10:20 - 10:30	POLIDACTILIA
10:30 - 10:50	COFFEE BREAK
10:50 - 11:50	MÓDULO CIRURGICAS NO DESPORTO
10:50 - 11:05	LUXAÇÃO RECIDIVANTE DO OMBRO TRATAMENTO CIRURGICO
11:05 - 11:20	LESÕES TENDINEAS DA MÃO TTO CIR.
11:20 - 11:35	LESÃO LIGAMENTAR DE JOELHO TTO CIRURGICO
11:35 - 11:50	LESÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO QUANDO E COMO OPERAR
11:50	ENCERRAMENTO

# MANEJO DO DÉFICIT DE EXTENSÃO DO JOELHO APÓS TRAUMA AGUDO



POR DR. THIAGO ALVIM DO AMARAL

MEMBRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DO JOELHO MEMBRO DO GRUPO DE CIRURGIA DO JOELHO DO HOSPITAL MANOEL VICTORINO E DA CLÍNICA ORTOPÉDICA

**D**éficit de extensão do joelho após um trauma agudo é uma condição ortopédica dolorosa e debilitante. Esta alteração geralmente decorre de um bloqueio mecânico causado por uma lesão meniscal ou um corpo livre intra-articular.<sup>1</sup> No entanto, mais recentemente, alguns autores sugeriram que esse déficit de extensão pode ser devido à inibição muscular artrogênica (IMA).<sup>2</sup>

A IMA é uma resposta reflexa ocorrente após uma lesão articular que gera um quadro de “falso bloqueio” do joelho. Embora sua fisiopatologia ainda não esteja claramente entendida, alguns fatores como inchaço, inflamação e dano aos receptores sensoriais causados pelo trauma no joelho podem desencadear uma anormalidade na descarga de receptores sensoriais da articulação lesionada. A alteração das fibras aferentes da articulação do joelho pode modificar certas vias do sistema nervoso central causando assim uma hiperestimulação dos músculos ísquiotibiais e inibição do quadríceps.<sup>2</sup>

O déficit de extensão completa do joelho é um fator de risco reconhecido para desfechos adversos e, portanto, deve ser uma preocupação dos cirurgiões abordá-lo antes de realizar qualquer procedimento cirúrgico no joelho<sup>3,4</sup>. A IMA é uma importante causa do bloqueio do joelho após trauma, entretanto, até a presente data, há poucas publicações a respeito dessa patologia no meio ortopédico. O objetivo desse relato é demonstrar a importância do diagnóstico correto e o manejo adequado para evitar incapacidade a longo prazo causada

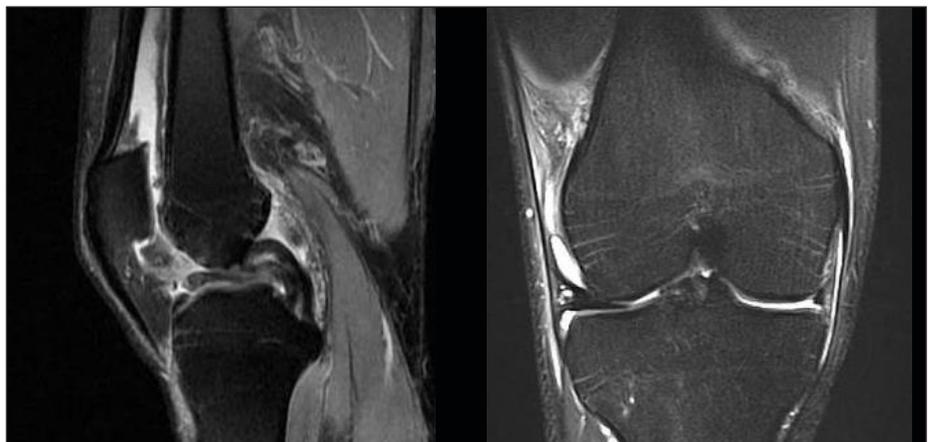
por essa disfunção.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 25 anos, vítima de trauma torcional no joelho direito durante partida de futebol, atendido imediatamente no pronto socorro ortopédico com quadro de bloqueio do joelho lesionado. Realizado radiografias sem evidencia de lesões osteoarticulares agudas. Posteriormente, feito exame de ressonância magnética que identificou lesão em alça de balde do menisco medial (foto 1). O paciente foi então orientado a procurar um especialista em cirurgia do joelho para tratamento cirúrgico de urgência.

Após uma semana do trauma o paciente procurou o nosso serviço e, durante consulta, observou-se ao exame físico: discreto derrame articular, claudicação, bloqueio articular com flexo de 30 graus, além de incapacidade de contrair ativamente o quadríceps. Na posição de decúbito ventral, foi observado importante contratura da musculatura dos ísquiotibiais quando

comparado ao lado contralateral (foto 2). Suspeitado então de “falso bloqueio” articular causada pela inibição muscular artrogênica, foram realizados exercícios de acordo com a técnica descrita por Delaloye et al.<sup>5</sup> para melhora do déficit de extensão do joelho. O paciente foi então colocado inicialmente em decúbito ventral, com os pés para fora da maca, e solicitado que realizasse a contração ativa do ísquiotibiais contra a resistência seguida de relaxamento. Essa sequência de exercícios foi realizada repetidas vezes até que fosse observado fadiga com relaxamento completo dessa musculatura. Após apresentar ganho completo da extensão, o paciente foi posicionado em decúbito dorsal, com tronco elevado a 90 graus e membro inferior em extensão. Nessa posição, o paciente foi orientado a realizar contrações isométricas do quadríceps (vasto medial) até que estivesse realizando uma contração adequada. Ao final dos exercícios o paciente apresentava melhora total do bloqueio, com extensão completa do joelho e bom padrão de contração do quadríceps (foto 3).



**Foto 1 : RM joelho com corte sagital e coronal demonstrando a lesão em alça de balde do menisco medial**



Foto 2: Déficit de extensão inicial do joelho direito



Foto 3: Ganho da extensão completa após final dos exercícios

## DISCUSSÃO

O déficit de extensão do joelho é uma apresentação relativamente comum em pacientes que sofrem trauma agudo do joelho. Ao atender um paciente com este quadro é importante diferenciar entre duas entidades distintas: um bloqueio por deslocamento de estrutura intra-articular (menisco, corpo livre) impedindo mecanicamente a extensão total; ou um “falso bloqueio” causada por um processo conhecido como Inibição muscular artrogênica (IMA).

O exame físico adequado é um importante passo na busca do diagnóstico correto. Nos pacientes com IMA deve ser observado o padrão de contração do músculo quadríceps. Normalmente eles mantêm a capacidade de contrair o músculo reto femoral (flexor do quadril), mas têm uma incapacidade de contrair o vasto medial (extensor do joelho). Uma maneira fácil de verificar a contração correta do músculo é através da palpação da patela. Durante cada contração, a patela deve migrar proximalmente, porém nos pacientes com IMA, quando se contrai

apenas o reto femoral, se observa uma contração muscular da coxa sem qualquer movimento da patela. Em seguida, com o paciente deitado em decúbito ventral, faz-se a palpação dos isquiotibiais do lado envolvido e compara-se com o lado contralateral, permitindo determinar a presença de contratura muscular. Se a contratura dos isquiotibiais não estiver presente, deve ser considerado uma causa mecânica como responsável pelo bloqueio.

O caso relatado neste estudo é emblemático por demonstrar que uma rotura em alça de balde evidenciada na ressonância magnética não define que déficit de extensão seja realmente devido a um bloqueio mecânico. Shakespeare et al. Avaliaram 272 com lesão em alça de balde do menisco, dos quais apenas 43% apresentavam bloqueio do joelho no momento da avaliação<sup>6</sup>. Allum et al.<sup>1</sup> investigaram prospectivamente 50 pacientes que se apresentaram com joelho bloqueado e observaram que apenas 16% deles permaneceram bloqueados após a indução anestésica. Os autores concluíram que o déficit de extensão do joelho presente na maioria dos pacientes foi devido a espasmos

musculares isquiotibiais secundária a IMA. Algumas das intervenções promissoras para mitigar os efeitos da IMA incluem crioterapia, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e estimulação elétrica neuromuscular, no entanto estes tratamentos requerem equipamento adicional, são demorados e apresentam resultados variados<sup>2</sup>. O método descrito por Delaloye et al.<sup>5</sup> é simples, com curva de aprendizagem pequena, rápido e eficaz para restaurar a extensão completa do joelho e a ativação da musculatura do quadríceps. Os exercícios descritos visam especificamente a IMA, reduzindo a influência da hiper-reflexia espinal, faticando os isquiotibiais e combatendo a neuroplasticidade cortical através da repetição dos exercícios de ativação do quadríceps.

Cirurgiões ortopédicos lidam cotidianamente na sua prática clínica com casos de bloqueio articular do joelho. Embora o IAM seja provavelmente um mecanismo protetor após lesão articular, pode se tornar uma limitação durante a reabilitação. Portanto, é importante que os ortopedistas conheçam a prevalência e os efeitos clínicos do IAM, além do seu eficaz tratamento, a fim de elaborar estratégias para superar esse comprometimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allum RL, Jones JR. The locked knee. *Injury* 1986;17: 256-258.
2. Rice DA, McNair PJ. Quadriceps arthrogenic muscle inhibition: Neural mechanisms and treatment perspectives. *Semin Arthritis Rheum* 2010;40:250-266.
3. Jackson DW, Schaefer RK. Cyclops syndrome: loss of extension following intra-articular anterior cruciate ligament reconstruction. *Arthroscopy*. 1990;6:171-178
4. Pinto FG, Thauat M, Daggett M, et al. Hamstring contracture after ACL reconstruction is associated with an increased risk of cyclops syndrome. *Orthop J Sports Med* 2017;5. 2325967116684121.
5. J-R Delaloye, Murar J, Sánchez MG, Saithna A, Ouanezar H, Thauat M, Dutra TV, Sonnery-Cottet B. How to Rapidly Abolish Knee Extension Deficit After Injury or Surgery: A Practice-Changing Video Pearl From the Scientific Anterior Cruciate Ligament Network International (SANTI) Study Group. *Arthroscopy Techniques*, 2018: pp e1-e5
6. Shakespeare DT, Rigby HS. The bucket-handle tear of the meniscus.

# REVISÃO DE ARTROPLASTIA COM USO DE ENXERTO IMPACTADO



POR DR. HENRIQUE GONÇALVES  
MEMBRO TITULAR E PRESIDENTE DA REGIONAL NORTE/NORDESTE  
DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUADRIL

No final da década de 60, Sir Jonh Charnley introduziu a moderna artroplastia total do quadril e, a partir daí, esta se tornou uma das cirurgias mais realizadas em todo o mundo, resultando em grande melhora funcional e alívio da dor<sup>1</sup>.

Na evolução de longo prazo das artroplastias, diversos problemas foram aparecendo e, conseqüentemente, melhorias foram sendo incorporadas, resultando em aumento progressivo da durabilidade das próteses<sup>2</sup>.

Inicialmente, a infecção determinava soltura séptica precoce dos implantes. Rigor nas técnicas de assepsia e antissepsia, uso de antibiótico profilático, sistema de exaustão de corpos desenvolvido pelo próprio Charnley, dentre outras medidas, reduziram as taxas de infecção, controlando este problema. Surgiu a quebra dos implantes. Houve melhora nos desenhos, bem como na metalurgia, praticamente extinguindo-se a fratura dos componentes.

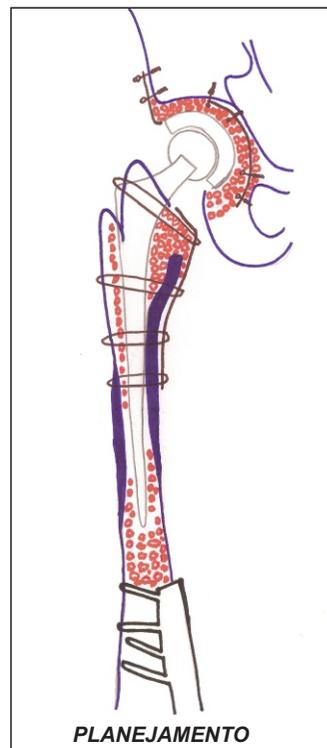
Com a maior durabilidade, a soltura asséptica passou a ser um problema, tanto no lado acetabular, quanto femoral. Esta dificuldade foi superada com a melhora nas técnicas de cimentação, bem como através do desenvolvimento de componentes não cimentados, com gerações cada vez melhores, determinando taxas progressivamente

menores de soltura.

Controlada esta questão, o problema passou a ser o desgaste das superfícies de contato. Com a evolução da tribologia, surgiram materiais cada vez mais adequados, proporcionando menor desgaste e determinando incrementos na durabilidade.

Entretanto, mesmo minimizados, atualmente a soltura asséptica e o desgaste ainda se constituem em problemas nas artroplastias, sendo, todavia, a perda do estoque ósseo peri protético, o principal desafio nas revisões<sup>3</sup>.

Esta perda ocorre basicamente por osteólise e remodelamento ósseo adaptativo. A osteólise pode ser difusa ou localizada. A



etiologia desta lise não está completamente esclarecida, devendo ser provavelmente de origem multifatorial, tendo, como principal causa, fatores mecânicos e biológicos.

Entre os fatores mecânicos, encontram-se o desenho e os materiais de que são feitos os implantes, os métodos e a qualidade de

fixação, as transferências de carga, os micro movimentos e os gradientes pressóricos intra-articulares, dentre outros<sup>4</sup>. Quanto aos fatores biológicos, podemos citar a necrose tecidual e a resposta local às partículas de desgaste<sup>5</sup>.

O acompanhamento periódico dos pacientes submetidos à artroplastia é fundamental para detecção precoce de solturas, desgaste e perda de estoque ósseo peri protético, evitando progressão para perdas severas, que dificultam sobremaneira a revisão, limitando sua durabilidade. Contudo, muitos destes pacientes, mesmo com osteólise extensa, são relativamente assintomáticos e, por isso, somente procuram assistência em situação mais complicada, o que dificulta a revisão e, conseqüentemente, a obtenção de uma nova artroplastia durável, estável e que restaure o estoque ósseo perdido.

No que concerne às técnicas de revisão de artroplastia, várias foram descritas, desde a utilização de componentes primários em perdas menores com estoque ósseo preservado, revisão com cimento em cimento se a interface cimento osso esteja integra<sup>6</sup>, metal trabecular, cúpulas "Jumbo", fixação distal com haste não cimentada - seja com prótese monobloco, como originalmente descrito por Wagner<sup>7</sup>, ou com hastes modulares<sup>8</sup>, endopróteses não convencionais<sup>9</sup>, enxerto em bloco<sup>10</sup> ou enxerto impactado com prótese cimentada<sup>11</sup>.

A técnica de enxerto impactado foi, inicialmente, descrita pelo Sloof<sup>12</sup>, em Nijmegen, no ano de 1984, para quadris com protrusão acetabular submetidos à artroplastia. O enxerto era retirado da cabeça femoral, do ilíaco ou homólogo e impactado no acetábulo. A tela metálica era utilizada entre o enxerto e o cimento para dissipar o calor e distribuir melhor as cargas. Com a boa evolução destes casos e

a aparente incorporação dos enxertos, a técnica foi direcionada para revisão de artroplastia no lado acetabular, sendo que a tela passou a ser utilizada para restaurar os defeitos segmentares e o defeito cavitário preenchido com enxerto homólogo, esponjoso, picado e impactado. Os resultados continuaram animadores. Bush et. al. publicou o seguimento dos casos da Escola de Nijmegen, apresentando um resultado de 73% de sobrevida dos acetábulos com 20 anos, considerando as revisões por qualquer motivo. Quando incluídos apenas os casos revisados por soltura asséptica, a sobrevida foi de 85%, aos 20 anos, e 77%, aos 25 anos<sup>13</sup>.

A Escola de Exeter passou a realizar esta técnica para o lado femoral, tendo publicado, em 1993, os primeiros resultados<sup>11</sup>. Estes descrevem 56 quadris, com 18 a 49 meses de seguimentos, todos com boa evolução, restauração do estoque ósseo e corticalização do enxerto, sugerindo não só a consolidação (fusão entre o enxerto e o osso hospedeiro), mas também a incorporação (interação biológica entre o enxerto e o osso hospedeiro que resulta na progressiva substituição de um pelo outro mantendo as propriedades mecânicas adequadas) do enxerto.

Diversos são os trabalhos que demonstram a completa incorporação do osso esponjoso picado em humanos e animais<sup>14-19</sup>, o que não ocorre com enxertos maciços e corticais, que tendem a permanecer com um misto de tecido viável e necrótico, mesmo na evolução a longo prazo<sup>20,14,21</sup>. Para tal deve-se levar em consideração alguns fatores, quais sejam: a origem do enxerto (que deverá ser homóloga); o tipo de osso (que deverá ser esponjoso, devido às características mecânicas e à plasticidade do osso que, com a impacção, permite que seja perfeitamente moldado nos defeitos); o método de processamento (que deverá ser o fresco congelado, pois é o que menos interfere nas qualidades mecânicas do osso); o

tamanho das partículas a serem impactadas (que deverá ser de oito a dez milímetros, no acetábulo, e de três a cinco milímetros, no fêmur); a impacção (que deverá ser vigorosa para permitir uma estabilidade inicial adequada à montagem, impedindo migrações e possibilitando a transmissão das cargas através do quadril, sendo isto fundamental para incorporação do enxerto).

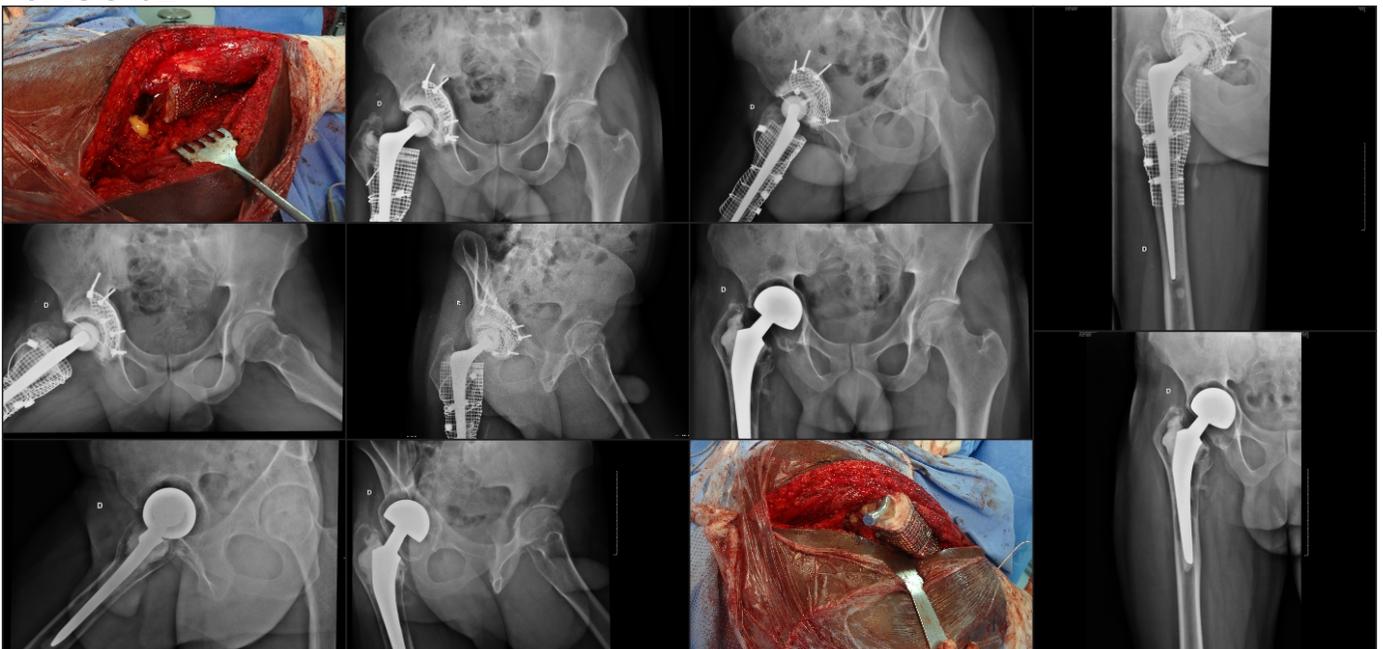
Em nosso serviço optamos pela técnica de revisão

com enxerto impactado por determinar recuperação do estoque ósseo peri protético, facilidade de preencher defeitos com diferentes geometrias, menor custo por utilizar implantes de próteses primárias e pela maior familiaridade com a técnica. Como pontos negativos salientamos a dificuldade de obter-se enxerto, a dificuldade técnica do procedimento, além do aumento do tempo cirúrgico e morbidade do procedimento.

**CASO 01**



**CASO 02**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Chamley J. Low friction arthroplasty of the hip: theory and practice. Michigan: Springer-Verlag; 1979.
2. Poss R, Brick GW, Wright RJ, et al. The effect of modern cementing techniques on the longevity of total hip arthroplasty. Orthop Clin North Am 1988; 19(3): 591-598.
3. Hartman CW, Garvin KL. Femoral fixation in revision total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Am. 2011; 93(24): 2310-2322.
4. Van der Vis HM, Aspenberg P, Kleine R, et al. Short periods of oscillating fluid pressure directed at titanium-bone interface in rabbits lead to bone lysis. Acta Orthop Scand 1998; 69: 5-10.
5. Schmalzried TP, Kwong LM, Jasty M, et al. The mechanism of loosening of cemented acetabular components in total hip arthroplasty. Analysis of specimens retrieved at autopsy. Clin Orthop 1992; 274: 60-78.
6. Duncan WW, Hubble MJ, Howell JR, et al. Revision of the cemented femoral stem using cement-in-cement technique: a five-to 15-year review. J Bone Joint Surg Br 2009; 91(5): 577-582.
7. Wagner H, Wagner M. Conical Stem fixation for cementless hip prosthesis for primary implantation and revisions. In: Morscher EW ed. Endoprosthetics. Berlin: Springer; 1995: 258.
8. Park YS, Moon YW, Lim SJ. Revision total hip arthroplasty using a fluted and tapered modular distal fixation stem with and without extended trochanteric osteotomy. J Arthroplasty 2007; 22(7): 993-999.
9. Parvizi J, Sim FH. Proximal femoral replacement with megaprotheses. Clin Orthop Relat Res 2004; 420: 169-175.
10. Roos BD, Roos MV, Camisa Jr A. Circumferential proximal femoral allografts in revision hip arthroplasty: four to 20 years follow-up. Hip Int 2013; 23(1): 66-71.
11. Gie GA, Linder L, Ling RSM, et al. Impacted cancellous allografts and cement for revision total hip arthroplasty. J Bone Joint Surg Br 1993; 75(1): 14-21.
12. Sloof TJJH, Huijskes R, van Horn J, et al. Bone grafting in total hip replacement for acetabular protrusion. Acta Orthop Scand 1984; 55: 593-596.
13. Bush VJF, Gardeniers JWM, Verdonchot N, et al. Acetabular reconstruction with impaction bone-grafting and cemented cup in patients younger than fifty years old. A concise follow-up, at twenty to twenty-eight years, of a previous report. J Bone Joint Surg Am 2011; 93(4): 367-371.
14. Goldberg VM, Stevenson S. Natural history of autografts and allografts. Clin Orthop 1987; 225: 7-16.
15. Ling RSM, Timperley AJ, Linder L. Histology of cancellous impaction grafting in the femur. A case report. J Bone Joint Surg Br 1993; 75: 693-696.
16. Heekin RD, Engh CA, Vinh T. Morselized allograft in acetabular reconstruction. A postmortem retrieval analysis. Clin Orthop 1995; 319: 184-190.
17. Buma P, Lamerigts N, Schreurs BW, et al. Impacted graft incorporation after cemented acetabular revision. Histological evaluation in 8 patients. Acta Orthop Scand 1996; 67: 536-540.
18. Schimmel JW, Buma P, Versleyen D, et al. Acetabular reconstruction with impacted morselized cancellous allografts in cemented hip arthroplasty. A histological and biomechanical study on the goat. J Arthroplasty 1998; 13: 438-448.
19. Donk S, Buma P, Slooff TJJH, et al. Incorporation of morselized bone grafts: a study of 24 acetabular biopsy specimens. Clin Orthop 2002; 396: 131-141.
20. Harris WH, Crothers O, Oh I. Total hip replacement and femoral-head bone-grafting for severe acetabular deficiency in adults. J Bone Joint Surg Am 1977; 59: 752-759.
21. Enneking WF, Mindell ER. Observation on massive retrieved human allografts. J Bone Joint Surg Am 1991; 73: 1123-1142.



# PARTICIPE!

DE 30 DE AGOSTO A 01 DE SETEMBRO DE 2018



**Alejandro Badia, MD**

**Cirurgia da mão e membro superior**

**Badia Hand to Shoulder Center - Florida**



**Palestrante internacional confirmado**

# CBOT50

INOVAÇÃO EM MOVIMENTO

# 2018RJ

15 A 17 DE NOV | RIO DE JANEIRO



CYRIL MAUFFREY



DANIEL NAGLE



JOAQUIN SANCHEZ-SOTELO



ASHOK JOHARI



PETER GIANNOUDIS



**PALESTRANTES**  
Em breve.



**LOCAL DO EVENTO**  
Centro de Convenções Rio Centro



**DATA DO EVENTO**  
15 A 17 de novembro de 2018

# BIOGRAFIA

## DR. CARLOS ALBERTO PETERSEN DE SANT'ANNA



POR CARLOS ALBERTO P. DE SANT'ANNA FILHO  
COORDENADOR DO SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DE ORTOPEDIA  
E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO RAFAEL

**D**r. Carlos Alberto Petersen Sant'Anna, ou Carlos Sant'Anna é médico ortopedista e especialista em ombro e cotovelo. Natural de Salvador - Bahia, nasceu no ano de 1944. Filho de Alzirina e Durval Sant'Anna, também médico, desde muito cedo já pensava em seguir os mesmos passos do seu pai. Ainda criança morou em Rio de Contas e Vitoria da Conquista, retornando a Salvador na adolescência, onde fez ginásio no Colégio Maristas. Posteriormente em 1963 ingressou na Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus, Universidade Federal da Bahia, onde formou-se.

No ano de 1969, Dr. Carlos Sant'Anna iniciou os seus primeiros passos profissionais, ingressando no serviço de Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia, sob os cuidados científicos do professor doutor Flavio Pires de



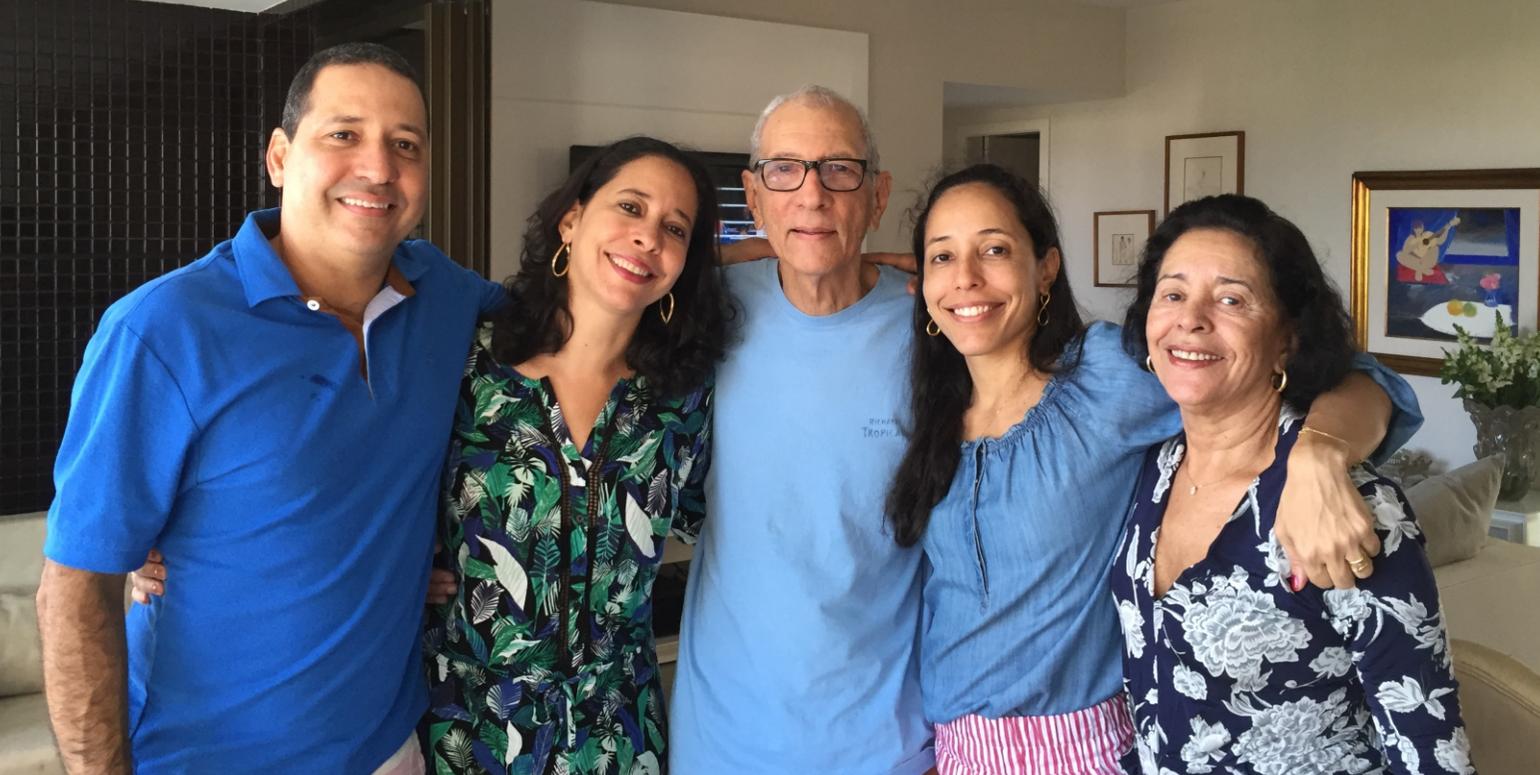
Camargo, no Hospital das Clínicas da Universidade do Estado de São Paulo (USP), sendo este um dos mais bem conceituados serviços médicos do Brasil.

Em 1970 casou-se com a bióloga Mércia Mota Sant'Anna e constituiu uma família de três filhos: Simone Sant'Anna, Fernanda Sant'Anna e Carlos Sant'Anna Filho, este também médico ortopedista.

No ano de 1988, a convite do Prof. Sérvulo Dourado, retornou a Universidade Federal da Bahia, dessa vez como médico do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, no qual exerceu Serviço de Assistência e Ensino, lecionando para graduação e como preceptor da Residência de Ortopedia e Traumatologia do HUPES. Muito interessado na subespecialidade de Ombro e Cotovelo, resolveu nela se especializar em 1991, quando tornou-se membro da Sociedade Brasileira de Ombro e Cotovelo, tendo sido fundador e Coordenador do Serviço de Ombro e Cotovelo do Hospital das Clínicas da UFBA (HUPES).

***Foi homenageado pela  
Universidade Federal da  
Bahia no ano 2000***





Devido à sua dedicação e forma de conduzir sempre com excelência e ética o exercício da medicina, foi homenageado pela Universidade Federal da Bahia no ano 2000, quando nela foi condecorado com uma medalha de honra ao mérito.

Atuou como médico, professor, coordenador de residência médica, diretor de clínicas privadas e conselheiro e membro da câmara técnica do CREMEB.

Na assistência médica participou do corpo clínico das seguintes Serviços: IAPSEB (atual PLANSERV), Hospital Manoel Vitorino, Hospital Ana Nery, Clínica COT, Hospital São Jorge, dentre outras.

Foi sócio-diretor por mais de 40 anos da Clínica ECCO, localizada na Pituba, onde exerceu a prática da medicina com muito amor e dedicação. Embora encontre-se recentemente aposentado, permanece até hoje como uma referência na sua área.

Em 1993, ao construir a COFIR, clínica voltada apenas para a especialidade de ortopedia e traumatologia (atualmente instalada na Av. Juracy Magalhães, na sala 303 do Centro Médico Aliança, no Rio Vermelho), Dr. Carlos Sant'Anna realizava mais um importante passo e dava mostras de seu espírito empreendedor na área médica da Bahia. Esta clínica segue sua missão de bem atender seus pacientes, gerando frutos a partir do que Dr. Carlos nela plantou.

## AGENDA SBOT-BA

**07**  
JULHO

### CLUBE DO QUADRIL

📍 INTERCITY PREMIUM  
SALVADOR

**17**  
AGOSTO

### CARROSSEL ORTOPEDIA

📍 SOTERO HOTEL

**26**  
JULHO

### CLUBE DO OSSO

📍 AUDITÓRIO DOMINGOS  
COUTINHO NA ABM

**27**  
SETEMBRO

### CLUBE DO OSSO

📍 AUDITÓRIO DOMINGOS  
COUTINHO NA ABM

**16**  
DE AGOSTO

### CLUBE DO OSSO

📍 AUDITÓRIO DOMINGOS  
COUTINHO NA ABM

**19e20**  
OUTUBRO

### CBaOT

📍 HOTEL DEVILLE PRIME  
SALVADOR

**25**  
DE AGOSTO

### JORNADA INTERIOR

📍 JUAZEIRO

# ORTOPEDIA NO INTERIOR: MUNICÍPIO DE IRECÊ



POR EMERSON DE SOUZA MATOS GADÉA

MEDICO GRADUADO PELA UFBA CRM 16175  
ORTOPEDISTA - RESIDENCIA MEDICA COT MARTAGÃO - SALVADOR BAHIA  
MEMBRO SBOT 10993  
MEMBRO SBOT SOCIEDADE BRASILEIRA DO TRAUMA ORTOPEDICO  
COORDENADOR DO SERVIÇO MÉDICO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE IRECÊ  
DIRETOR TÉCNICO DO HOSPITAL REGIONAL DE IRECÊ  
DIRETOR TÉCNICO DA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DA REGIÃO DE IRECÊ

**M**unicípio situado a 480Km de Salvador, com aproximadamente 80mil habitantes, importante polo de saúde da macro região de Irecê composta por aproximadamente 23 municípios. Referência tanto para serviços públicos com o hospital regional, a clínica de hemodiálise e a policlínica regional de saúde como para serviços privados com clínicas e hospitais de referência nas diferentes especialidades médicas.

## Ortopedia em Irecê

O serviço de ortopedia da cidade de Irecê figura como um dos mais importantes serviços médicos da região, com ampla rede de atendimento na rede publica e privada.

A maior referência para o atendimento de urgência e emergência na rede pública é o Hospital Regional Dr Mario Dourado Sobrinho que funciona 24h por dia com ortopedistas de plantão, possui centro cirúrgico equipado com salas amplas, com intensificadores de imagem, consta no seu arsenal todo o material de órtese e prótese necessário para a realização de cirurgias de urgência/emergência bem como para o complemento destas cirurgias.

O hospital não está destinado e estruturado para a realização de cirurgias eletivas, mas acaba realizando algumas quando há disponibilidade de vagas.

Na rede pública ainda temos em Irecê o serviço de ambulatório que também atende há vários municípios vizinhos não CEM (centro de especialidades médicas) bem como a policlínica regional de saúde que atende em diversas especialidades médicas incluindo ortopedia.

Temos uma carência na realização de procedimento cirúrgicos eletivos na rede pública pois não existe uma unidade com este fim.

Na rede privada temos destaque para três

unidades: Ortoclínica/AMI unidade hospitalar e de consultórios, não tem ortopedia de plantão mas é a unidade onde a maior parte das cirurgias da rede privadas são realizadas. No seus consultórios temos especialistas em cirurgia do trauma, joelho e mão; Cemir unidade de atendimento ambulatorial de ortopedia geral, contando também com especialista em cirurgia de pé tornozelo. COP centro mais antigo de assistência ortopédica para atendimento ambulatorial de ortopedia geral, trauma ortopédico, cirurgia de joelho, cirurgia de mão e cirurgia de quadril.

Não dispomos na rede privada de UTI nem de intensificador de imagem o que limita muito o número de procedimento que podem ser realizados na rede privada.

Ainda existem na cidade diversos consultórios de ortopedia espalhados nas mais diversas clínicas privadas.

## Equipe de ortopedia/traumatologia que presta serviços na cidade

- Emerson de Souza Matos Gadéa CRM 16175 membro SBOT
- Paulo Henrique Figueiredo Cordeiro CRM 14670 membro SBOT
- Fabiano Alves Costa CRM 13489 membro SBOT
- Tarcisio Malaquias Barreto CRM 20546 membro SBOT
- Edilton Carlos Lima Junior CRM 18887 membro SBOT
- Breno Teles Cathala Loureiro CRM 15720 membro SBOT
- Carlos Eduardo Franco CRM 19843 membro SBOT
- Tharcio Dourado dos Santos CRM 23926 membro SBOT
- Marcelo Nóbrega Ribeiro CRM 12446
- André Alves Rocha CRM 16945
- Mistibrando Machado Gonçalves CRM 11857

# NOVOS DESAFIOS DA ORTOPEdia CONTEMPORÂNEA



POR DR. LUÍS ALFREDO GOMEZ

ESPECIALISTA EM OMBRO E COTOVELO PELA USP  
PÓSGRADUAÇÃO EM OMBRO E COTOVELO NA MAYO CLINIC - EUA  
DIRETOR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DE OMBRO E COTOVELO - SBCCOC  
CHEFE DO SERVIÇO DE OMBRO E COTOVELO DO HP

O programa “Mais Especialidades”, do governo federal, é motivo de grande preocupação com o futuro da ortopedia no nosso país colocando no mercado médicos com questionáveis capacitações técnicas profissionais.

A Ortopedia é uma especialidade cirúrgica que necessita de uma verdadeira imersão hospitalar. É preciso conciliar uma base teórica consistente com muitas horas de atividades práticas que exigem muita dedicação (plantões, cirurgias, visitas nos finais de semana, etc.). Ninguém aprende a operar apenas por livros.

De acordo com o ex-presidente do comitê de defesa profissional da SBOT, Carlos Alfredo Lobo Jasmin, “Atualmente existem dois níveis de ortopedistas no País, sendo o primeiro aquele que passa pela prova da Sociedade Brasileira de Ortopedia, um teste duro e sério, e o segundo o médico formado que fez apenas uma pós-graduação, sem vivência em um hospital. O especialista proposto pelo governo após um ano fazendo 26 horas semanais de serviço ganhará o título de ortopedista”.

Infelizmente, o problema vai além... uma vez que devido à evidente sobrecarga no trabalho, o estresse inerente à profissão, a falta de equipamentos e remédios, os baixos salários, a falta de um plano de carreira e a impotência do profissional para resolver os problemas levam o jovem ortopedista não querer trabalhar em hospital municipal, estadual ou federal com conseqüente concentração na capital e falta do profissional no interior. Daí fica a pergunta: dentro de alguns anos quem estará cuidando dos problemas ortopédicos no Brasil? Isto, realmente, deve ser motivo de preocupação de todos nós!

Ainda assim, a medicina tem dado passos largos com a convergência de tecnologias (genética, nanotecnologia, biotecnologia – células tronco,

robótica - navegação, impressão 3D, inteligência artificial, tecnologias do cuidado – telemedicina, gadgets, etc.) que acena para um grande incremento no tratamento e cura de doenças na busca de uma solução para o aumento da longevidade e maior qualidade de vida.

Apenas como exemplos, pesquisadores da Universidade de Tufts, da Harvard Medical School e do Centro Médico Beth Israel Deaconess, nos Estados Unidos, produziram 28 parafusos a partir de proteínas obtidas de bichos-da-seda e os implantaram em seis ratos. As perspectivas são animadoras: daqui a alguns anos, esses parafusos poderão substituir os de metal atualmente empregados para reparar ossos quebrados. A composição e a rigidez da substância extraída das glândulas do bicho-da-seda são semelhantes à dos ossos humanos. Nessa mesma linha, pesquisadores da Queen Mary University, na Inglaterra, desenvolvem um osso artificial fabricado a partir de material plástico derivado do PVA, componente da cola cremosa e branca, que tenha as mesmas propriedades do osso natural. Esse material poderá ser usado para reparar fraturas e ferimentos, além de ser leve e resistente. Por ser poroso, esse osso de cola permite a circulação de sangue e células através dele, o que ajuda bastante a regeneração da área afetada. Experimentos em alguns voluntários com fraturas mais simples já deram resultados positivos, o que anima os pesquisadores.

Felizmente, os grandes e tradicionais centros de formação de novos ortopedistas ainda conseguem se manter atuantes no nosso país, apesar das crescentes dificuldades, contrapondo com aqueles de má formação. Estes jovens profissionais devem buscar sempre manter-se atualizados e abertos às novas tecnologias. A diferenciação profissional no mercado tão competitivo é a grande arma do bom ortopedista. Fica a dica!

# PANORAMA ATUAL DA CIRURGIA DA MÃO NA BAHIA



POR DR. ENILTON MATTOS

MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DA MÃO  
MEMBRO TITULAR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MÉDICO PRECEPTOR DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA DO COM-HUPES / UFBA  
MEMBRO DA CÂMARA TÉCNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO CREMEB  
CIRURGIÃO DA MÃO DO HOSPITAL PORTUGUÊS, COT, HGE E HMV

Foi num cenário de guerra, especificamente na 2ª Guerra Mundial, que surgiu a especialidade de Cirurgia da Mão. Neste período, percebeu-se a necessidade de um profissional que dominasse a anatomia do membro superior e conhecesse técnicas da Ortopedia, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular e Neurocirurgia para cuidar das mãos dos feridos.

Atualmente, além dos seis anos de faculdade de medicina, o Cirurgião da Mão necessita de 5 a 7 anos de especialização para sua formação. Estão qualificados para realizar o exame de título da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão (SBCM) os Ortopedistas ou Cirurgiões Plásticos que cursarem Residência Médica de Cirurgia da Mão (com duração de dois anos) nos locais credenciados pela sociedade. Infelizmente, na Bahia, não dispomos de nenhum serviço de Residência Médica para formação de especialistas nesta área.

Os traumas envolvendo a mão são responsáveis por uma grande frequência de atendimentos nos prontos-socorros, sendo a especialidade com o maior número de cirurgias realizadas por mês no maior hospital de trauma da Bahia, o Hospital Geral do Estado.

Contamos com 27 Cirurgiões da Mão em atividade em nosso estado, segundo dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão. Sendo que a maioria destes se encontra concentrada na capital baiana. Ainda segundo dados do CFM, a Cirurgia da Mão está entre as especialidades médicas com menor número de profissionais no país.

Diante deste cenário, torna-se mister a capacitação de profissionais nesta área assim como uma melhor distribuição de especialistas em nosso estado.

## O QUE VOCÊ PRECISA SABER

## FOGOS DE ARTIFÍCIO

VAI COMEÇAR A TEMPORADA DE EVENTOS E COMEMORAÇÕES EM TODO O BRASIL.

AS FESTAS JUNINAS E A COPA DO MUNDO SE APROXIMAM E, COM ELAS, O ESPETÁCULO DOS FOGOS DE ARTIFÍCIO.

REALIZAÇÃO:



APOIO:



**ATENÇÃO! OS FOGOS DE ARTIFÍCIO PODEM CAUSAR GRAVES ACIDENTES**

As Entidades Médicas (Conselho Federal de Medicina - CFM, Sociedade Brasileira de Cirurgia da Mão - SBCM e a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT) se unem para alertar sobre os riscos e perigos desses artefatos. Uma brincadeira não pode se transformar em um trauma! **Todo cuidado é pouco!**

Segundo o Ministério da Saúde, entre 2008 e 2016, quase 5000 pessoas se acidentaram e outras 200 morreram em função do uso inadequado de fogos de artifício. Tradicionalmente, no mês de junho acontece quase 1/3 dos acidentes registrados em um ano.

É quando se intensificam as campanhas de prevenção às queimaduras, principalmente em função dos fogos de artifício, dos balões e fogueiras presentes nas festas. **É isto que faz crescer o número de acidentes com queimaduras em todo o país.**

A venda da maioria destes artefatos é proibida para menores, mas quase 25% dos feridos por fogos de artifício no Brasil têm menos de 18 anos. Levantamento do CFM mostra que 45% dos acidentados têm entre 19 e 59 anos e quase 30% têm mais de 60 anos. Os ferimentos mais comuns são no rosto e nas mãos.

**Crianças não devem jamais brincar com este tipo de artifício** e, os adultos, se puderem evitar o uso é mais seguro. O recomendado é que somente pessoas treinadas utilizem os fogos de artifício.

# EVENTOS



No Dia 15 de março aconteceu a primeira edição do CLUBE DO OSSO de 2018 sob o tema **TUMOR E OSTEOPOROSE**. Na oportunidade foram apresentadas 3 aulas:

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.

Na ocasião, o presidente da SBOT-BA Dr. Luíz Jordan anunciou aos presentes a possibilidade de premiação aos participantes que farão a próxima prova do TOT.

Já no mês abril, dia 19, o tema das aulas foi **INFECÇÃO PÓS CIRURGIA ORTOPÉDICA** com a colaboração de Ronald Trindade - Radiologista, que discorreu sobre Diagnóstico e infecções ósseas pós cirurgia ortopédica;

Dr. Antônio Marcos Ferracini que apresentou a aula de Profilaxia e tratamento de infecção após cirurgia ortopédica;

Além de Dr. Marcos Antônio Almeida Matos lecionando sobre Osteomielite na criança.

Sob coordenação científica do Dr. David Sadigursky e Dr. Francisco Simões, os temas provocaram discussões bastante relevantes e satisfatórias.



# EVENTOS

## JORNADA INTEGRAÇÃO



Jequié - BA



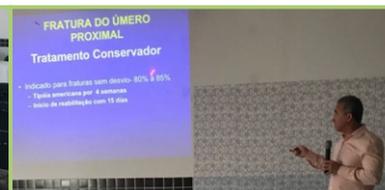
de 2018 na Universidade Estadual Sudoeste da Bahia, no auditório do Anfiteatro I Manoel Sarmento.

Sempre com o compromisso de promover a educação continuada aos alunos, residentes e profissionais do interior do estado da Bahia, a Jornada tem sido um grande sucesso, inclusive com mais uma edição programada para dia 25 de agosto de 2018, em Juazeiro.

Importante destacarmos a parceria da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através da Liga do Trauma, e o apoio da JDR - Medicina Especializada.

A organização é da Qualité Eventos.

**A** Jornada Integração de Jequié! Com o tema **CIRURGIAS: JOELHO, QUADRIL, OMBRO E TRAUMA** foi realizada no dia 27 e 28 de abril



## III COTRAF

**A** terceira edição do COTRAF, foi realizada em Vitória da Conquista - BA, nos dias 10, 11 e 12 de maio.

Mais uma vez o Congresso de Ortopedia, Traumatologia e Fisioterapia do Interior da Bahia recebeu uma grande presença de participantes e foi um sucesso!





# *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
- Laudos e Imagens dos exames disponíveis no site e app
- Canal de atendimento exclusivo a médicos

**Central de agendamento: 2104-2000**

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

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



## **Endereço**

Rua Pernambuco, nº 14,  
Pituba, Salvador



medicina  
diagnóstica