

J O R N A L  
S B Q

Sociedade Brasileira de Quadril

EDIÇÃO ESPECIAL DO XIV CBQ - AGOSTO/SETEMBRO - 2011



**XIV Congresso  
Brasileiro de Quadril**  
7 a 10 de setembro de 2011  
Foz do Iguaçu - PR

Bourbon Cataratas Convention Resort



Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

# XARELTO® ORAL uma vez ao dia: Uma nova era na anticoagulação Novo Quadril, novo nível de proteção contra os perigos do TEV<sup>1,2</sup>



Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL



**Xarelto**®  
rivaroxabana

Trombopprofilaxia Simples e Descomplicada

**Contra-indicação: doença hepática associada à coagulopatia.  
Interação medicamentosa: antimicótico azólico de uso sistêmico.**

**XARELTO® (RIVAROXABANA)**

**APRESENTAÇÃO:** CARTUCHO COM BLISTER CONTENDO 10 COMPRIMIDOS REVESTIDOS. **COMPOSIÇÃO:** CADA COMPRIMIDO REVESTIDO CONTÉM 10 MG DE RIVAROXABANA. **INDICAÇÕES:** XARELTO® (RIVAROXABANA) É INDICADO PARA A PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS A CIRURGIA ELETIVA DE ARTROPLASTIA DE JOELHO OU QUADRIL. **CONTRA-INDICAÇÕES:** XARELTO® (RIVAROXABANA) É CONTRA-INDICADO EM PACIENTES COM HIPERSENSIBILIDADE A RIVAROXABANA OU A QUALQUER OUTRO COMPONENTE DO PRODUTO, EM PACIENTES COM SANGRAMENTO ATIVO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO, E EM PACIENTES COM DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA A COAGULOPATIA. SEU USO É CONTRA-INDICADO DURANTE TODA A GRAVIDEZ. NÃO EXISTEM DADOS DISPONÍVEIS EM MULHERES LACTANTES. PORTANTO, SÓ PODE SER ADMINISTRADA DEPOIS QUE FOR DESCONTINUADA A AMAMENTAÇÃO. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** RISCO DE SANGRAMENTO - A RIVAROXABANA DEVE SER UTILIZADA COM CAUTELA EM PACIENTES COM RISCO AUMENTADO DE SANGRAMENTO, TAIS COMO, DISTÚRBIOS HEMORRÁGICOS ADQUIRIDOS OU CONGÊNITOS, HIPERTENSÃO ARTERIAL GRAVE NÃO CONTROLADA, DOENÇA GASTROINTESTINAL ULCERATIVA ATIVA, ULCERAÇÕES GASTROINTESTINAIS RECENTES, RETINOPATIA VASCULAR, HEMORRAGIA INTRACRANIANA OU INTRACEREBRAL RECENTE, ANORMALIDADES VASCULARES INTRAESPINAIS OU INTRACEREBRAIS, LOGO APÓS CIRURGIA CEREBRAL, MEDULAR OU OFTALMOLÓGICA. DEVE-SE TER CUIDADO SE OS PACIENTES FOREM TRATADOS CONCOMITANTEMENTE COM FÁRMACOS QUE INTERFEREM NA HEMOSTASIA, COMO OS ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDIS, OS INIBIDORES DA AGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA OU OUTROS ANTITROMBÓTICOS. QUALQUER QUEDA DE HEMOGLOBINA OU DA PRESSÃO ARTERIAL SEM EXPLICAÇÃO DEVE LEVAR A INVESTIGAÇÃO DE UM LOCAL COM HEMORRAGIA. **ANESTESIA NEURAXIAL (EPIDURAL/ESPINAL) -** APÓS A ANESTESIA NEURAXIAL OU UMA PUNÇÃO ESPINAL OS PACIENTES TRATADOS COM ANTITROMBÓTICOS CORREM RISCO DO DESENVOLVIMENTO DE UM HEMATOMA EPIDURAL OU ESPINAL QUE POSSA RESULTAR EM PARALISIA A LONGO PRAZO. O RISCO DESTES EVENTOS É AINDA MAIOR COM O USO DE CATETERES EPIDURAIS DE DEMORA OU PELO USO CONCOMITANTE DE FÁRMACO QUE AFETEM A HEMOSTASIA. O RISCO TAMBÉM PODE AUMENTAR POR PUNÇÃO EPIDURAL OU ESPINAL TRAUMÁTICA OU REPETIDA. UM CATETER EPIDURAL NÃO DEVE SER RETIRADO ANTES DE 18 HORAS APÓS A ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO DE RIVAROXABANA. A RIVAROXABANA DEVE AFETER A HEMOSTASIA NO MÍNIMO 6 HORAS APÓS A REMOÇÃO DO CATETER. SE OCORRER PUNÇÃO TRAUMÁTICA, A ADMINISTRAÇÃO DA RIVAROXABANA DEVERÁ SER ADIADA POR 24 HORAS. **ALTERAÇÃO RENAL -** A RIVAROXABANA DEVE SER UTILIZADA COM CAUTELA EM PACIENTES COM ALTERAÇÃO RENAL MODERADA (CL CR 30-49 ML/MIN) QUE ESTEJAM RECEBENDO CO-MEDICAÇÕES QUE LEVAM AO AUMENTO DA CONCENTRAÇÃO DE RIVAROXABANA NO PLASMA. EM PACIENTES COM ALTERAÇÃO RENAL GRAVE (CL CR < 30-15 ML/MIN), OS NÍVEIS PLASMÁTICOS DE RIVAROXABANA PODEM ELEVAR-SE SIGNIFICATIVAMENTE, O QUE PODE LEVAR A UM AUMENTO DO RISCO DE HEMORRAGIA, DEVENDO PORTANTO SER USADA COM CAUTELA. NÃO HÁ DADOS CLÍNICOS DISPONÍVEIS PARA PACIENTES COM ALTERAÇÃO RENAL GRAVE (CL CR < 15 ML/MIN), PORTANTO NÃO É RECOMENDADA NESTES PACIENTES. **MEDICAÇÃO CONCOMITANTE -** NÃO É RECOMENDADA A UTILIZAÇÃO DE RIVAROXABANA EM PACIENTES RECEBENDO TRATAMENTO CONCOMITANTE COM ANTIMICÓTICOS DO TIPO AZÓLICO OU INIBIDORES DAS PROTEASES DO HIV. INFORMAÇÃO SOBRE OS EXCIPIENTES - COMO ESTE MEDICAMENTO CONTEM LACTOSE, OS PACIENTES COM PROBLEMAS HEREDITÁRIOS RAROS DE INTOLERÂNCIA A LACTOSE OU A GALACTOSE NÃO DEVEM TOMAR ESTE MEDICAMENTO. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO -** É CONTRA-INDICADO O USO DE RIVAROXABANA NA GRAVIDEZ E SÓ PODE SER ADMINISTRADA DEPOIS DE DESCONTINUADA A AMAMENTAÇÃO. **MULHERES EM IDADE FÉRTIL -** A RIVAROXABANA DEVE SER UTILIZADA SOMENTE COM UMA CONTRACEPÇÃO EFICAZ ALIMENTOS E LATICÍNIOS - A DOSE DE 10 MG DE RIVAROXABANA PODE SER TOMADA COM OU SEM ALIMENTOS. **REAÇÕES ADVERSAS:** A SEGURANÇA DE 10 MG DE RIVAROXABANA FOI AVALIADA EM TRÊS ESTUDOS FASE III QUE INCLuíRAM 4.571 PACIENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE ARTROPLASTIA TOTAL DO QUADRIL OU JOELHO, TRATADOS POR ATÉ 39 DIAS, NO TOTAL, DE CERCA DE 14% DOS PACIENTES TRATADOS APRESENTARAM REAÇÕES ADVERSAS. REAÇÕES ADVERSAS FREQUENTES (≥1% A <10%) SÃO ANEMIA, NAUSEA, AUMENTO DA GGT, AUMENTO NAS TRANSAMINASES, E HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO (INCLUINDO ANEMIA PÓS-OPERATÓRIA E HEMORRAGIA NA INCISÃO). REAÇÕES POUCO FREQUENTES (≥0,1% A <1%) SÃO TROMBOCITOPENIA, TAQUICARDIA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, DOR ABDOMINAL E GASTROINTESTINAL, DISPEPSIA, BOCA SECA, VÔMITOS, EDEMA LOCALIZADO, MAL-ESTAR, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, SECREÇÃO NAS INCISÕES, AUMENTO DA LIPASE, AUMENTO DA AMILASE, BILIRUBINA, DHL, FOSFATASE ALCALINA, DOR NAS EXTREMIDADES, TONTURA, CEFALÉIA, SÍNCOPE, ALTERAÇÃO RENAL (INCLUINDO AUMENTO DA CREATININA E DA URÉIA), PRURIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, URTICÁRIA, HIPOTENSÃO, HEMORRAGIA (INCLUINDO HEMATOMA E CASOS RAROS DE HEMORRAGIA MUSCULAR), HEMORRAGIA NO TRATO GASTROINTESTINAL, HEMATURIA, HEMORRAGIA DO TRATO GENITAL E EPISTAXE. REAÇÕES RARAS (≥0,01% A <0,1%) SÃO FUNÇÃO HEPÁTICA ANORMAL, DERMATITE ALÉRGICA, AUMENTO DA BILIRUBINA CONJUGADA, DISTÚRBIOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS, DO TECIDO CONJUNTIVO E DOS OSSOS. EM OUTROS ESTUDOS CLÍNICOS COM RIVAROXABANA, FORAM RELATADOS CASOS ISOLADOS DE HEMORRAGIA DA ADRENAL E HEMORRAGIA CONJUNTIVAL. ALÉM DE HEMORRAGIA FATAL EM ÚLCERA GASTROINTESTINAL, FORAM RAROS OS CASOS DE ICTERICIA E DE HIPERSENSIBILIDADE E HEMOPTISE FOI POUCO FREQUENTE. FORAM REPORTADOS SANGRAMENTOS INTRACRANIAIS (ESPECIALMENTE EM PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E/OU SOB AGENTES ANTIHEMOSTÁTICOS CONCOMITANTEMENTE) QUE EM CASOS ISOLADOS PODEM SER POTENCIALMENTE FATAIS. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** O USO CONCOMITANTE DE RIVAROXABANA COM INIBIDORES POTENTES DO CYP 3A4 E INIBIDORES DE P-GP PODE LEVAR À REDUÇÃO DA DEPURACÃO HEPÁTICA E RENAL E, DESTA MODO, A AUMENTO SIGNIFICATIVO DA EXPOSIÇÃO SISTÊMICA. PORTANTO, A RIVAROXABANA NÃO É RECOMENDADA EM PACIENTES QUE ESTEJAM RECEBENDO TRATAMENTO SISTÊMICO CONCOMITANTE COM ANTIMICÓTICOS DO TIPO AZÓLICO OU INIBIDORES DE PROTEASES DO HIV. A CO-ADMINISTRAÇÃO DE RIVAROXABANA COM O INDUTOR POTENTE DO CYP 3A4 E DE P-GP RIFAMPICINA, LEVOU A UMA DIMINUIÇÃO APROXIMADA DE 50% DA AUC MÉDIA DA RIVAROXABANA, HAVENDO DIMINUIÇÕES PARALELAS EM SEUS EFEITOS FARMACODINÂMICOS. O USO CONCOMITANTE DE RIVAROXABANA COM OUTROS INDUTORES POTENTES DO CYP 3A4, POR EXEMPLO, FENITOÍNA, CARBAMAZEPINA, FENOBARBITAL OU ERVA DE SÃO JOÃO, TAMBÉM PODE LEVAR A UMA DIMINUIÇÃO DA CONCENTRAÇÃO PLASMÁTICA DE RIVAROXABANA. A DOSE DE 10 MG DE RIVAROXABANA PODE SER TOMADA COM OU SEM ALIMENTOS. **INTERAÇÕES COM TABACO E ALCÓOL -** NÃO FOI REALIZADO ESTUDO FORMAL SOBRE A INTERAÇÃO COM TABACO OU ALCÓOL. UMA VEZ QUE INTERAÇÃO FARMACOCINÉTICA NÃO É PREVISTA, PORTANTO NÃO HÁ DISPONÍVEL NENHUMA INFORMAÇÃO ADICIONAL SOBRE O USO CONCOMITANTE DE ALCÓOL E TABACO. **POSIOLOGIA:** A DOSE RECOMENDADA PARA PREVENÇÃO DE TEV EM CIRURGIA ORTOPÉDICA É UM COMPRIMIDO DE 10 MG UMA VEZ AO DIA, COM OU SEM ALIMENTO. A DOSE INICIAL DEVE SER TOMADA 6 A 10 HORAS APÓS A CIRURGIA, CONTANTO QUE TENHA SIDO ESTABELECIDO A HEMOSTASIA. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA -** ESTE TEXTO É O RESUMO DA BULA REGISTRADA NO MINISTÉRIO DA SAÚDE. PARA INFORMAÇÕES SOBRE PRECAUÇÕES, MOTIVOS PARA INTERURUPÇÃO, INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS, HIPERSENSIBILIDADE E SUPERDOSADEMA, DENTRE OUTRAS, CONSULTE A BULA DO PRODUTO. OUTROS DE NOSSOS IMPRESSOS MAIS DETALHADOS OU TELEFONE PARA O SAC (0800-7021241). **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:** 1) ERIKSSON BI, BORRIS LC, FRIEDMAN RJ ET AL. RIVAROXABAN VERSUS ENOXAPARIN FOR THROMBO-PROPHYLAXIS AFTER HIP ARTHROPLASTY. N ENGL J MED 2008; 358:2765-75. 2) KAKKAR AK, BRENNER B, DAHL ÖZT A. EXTENDED DURATION RIVAROXABAN VERSUS SHORT-TERM ENOXAPARIN FOR THE PREVENTION OF VENOUS THROMBOEMBOLISM AFTER TOTAL HIP ARTHROPLASTY: A DOUBLE-BLIND, RANDOMISED CONTROLLED TRIAL. LANCET 2008; 372:31-9. **MATERIAL PARA DISTRIBUIÇÃO EXCLUSIVA À CLASSE MÉDICA -** MS 1.7056.0048 - 31 Agosto 2009/1138/BR

SAC 0800 7021241  
sac@bayerhealthcare.com  
Respeito por você

www.portaldatrombose.com.br  
www.xarelto.com.br

# Í N D I C E



Mensagem do Presidente da SBQ  
Sua excelência: o quadril

4

Mensagem do Presidente do CBQ  
Um Congresso completo

4

Programa Oficial

5

Convidados

17

Temas Livres - Apresentação Oral

19

Temas Livres - Sessão de Pôsteres

39

Agenda de Eventos

42

## E X P E D I E N T E

### **SOCIEDADE BRASILEIRA DE QUADRIL (SBQ)**

#### **Gestão 2010 - 2011 - Direção Nacional**

Presidente: Luiz Sérgio Marcelino Gomes  
Vice-Presidente: Emílio Henrique Carvalho de Almendra Freitas  
Diretor Científico: Nelson Keiske Ono  
Tesoureiro: Edmilson Takehiro Takata  
Secretário: João Wagner Junqueira Pellucci

#### **Regional Norte/Nordeste**

Presidente: Ronaldo Silva de Oliveira  
Vice-Presidente: Francisco Robson Vasconcelos Alves

Diretor Científico: Tiago de Moraes Gomes  
Secretário: Carlos Renato de Souza Gondim

#### **Regional Sul**

Presidente: Julio Paim Rigol  
Vice-Presidente: Richard Prazeres Canella  
Diretor Científico: André Vinicius Saueressig Kruel  
Secretário: Ary da Silva Ungaretti Neto

#### **Regional Sudeste**

Presidente: Leonardo Brandão Figueiredo  
Vice-Presidente: Edson Barreto Paiva  
Diretor Científico: Ricardo Horta Miranda  
Secretário: Guilherme Horta Dias

#### **Regional Centro-Oeste**

Presidente: Paulo Silva  
Vice-Presidente: Francisco Ramiro Cavalcante  
Diretor Científico: Rogério de Andrade Amaral  
Secretário: Marcelo de Almeida Ferrer

#### **Regional Paulista**

Presidente: Edison Noboru Fujiki  
Vice-Presidente: Henrique Berwanger Cabrita  
Diretor Científico: Giancarlo Cavalli Polesello  
Secretário: Roberto Dantas Queiróz

#### **Regional Rio de Janeiro**

Presidente: Marcos Norberto Giordano  
Vice-Presidente: Eduardo Rinaldi Regado  
Diretor Científico: Jorge Luiz Mezzalira Penedo  
Secretário: Arlindo Ricon de Freitas Junior

#### **Regional Paraná**

Presidente: Marco Antonio Pedroni  
Vice-Presidente: Ângelo Lair Lima  
Diretor Científico: Marcio Raphael Pozzi  
Secretário: Josiano Carlos Valerio

O Jornal da SBQ é uma publicação bimestral da Sociedade Brasileira de Quadril. Tiragem: 8.000 exemplares. Coordenação editorial: Dr. Luiz Sérgio Marcelino Gomes. Jornalista responsável: Ana Cândida Tofeti - MTB 25 921. Textos: Outras Palavras Comunicação Empresarial ([www.outras.com.br](http://www.outras.com.br)). Projeto Gráfico/Diagramação: April Studio de Criação Publicitária.

Contatos para correspondência:  
SBQ - Av. Manoel Furtado, 310  
Batatais - SP - CEP 14300-000  
Telefone: (16) 3761-6281  
e-mail: [secretaria@sbquadril.org.br](mailto:secretaria@sbquadril.org.br)  
site: [www.sbquadril.org.br](http://www.sbquadril.org.br)



EDITORIAL DO PRESIDENTE DA SBO

## Sua excelência: o quadril

A preocupação constante em aprimoramento científico e em pesquisas é de fundamental importância para a evolução da medicina em todas as áreas. Especificamente na área do Quadril, a descoberta de novas tecnologias torna as evoluções muito dinâmicas, assim, a necessidade da contribuição da ciência torna-se ainda mais relevante para o sucesso dos tratamentos. Neste sentido, como presidente da Sociedade Brasileira de Quadril e membro da comissão científica do CBO 2011, fiquei extremamente satisfeito com a participação dos congressistas no envio de trabalhos para apresentações dentro dos temas livres.

Tivemos um total de 62 inscrições de estudos de altíssima qualidade, que exigiram da comissão encarregada da seleção dos mesmos um intenso esforço e critério. Os resumos dos 20 selecionados para apresentação oral durante o Congresso podem ser encontrados nesta edição do jornal. Os outros 42, que serão apresentados no Congresso em formato de pôster, divulgamos os temas e autores nesta e, posteriormente, disponibilizaremos os resumos no site da SBO para o acompanhamento dos interessados.

A avaliação foi feita com extrema transparência e rigor científico, levando em consideração os seguintes quesitos: relevância do tema, delimitação e execução dos projetos, metodologia estatística, coerência das informações e aplicação clínica. Cada trabalho foi avaliado por 3 membros da comissão avaliadora, tudo feito de forma eletrônica. As inscrições foram feitas em sistema informatizado e padronizado, facilitando o processo de seleção e de envio pelos participantes.

Devido a tudo isso, gostaria de aproveitar este espaço para agradecer a participação e o interesse de todos que enviaram trabalhos. Uma das preocupações da SBO é ser um centro de estudos e reflexão da especialidade e continuamos sempre contando com a contribuição de todos nesta nossa missão.

Dr. Luiz Sérgio Marcelino Gomes  
Presidente da Sociedade Brasileira de Quadril



EDITORIAL DO PRESIDENTE DO CBO

## Um Congresso completo

Apenas estando em Foz do Iguaçu é possível entender o que faz deste local um dos mais importantes destinos turísticos do Brasil, internacionalmente conhecido por suas belezas naturais. É diante deste belíssimo cenário, cuidadosamente escolhido para receber a 14ª edição de nosso Congresso Brasileiro de Quadril, que dou as boas-vindas a todos os colegas que se unem a nós nesta oportunidade. Nestes próximos dias, graças à presença em massa de todos vocês, iremos transformar Foz do Iguaçu na capital brasileira do quadril.

Conseguimos atingir este altíssimo nível de adesão ao evento, que conta com a participação dos principais especialistas no Brasil e os mais importantes nomes do mundo, graças ao rigor de nossa comissão científica na escolha dos temas, dos conferencistas e de todo o conteúdo de cursos e simpósios.

É justamente por receber todos os senhores e senhoras aqui que, além de uma oportunidade ímpar para atualização científica, o CBO é certamente a melhor oportunidade do ano para nossa confraternização. E foi sabendo disso que também nos empenhamos em promover uma programação social de qualidade, paralelamente às atividades científicas.

E para podermos oferecer toda esta estrutura, contamos com o apoio de importantes parceiros: as empresas presentes em nossa área de exposições, que valorizam ainda mais nosso evento. Aproveitem nosso Congresso em todas as oportunidades. Mais uma vez, sejam bem-vindos.

Dr. Ademir Antônio Schuoff  
Presidente do Congresso



PROGRAMA  
OFICIAL

PATROCÍNIO



**Iguazu IV e V**

9:00/12:00 CURSO PRÉ-CONGRESSO BAYER  
**ANTICOAGULAÇÃO E CIRURGIA ORTOPÉDICA: EXPERIÊNCIA MULTICÊNTRICA**

**Iguazu I e II**

9:00/12:00 PROVA PARA MEMBRO EFETIVO SBO (oral)

**Iguazu III e VI**

9:00/12:00 PROVA PARA MEMBRO EFETIVO SBO (escrita)

12:00/14:00 INTERVALO

**Iguazu IV e V**

14:00/18:00 CURSO PRÉ-CONGRESSO DEPLOY  
**CORAIL 25 ANOS**

Princípio da artroplastia não-cimentada com preservação óssea  
 Moderador: Nelson Keiske Ono (SP)

Michel Bonnin (FR)

Discussão

Painel Nacional Corail

Resultados preliminares e complicações

Moderador: Nelson Keiske Ono (SP)

Marcelo Cavalheiro de Queiroz (SP)

Henrique Berwanger Cabrita (SP)

Cleber Furlan (SP)

Ademir Antônio Schuroff (PR)

José Angeli (SP)

Wesley Max Ramos (SP)

Discussão

**Iguazu I e II**

14:30/18:00 CURSO PRÉ-CONGRESSO  
**TECNOLOGIAS AVANÇADAS PARA REVISÕES ACETABULARES**

Discussão sobre os defeitos acetabulares e soluções com o sistema de revisão acetabular  
 com Trabecular Metal

Mark Hartzband (US)

Todd Sekundiak (US)

**Ballroom Cataratas**

20:00 SOLENIDADE DE ABERTURA

**Área de Exposição**

21:00 COQUETEL

**Estande SBQ**

08:00/17:00 ELEIÇÃO

**Ballroom Cataratas**

08:00/08:20 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Presidente: Luiz Sérgio Marcelino Gomes (SP)

Secretário: Edson Barreto Paiva (MG)

08:00/08:15 Peri-trochanteric fractures

Richard Kyle (US)

08:15/08:20 Discussão

**Ballroom Cataratas**

08:20/09:20 SIMPÓSIO

**EVITANDO COMPLICAÇÕES NAS FRATURAS DO FÊMUR PROXIMAL**

Moderador: Nelson Keiske Ono (SP)

Secretário: Francisco Robson de Vasconcelos Alves (CE)

08:20/08:32 Intertrochanteric fractures: plate fixation

Richard Kyle (US)

08:32/08:44 Fraturas intertrocantericas: hastes intramedulares

João Antonio Matheus Guimarães (RJ)

08:44/08:56 Fratura do colo femoral: fixação estática

Rudelli Sergio Andrea Aristide (SP)

08:56/09:08 Femoral neck fractures in elderly patients. The role of ORIF

Richard Kyle (US)

09:08/09:20 Discussão

**Ballroom Cataratas**

09:20/09:40 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Presidente: Paulo Rogério Ferreira (SP)

Secretário: Lucas Leite Ribeiro (SP)

09:20/09:35 Prevention of prosthetic joint infections: strategies that work

Javad Parvizi (US)

09:35/09:40 Discussão

09:40/10:10 INTERVALO / VISITA AOS STANDS

**Ballroom Cataratas**

10:10/11:10 SIMPÓSIO

**INFECÇÃO PROTÉTICA: COMO DIAGNOSTICAR?**

Moderador: Manoel Ilidio Pinto Pinheiro (RJ)

Secretário: Márcio Raphael Pozzi (PR)

10:10/10:22 O impacto da infecção protética

Paulo Gilberto Cibalista de Alencar (PR)

10:22/10:34 AAOS guidelines for diagnosis of prosthetic joint infection

Javad Parvizi (US)

10:34/10:46 Cultura intraoperatória: qual o valor preditivo?

José Luis Amim Zabeu (SP)

10:46/10:58 Diagnosis of PJI: the promise of molecular mechanism

Javad Parvizi (US)

10:58/11:10 Discussão

11:10/11:30 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Presidente: Gilberto Roveda (RS)

Secretário: Bruno Roos (RS)

11:10/11:25 Arthroscopic treatment of the early arthritic hip. Does it help?

Thomas Byrd (US)

11:25/11:30 Discussão

## Ballroom Cataratas

11:30/12:30 SIMPÓSIO

**NOVAS ESTRATÉGIAS NA CIRURGIA PRESERVADORA DO QUADRIL**

Moderador: Edison Noboru Fujiki (SP)

Secretário: Josiano Carlos Valério (PR)

11:30/11:42 Arthroscopic labral management. What works best?

Thomas Byrd (US)

11:42/11:54 Reconstrução artroscópica das lesões cartilaginosas

Giancarlo Cavalli Polesello (SP)

11:54/12:06 Mini-open

Javad Parvizi (US)

12:06/12:18 Abordagem anterior extensível

Luiz Sérgio Marcelino Gomes (SP)

12:18/12:30 Discussão

## Auditório Iguazu I e II

12:30/13:30 SIMPÓSIO SATÉLITE BRISTOL-MYERS SQUIBB

**NOVA OPÇÃO NA PROFILAXIA TROMBÓTICA DA CIRURGIA ORTOPÉDICA**

Riscos e consequências dos eventos tromboembólicos em cirurgia ortopédica

Otavio Rizzi Coelho (SP)

Uso do Apixabana: agente Xa em cirurgia ortopédica

José Luis Amim Zabeu (SP)

## Auditório Cataratas I

13:30/14:30 SIMPÓSIO

**SUPERFÍCIE IMPLANTE-OSSE E DESIGN DE IMPLANTES NÃO CIMENTADOS**

Moderador: Fabio Stucchi Devito (SP)

Secretário: Lucas Leite Ribeiro (SP)

13:30/13:42 HA coated stems

Michel Bonnin (FR)

13:42/13:54 Porous tantalum trabecular metal

Todd Sekundiak (US)

13:54/14:06 Hastes femorais

Quais modelos funcionam?

Pedro Ivo Ferreira de  
Carvalho (RJ)

14:06/14:18 Short femoral stems

Robert Hube (DE)

14:18/14:30 Discussão

## Auditório Cataratas II

13:30/14:30 SIMPÓSIO

**COMO MELHORAR OS RESULTADOS DO TRATAMENTO DAS FRATURAS TROCANTÉRICAS**

Moderador: Marcelo de Almeida Ferrer (DF)

Secretário: Richard Prazeres Canella (SC)

13:30/13:42 Optimized treatment of hip fractures

Karl-Göran Thorngren (SE)

13:42/13:54 Sliding screw. Indications and technique

Richard Kyle (US)

13:54/14:06 Hastes intramedulares. Indicação e resultados

Flávio Dorcilo Rabelo (GO)

14:06/14:18 Co-care. Assistência intra-hospitalar integrada

Itiro Suzuki (SP)

14:18/14:30 Discussão

**Auditório Cataratas I**

14:30/15:30 SIMPÓSIO

**REVISÃO ACETABULAR COM GRANDE PERDA ÓSSEA**

Moderador: Ary da Silva Ungaretti Neto (RS)

Secretário: Tiago de Moraes Gomes (CE)

- 14:30/14:42 **Reconstrução com enxerto estrutural**  
Paulo Gilberto Cimbalista de Alencar (PR)
- 14:42/14:54 **Reconstrução com enxerto impactado**  
Nelson Franco Filho (SP)
- 14:54/15:06 **Reconstruction with trabecular metal**  
Mark Hartzband (US)
- 15:06/15:18 **Quando e como uso anéis de reforço**  
Fernando José Santos de Pina Cabral (RJ)
- 15:18/15:30 **Discussão**

15:30/16:00 INTERVALO / VISITA AOS STANDS

**Auditório Cataratas I**

16:00/17:00 SIMPÓSIO

**REVISÃO FEMORAL COM GRANDE PERDA ÓSSEA**

Moderador: Paulo Silva (GO)

Secretário: Angelo Jair Lima (PR)

- 16:00/16:12 **Reconstrução com hastes de fixação distal**  
Edmilson Takehiro Takata (SP)
- 16:12/16:24 **Reconstrução com enxerto impactado**  
Emerson Honda (SP)
- 16:24/16:36 **Reconstrução com aloenxerto**  
Alberto Tesconi Croci (SP)
- 16:36/16:48 **Aloprótesis - 15 años de seguimiento**  
Javier Pérez (CO)
- 16:48/17:00 **Discussão**

**Auditório Cataratas II**

14:30/15:30 SIMPÓSIO

**COMO MELHORAR OS****RESULTADOS DO TRATAMENTO****DAS FRATURAS ACETABULARES**

Moderador: Márcio Rangel Valin (RS)

Secretário: Rogério de Andrade Amaral (GO)

- 14:30/14:42 **O amplo espectro das fraturas acetabulares**  
Evaristo Batista de Campos Melo (SP)
- 14:42/14:54 **Tratamento conservador: indicação e resultados**  
Nelson Keiske Ono (SP)
- 14:54/15:06 **Tratamento cirúrgico: indicação e resultados**  
Mark Deek (PR)
- 15:06/15:18 **Artroplastia imediata. Indicações e resultados**  
Emilio Henrique Carvalho de Almendra Freitas (RJ)
- 15:18/15:30 **Discussão**

**Auditório Cataratas II**

16:00/17:00 SIMPÓSIO

**COMO MELHORAR OS RESULTADOS DO****TRATAMENTO DAS LESÕES DO ANEL PÉLVICO**

Moderador: Mauro Duarte Caron (SP)

Secretário: Tiago de Moraes Gomes (CE)

- 16:00/16:12 **O uso emergencial do Clamp de Ganz**  
Gilberto J. Cação Pereira (SP)
- 16:12/16:24 **Tratamento conservador: indicações**  
Roberto Sérgio de Tavares Canto (MG)
- 16:24/16:36 **Tratamento cirúrgico: como fixar?**  
Carlos Roberto Schwartzmann (RS)
- 16:36/16:48 **Fixação minimamente invasiva**  
Ricardo Basile (SP)
- 16:48/17:00 **Discussão**

17:00/18:00 TEMAS LIVRES

**BÁSICA/RECONSTRUTORA**

Moderador: André Vinícius Saueressig Krul (RS)

Comentador: Emerson Honda (SP)

- 17:00/17:07 Artroplastia de quadril "Resurfacing".  
Avaliação de 35 casos  
Apresentador: Cleber Furlan (SP)
- 17:07/17:12 Comentários e discussão
- 17:12/17:19 Classificação da Faculdade de Medicina do ABC para protrusões acetabulares: descrição e aplicação do método  
Apresentador: Takeshi Chikude (SP)
- 17:19/17:24 Comentários e discussão
- 17:24/17:31 Revisão femoral de artroplastia total do quadril com a utilização da técnica de Exeter modificada  
Apresentador: Bruno Roos (RS)
- 17:31/17:36 Comentários e discussão
- 17:36/17:43 Complicações pós-artroplastia total do quadril em pacientes portadores de doença displásica do quadril Crowe tipo IV  
Apresentador: Felipe de Paiva Carvalho (RJ)
- 17:43/17:48 Comentários e discussão
- 17:48/17:55 Segurança no uso de anticoagulantes em artroplastias primárias eletivas de quadril realizadas em condições técnicas padronizadas  
Apresentador: Wellington Marques do Carmo (SP)
- 17:55/18:00 Comentários e discussão

17:00/18:00 TEMAS LIVRES

**TRAUMA**

Moderador: Alceu Gomes Chueire (SP)

Comentador: Antonio Carlos Bernabé (SP)

- 17:00/17:07 Anastomose entre vasos ilíacos e obturadores na região retropúbica  
Apresentador: Gilberto J. Cação Pereira (SP)
- 17:07/17:12 Comentários e discussão
- 17:12/17:19 Avaliação do risco de fratura osteoporótica no fêmur proximal  
Apresentador: Bruno Fabrizio Ferreira da Silva (RJ)
- 17:19/17:24 Comentários e discussão
- 17:24/17:31 Estudo da mortalidade nos pacientes com fraturas transtrocanterianas do fêmur submetidos à cirurgia técnica minimamente invasiva: Sistema Minus®  
Apresentador: Tales Cobra Azevedo (MG)
- 17:31/17:36 Comentários e discussão
- 17:36/17:43 Avaliação da qualidade de vida após artroplastia total de quadril em cerâmica: seguimento mínimo de 5 anos  
Apresentador: Rafael Mota Marins dos Santos (SP)
- 17:43/17:48 Comentários e discussão
- 17:48/17:55 Qualidade de vida em pacientes com fraturas no nível do quadril  
Apresentador: David Sadigursky (BA)
- 17:55/18:00 Comentários e discussão

**Ballroom Cataratas**

18:00/19:00 ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA DA SBO

**Espaço de Convivência**21:00 FESTA DE CONFRATERNIZAÇÃO  
SHOW COM GUILHERME ARANTES E CORAL DE ITAIPU

**Auditório Cataratas I**

08:00/09:00 SIMPÓSIO

**PROCEDIMENTOS NÃO CONVENCIONAIS EM CIRURGIA DO QUADRIL**

Moderador: Ronaldo Silva de Oliveira (CE)

Secretário: Ricardo Horta Miranda (MG)

08:00/08:12 **Navegação: veio para ficar?**  
Arlindo Ricon de Freitas Jr. (RJ)08:12/08:24 **Cirurgia minimamente invasiva**  
Henrique Melo de Campos Gurgel (SP)08:24/08:36 **Less invasive anterior approach**  
Robert Hube (DE)08:36/08:48 **O uso do xenoenxerto na cirurgia do quadril**  
Carlos Roberto Galia (RS)08:48/09:00 **Discussão****Auditório Cataratas I**

09:00/10:00 PAINEL

**CONTROVÉRSIAS EM CIRURGIA DO QUADRIL II**

Moderador: Marco Antonio Naslauský

Mibielli (RJ)

Secretário: Lucas Leite Ribeiro (SP)

**1. ATQ 1aria. IMPLANTES CIMENTADOS: AINDA O PADRÃO OURO?**09:00/09:08 **Sim**  
Antero Camisa Jr. (RS)09:08/09:16 **Não**  
Itiro Suzuki (SP)09:16/09:20 **Discussão****2. METAL-METAL: UMA SUPERFÍCIE CONDENADA?**09:20/09:28 **Sim**  
Ricardo Basile (SP)09:28/09:36 **Não**  
Ricardo Affonso Ferreira (SP)09:36/09:40 **Discussão****3. RECAPEAMENTO: PROCEDIMENTO DE USO MUITO RESTRITO?**09:40/09:48 **Sim**  
Roberto Dantas Queiroz (SP)09:48/09:56 **Não**  
Eduardo Rinaldi Regado (RJ)09:56/10:00 **Discussão**

10:00/10:30 INTERVALO / VISITA AOS STANDS

**Auditório Cataratas II**

08:00/09:00 SIMPÓSIO

**MELHORANDO OS RESULTADOS DO TRATAMENTO DAS FRATURAS DO COLO FEMORAL**

Moderador: Tercildo Knop (RS)

Secretário: Márcio Raphael Pozzi (PR)

08:00/08:12 **Fast track treatment of hip fractures**  
Karl-Göran Thorngren (SE)08:12/08:24 **Placa/parafuso deslizante. Resultados**  
Flávio Maldonado (SP)08:24/08:36 **Parafusos canulados. Indicação e resultados**  
João Antonio Matheus Guimarães (RJ)08:36/08:48 **Tratamento artroplástico. Indicação e resultados**  
Edison Noboru Fujiki (SP)08:48/09:00 **Discussão****Auditório Cataratas II**

09:00/10:00 PAINEL

**CONTROVÉRSIAS NO TRATAMENTO DAS FRATURAS DO QUADRIL**

Moderador: Silvio Neupert Maschke (PR)

Secretário: Ricardo Horta Miranda (MG)

**1. DHS: AINDA O PADRÃO OURO PARA FRATURAS TROCANTÉRICAS?**09:00/09:08 **Sim**  
Edson Barreto Paiva (MG)09:08/09:16 **Não**  
Leonardo Carbonera Boschini (RS)09:16/09:20 **Discussão****2. ARTROPLASTIA BIPOLAR EM FRATURA DO QUADRIL. HÁ INDICAÇÕES?**09:20/09:28 **Sim**  
João Wagner Junqueira Pellucci (MG)09:28/09:36 **Não**  
Luiz Antonio Cordeiro de Loyola (PR)09:36/09:40 **Discussão****3. ATQ EM FRATURA TROCANTÉRICA: UTILIZAMOS POUCO?**09:40/09:48 **Sim**  
Manuel Joaquim Diógenes Teixeira (CE)09:48/09:56 **Não**  
Flávio Mattuella (PR)09:56/10:00 **Discussão**

**COMPLICAÇÕES EM ATQ PRIMÁRIA I.**

**COMO EVITAR:**

Moderador: Karlos Celso de Mesquita (RJ)

Secretário: Bruno Roos (RS)

- 10:30/10:42 **Mau posicionamento dos implantes**  
Antonio Carlos Bernabé (SP)
- 10:42/10:54 **Dismetria**  
Guydo Marques Horta Duarte (MG)
- 10:54/11:06 **Ossificação heterotópica**  
Ricardo Rosito (RS)
- 11:06/11:18 **Complicações neurovasculares**  
Marcos Norberto Giordano (RJ)
- 11:18/11:30 **Discussão**

**NOVAS ESTRATÉGIAS NA ARTROSCOPIA DO QUADRIL**

Moderador: Flavio Leite Aranha Jr. (SP)

Secretário: Rodrigo Pereira Guimarães (SP)

- 10:30/10:42 **O espectro da artroscopia de quadril**  
Marcos Emilio Kuschnaroff Contreras (SC)
- 10:42/10:54 **Síndrome dolorosa do grande trocanter**  
Carlos César Vassalo (MG)
- 10:54/11:06 **Correção do IFA sem desinserção labral**  
Paulo David Fortis Gusmão (RS)
- 11:06/11:18 **Artroscopia extra-articular. O que há de novo?**  
Hal Martin (US)
- 11:18/11:30 **Discussão**

**BÁSICA/RECONSTRUTORA**

Moderador: Carlos Antonio Garrido (MG)

Comentador: Henrique Berwanger Cabrita (SP)

- 11:30/11:37 **Artroplastia total de quadril cerâmica-cerâmica: estudo retrospectivo de médio a longo prazo**  
Apresentador: Ricardo Basile (SP)
- 11:37/11:42 **Comentários e discussão**
- 11:42/11:49 **Remoção do componente femoral de prótese total de quadril após quebra por fadiga do implante**  
Apresentador: Jeisner de Avilla Godoy (SP)
- 11:49/11:54 **Comentários e discussão**
- 11:54/12:01 **Resultados do seguimento da artroplastia total do quadril com superfície metal-metal**  
Apresentador: Cleber Furlan (SP)
- 12:01/12:06 **Comentários e discussão**
- 12:06/12:13 **Revisão de artroplastia total do quadril com prótese modular não-cimentada de fixação distal ZMR®. Análise clínica e radiográfica de 30 casos**  
Apresentador: Richard Prazeres Canella (SC)
- 12:13/12:18 **Comentários e discussão**
- 12:18/12:25 **Utilização de referências anatômicas pélvicas para o posicionamento do componente acetabular na artroplastia total do quadril**  
Apresentador: Guydo Marques Horta Duarte (MG)
- 12:25/12:30 **Comentários e discussão**

**TRAUMA/ARTROSCOPIA**

Moderador: Marcelo Godoi Cavalheiro (SP)

Comentador: Giancarlo Cavalli Polesello (SP)

- 11:30/11:37 **Alto índice de consolidação da pseudoartrose do colo do fêmur com osteotomia valgzante**  
Apresentador: Carlos Roberto Schwartzmann (RS)
- 11:37/11:42 **Comentários e discussão**
- 11:42/11:49 **Análise retrospectiva das lesões do anel pélvico associadas a fraturas acetabulares**  
Apresentador: Ricardo da Fonseca de Souza Marques (SP)
- 11:49/11:54 **Comentários e discussão**
- 11:54/12:01 **Análise prospectiva do uso do parafuso deslizante no tratamento da fratura do colo femoral em pacientes abaixo de 55 anos**  
Apresentador: Carlos Roberto Schwartzmann (RS)
- 12:01/12:06 **Comentários e discussão**
- 12:06/12:13 **Ossificação heterotópica após artroscopia do quadril para tratamento de impacto femoroacetabular**  
Apresentador: Vinicius Ferreira Bueno (SP)
- 12:13/12:18 **Comentários e discussão**
- 12:18/12:25 **Ressecção artroscópica de osteocondroma da cabeça femoral**  
Apresentador: Bruno Costa Mello Silva (SP)
- 12:25/12:30 **Comentários e discussão**

**Auditório Iguazu I e II**

12:30/13:30 SIMPÓSIO SATÉLITE BOEHRINGER INGELHEIM

**DICAS E TRUQUES EM ARTROPLASTIAS**

Moderador: Nelson Keiske Ono (SP)

**Caso clínico 1 - Fratura do colo do fêmur**

Leonardo Brandão Figueiredo (MG)

**Profilaxia de TEV com Pradaxa**

Erasmão Simão (SP)

**Caso clínico 2 - Artroplastia no idoso**

Edison Noboru Fujiki (SP)

**Ballroom Cataratas**

13:30/13:50 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Presidente: Celso Augusto de Nadalini Simoneti (SP)

Secretário: Rogério de Andrade Amaral (GO)

13:30/13:45 **Arthroscopic treatment of FAI. Indications and limitations**

Thomas Byrd (US)

13:45/13:50 **Discussão****Ballroom Cataratas**

13:50/14:50 SIMPÓSIO

**SUPERFÍCIES PROTÉTICAS DE ALTA TECNOLOGIA. QUAIS AS EVIDÊNCIAS?**

Moderador: Itiro Suzuki (SP)

Secretário: Lucas Leite Ribeiro (SP)

13:50/14:02 **Metal-metal**

Edmilson Takehiro Takata (SP)

14:02/14:14 **Ceramics on ceramics**

Javad Parvizi (US)

14:14/14:26 **Polietileno reticulado**

Emerson Honda (SP)

14:26/14:38 **Cerâmica-metal**

Flavio Moral Turibio (SP)

14:38/14:50 **Discussão****Ballroom Cataratas**

14:50/15:10 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Presidente: Hilário Maldonado (SP)

Secretário: Wellington Marques do Carmo (SP)

14:50/15:05 **When rip fracture fixation fails**

Richard Kyle (US)

15:05/15:10 **Discussão**

**Ballroom Cataratas**

15:10/16:10 SIMPÓSIO

**DIFICULDADES ESPECIAIS NAS FRATURAS DO QUADRIL**

Moderador: Pedro Ivo Ferreira de Carvalho (RJ)

Secretário: Walter Ricioli Junior (SP)

15:10/15:22 **Fratura do adulto jovem**

Carlos Roberto Schwartzmann (RS)

15:22/15:34 **Intertrochanteric fracture with femoral neck extension**

Richard Kyle (US)

15:34/15:46 **Fraturas trocântéricas com extensão diafisária**

Flávio Dorcilo Rabelo (GO)

15:46/15:58 **Fraturas patológicas**

Manuel Joaquim Diógenes Teixeira (CE)

15:58/16:10 **Discussão**

16:10/16:40 INTERVALO / VISITA AOS STANDS

**Ballroom Cataratas**

16:40/17:00 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Presidente: Henrique Berwanger Cabrita (SP)

Secretário: Marcelo Cavalheiro de Queiroz (SP)

16:40/16:55 **Culture negative in PJI: the challenges we face**

Javad Parvizi (US)

16:55/17:00 **Discussão****Ballroom Cataratas**

17:00/18:00 SIMPÓSIO

**INFECÇÃO PROTÉTICA II: TRATAMENTO**

Moderador: José Carlos Affonso Ferreira (SP)

Secretário: Josiano Carlos Valério (PR)

17:00/17:12 **PJI: principle of management**

Javad Parvizi (US)

17:12/17:24 **Tratamento em 1 só tempo cirúrgico**

Rudelli Sergio Andrea Aristide (SP)

17:24/17:36 **Tratamento em 2 tempos cirúrgicos**

Henrique Berwanger Cabrita (SP)

17:36/17:48 **Management of PJI: what is on the horizon**

Javad Parvizi (US)

17:48/18:00 **Discussão**

**Auditório Cataratas I**

08:00/09:00 SIMPÓSIO  
**CIC (SBOT)/SBQ**  
 Presidente: Arnaldo Hernandez (SP)  
 Moderador: José Carlos Affonso Ferreira (SP)  
 Secretário: Josiano Carlos Valério (PR)

- 08:00/08:12 **O uso de fixadores externos em distúrbios não traumáticos do quadril**  
 José Carlos Bongiovanni (SP)
- 08:12/08:24 **Sequelas de patologias do quadril em desenvolvimento**  
 Cláudio Santili (SP)
- 08:24/08:36 **Tumores malignos do quadril: o que o cirurgião de quadril precisa saber?**  
 Eduardo Sadao Yonamine (SP)
- 08:36/08:48 **A unidade funcional quadril/coluna vertebral: implicações clínicas**  
 Waldemar de Souza Junior (SC)
- 08:48/09:00 **Discussão**

**Auditório Cataratas II**

08:00/09:00 SIMPÓSIO  
**CIC (SBOT)/SBQ**  
 Presidente: Jorge Santos Silva (SP)  
 Moderador: Francisco Ramiro Cavalcante (GO)  
 Secretário: Ricardo Horta Miranda (MG)

- 08:00/08:12 **O uso de fixadores externos em distúrbios traumáticos do quadril**  
 Rubens A. Fichelli Jr. (SP)
- 08:12/08:24 **Pubalgia. Diagnóstico e tratamento**  
 André Pedrinelli (SP)
- 08:24/08:36 **A prevenção medicamentosa das fraturas osteoporóticas do quadril: situação atual no Brasil e no mundo**  
 Márcio Passini Gonçalves de Souza (SP)
- 08:36/08:48 **Fixação das fraturas trocântéricas osteoporóticas do quadril: o que há de novo?**  
 Jorge dos Santos Silva (SP)
- 08:48/09:00 **Discussão**

**Auditório Cataratas I**

09:00/10:00 SIMPÓSIO  
**TRATAMENTO NÃO ARTROPLÁSTICO DA ON DA CABEÇA FEMORAL: NOVAS TENDÊNCIAS**  
 Moderador: Julio Paim Rigol (RS)  
 Secretário: Walter Ricioli Junior (SP)

- 09:00/09:12 **Descompressão e enxertia**  
 Sergio Nogueira Drumond (MG)
- 09:12/09:24 **Uso de fatores de crescimento**  
 Leonardo Brandão Figueiredo (MG)
- 09:24/09:36 **Enxerto mio-pediculado**  
 Evaristo Batista de Campos Melo (SP)
- 09:36/09:48 **Trapdoor. Indicações e resultados**  
 Flávio Luís Garcia (SP)
- 09:48/10:00 **Discussão**

**Auditório Cataratas II**

09:00/10:00 SIMPÓSIO  
**A.C.A.RO (ARGENTINA). FRACTURAS DE LA CADERA EN IDOSOS**  
 Moderador: Marco Antonio Pedroni (PR)  
 Secretário: Marcelo Cavalheiro de Queiroz (SP)

- 09:00/09:12 **La placa PCP en las fracturas laterales**  
 Jose Arrondo (AR)
- 09:12/09:24 **Técnica MIPO en las fracturas subtrocantéricas**  
 Horácio Gomez (AR)
- 09:24/09:36 **RTC en fracturas mediales: técnica y resultados**  
 Claudio Alonso (AR)
- 09:36/09:48 **RTC en las fracturas laterales**  
 Jose Arrondo (AR)
- 09:48/10:00 **Discussão**

10:00/10:30 INTERVALO / VISITA AOS STANDS

**Ballroom Cataratas**

- 10:30/11:15 **CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS**  
 Presidente: Marco Aurelio Teloken (RS)  
 Secretário: Bruno Roos (RS)
- 10:30/10:45 **Peri-prothetic fractures**  
 Karl-Göran Thorngren (SE)
- 10:45/11:00 **Deep gluteal pain syndrome. How should we face it?**  
 Hal Martin (US)
- 11:00/11:15 **Discussão**

**Ballroom Cataratas**

- 11:15/12:15 **SIMPÓSIO**  
**COMO EVITAR A LUXAÇÃO PROTÉTICA**  
 Moderador: Nelson Franco Filho (SP)  
 Secretário: Tiago de Moraes Gomes (CE)
- 11:15/11:23 **Abordagem cirúrgica. Quais os cuidados?**  
 Celso Hermínio Ferraz Picado (SP)
- 11:23/11:31 **Posicionamento dos implantes. Que parâmetros considerar**  
 Sérgio Delmonte Alves (RJ)
- 11:31/11:39 **A navegação diminui a incidência de instabilidade protética?**  
 Osvaldo Guilherme Nunes Pires (SP)
- 11:39/11:47 **Diâmetro das cabeças. Qual sua real importância?**  
 José Ricardo Negreiros Vicente (SP)
- 11:47/11:55 **Qual a importância do design protético?**  
 Fernando José Santos de Pina Cabral (RJ)
- 11:55/12:03 **Quando o acetábulo constricto deve ser utilizado?**  
 Antonio Carlos Bernabé (SP)
- 12:03/12:15 **Discussão**

**Ballroom Cataratas**

- 12:15/13:05 **SIMPÓSIO**  
**DIFICULDADES ESPECIAIS NA CIRURGIA DO QUADRIL**  
 Moderador: Milton V. Roos (RS)  
 Secretário: Wellington Marques do Carmo (SP)
- 12:15/12:25 **Displasia do quadril Crowe IV**  
 Jorge Luiz Mezzalira Penedo (RJ)
- 12:25/12:35 **Luxação cirúrgica do quadril. Complicações**  
 Marco Aurelio Teloken (RS)
- 12:35/12:45 **Osteotomia periacetabular. Técnica y resultados**  
 Javier Pérez (CO)
- 12:45/12:55 **Cirurgias de salvamento**  
 Julio Cesar Palacio (CO)
- 12:55/13:05 **Discussão**

**Ballroom Cataratas**

- 13:05 **ENCERRAMENTO**

# CONVIDADOS NACIONAIS

Ademir Antônio Schuroff (PR)  
Alberto Tesconi Croci (SP)  
Alceu Gomes Chueire (SP)  
André Pedrinelli (SP)  
André Vinicius Saueressig Kruel (RS)  
Angelo Jair Lima (PR)  
Antero Camisa Jr. (RS)  
Antonio Carlos Bernabé (SP)  
Arlindo Ricon de Freitas Jr. (RJ)  
Arnaldo Hernandez (SP)  
Ary da Silva Ungaretti Neto (RS)  
Bruno Roos (RS)  
Carlos Antonio Garrido (MG)  
Carlos César Vassalo (MG)  
Carlos Roberto Galia (RS)  
Carlos Roberto Schwartzmann (RS)  
Celso Augusto de Nadalini Simoneti (SP)  
Celso Hermínio Ferraz Picado (SP)  
Cláudio Santili (SP)  
Cleber Furlan (SP)  
Edison Noboru Fujiki (SP)  
Edmilson Takehiro Takata (SP)  
Edson Barreto Paiva (MG)  
Eduardo Rinaldi Regado (RJ)  
Eduardo Sadao Yonamine (SP)  
Emerson Honda (SP)  
Emilio Henrique Carvalho de Almendra Freitas (RJ)  
Erasmus Simão (SP)  
Evaristo Batista de Campos Melo (SP)  
Fabio Stucchi Devito (SP)  
Fernando José Santos de Pina Cabral (RJ)  
Flávio Dorcilo Rabelo (GO)  
Flavio Leite Aranha Jr. (SP)  
Flávio Luís Garcia (SP)  
Flávio Maldonado (SP)  
Flávio Mattuella (PR)  
Flavio Moral Turibio (SP)  
Francisco Ramiro Cavalcante (GO)  
Francisco Robson de Vasconcelos Alves (CE)  
Giancarlo Cavalli Polesello (SP)  
Gilberto J. Cação Pereira (SP)  
Gilberto Roveda (RS)  
Guydo Marques Horta Duarte (MG)  
Henrique Berwanger Cabrita (SP)  
Henrique Melo de Campos Gurgel (SP)  
Hilário Maldonado (SP)  
Itiro Suzuki (SP)  
João Antonio Matheus Guimarães (RJ)  
João Wagner Junqueira Pellucci (MG)  
Jorge dos Santos Silva (SP)  
Jorge Luiz Mezzalira Penedo (RJ)  
Jorge Santos Silva (SP)  
José Angeli (SP)  
José Carlos Affonso Ferreira (SP)  
José Carlos Bongiovanni (SP)  
José Luis Amim Zabeu (SP)  
José Ricardo Negreiros Vicente (SP)  
Josiano Carlos Valério (PR)  
Julio Paim Rigol (RS)  
Karlos Celso de Mesquita (RJ)  
Leonardo Brandão Figueiredo (MG)  
Leonardo Carbonera Boschin (RS)  
Lucas Leite Ribeiro (SP)  
Luiz Antonio Cordeiro de Loyola (PR)  
Luiz Sérgio Marcelino Gomes (SP)  
Manoel Ilidio Pinto Pinheiro (RJ)  
Manuel Joaquim Diógenes Teixeira (CE)  
Marcelo Cavalheiro de Queiroz (SP)  
Marcelo de Almeida Ferrer (DF)  
Marcelo Godoi Cavalheiro (SP)  
Márcio Passini Gonçalves de Souza (SP)  
Márcio Rangel Valin (RS)  
Márcio Raphael Pozzi (PR)  
Marco Antonio Naslausky Mibielli (RJ)  
Marco Antonio Pedroni (PR)  
Marco Aurelio Teloken (RS)  
Marcos Emilio Kuschnaroff Contreras (SC)  
Marcos Norberto Giordano (RJ)  
Mark Deek (PR)  
Mauro Duarte Caron (SP)  
Milton V. Roos (RS)  
Nelson Franco Filho (SP)  
Nelson Keiske Ono (SP)  
Osvaldo Guilherme Nunes Pires (SP)  
Otavio Rizzi Coelho (SP)  
Paulo David Fortis Gusmão (RS)  
Paulo Gilberto Cimbalista de Alencar (PR)  
Paulo Rogério Ferreira (SP)  
Paulo Silva (GO)  
Pedro Ivo Ferreira de Carvalho (RJ)  
Ricardo Affonso Ferreira (SP)  
Ricardo Basile (SP)  
Ricardo Horta Miranda (MG)  
Ricardo Rosito (RS)  
Richard Prazeres Canella (SC)  
Roberto Dantas Queiroz (SP)  
Roberto Sérgio de Tavares Canto (MG)  
Rodrigo Pereira Guimarães (SP)  
Rogério de Andrade Amaral (GO)  
Ronaldo Silva de Oliveira (CE)  
Rubens A. Fichelli Jr. (SP)  
Rudelli Sergio Andrea Aristide (SP)  
Sérgio Delmonte Alves (RJ)  
Sergio Nogueira Drumond (MG)  
Silvio Neupert Maschke (PR)  
Tercildo Knop (RS)  
Tiago de Moraes Gomes (CE)  
Waldemar de Souza Junior (SC)  
Walter Ricioli Junior (SP)  
Wellington Marques do Carmo (SP)  
Wesley Max Ramos (SP)



## CONVIDADOS INTERNACIONAIS



ALEMANHA  
Robert Hube



ARGENTINA  
Claudio Alonso  
Horácio Gomez  
Jose Arrondo



COLÔMBIA  
Javier Pérez  
Julio Cesar Palacio



EUA  
Hal Martin  
Javad Parvizi  
Mark Hartzband  
Richard Kyle  
Thomas Byrd  
Todd Sekundiak



FRANÇA  
Michel Bonnin



SUÉCIA  
Karl-Göran Thorngren

## Alto índice de consolidação da pseudoartrose do colo do fêmur com osteotomia valgizante

### Autores

- CARLOS ROBERTO SCHWARTSMANN
- LEANDRO DE FREITAS SPINELLI
- LEONARDO CARBONERA BOSCHIN

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

Verificar índices de consolidação da pseudoartrose do colo do fêmur através de cirurgia de osteotomia valgizante do fêmur. A pseudoartrose junto com a necrose avascular da cabeça femoral são as principais complicações da fratura do colo do fêmur. Sem dúvida, a consolidação da pseudoartrose com preservação da cabeça femoral é a alternativa biológica que pode oferecer o melhor resultado a longo prazo se o paciente for jovem. Isso pode ser obtido com a osteotomia valgizante.

#### ■ **Métodos:**

De janeiro de 1988 até dezembro de 2007, 36 casos de pseudoartrose do colo do fêmur foram tratados com osteotomia valgizante e fixação. 21 pacientes eram homens e 15 mulheres. A média de idade foi de 42,1 anos ( $\pm 7,3$ ). O follow-up médio foi de 8,6 anos. O tempo médio transcorrido da fratura até a osteotomia, isto é, de pseudoartrose foi de 6,8 meses (3-13 meses). Dos 36 casos, em menos de um ano cinco (13,9%) evoluíram para prótese total do quadril. Em 31 casos foi obtida a consolidação após a osteotomia. Um caso evoluiu para consolidação após nova osteotomia e troca do material de síntese. As 31 osteotomias consolidaram em um período médio de 14,2 semanas e foram avaliadas de acordo com a classificação de FICAT para necrose avascular. 23 casos foram considerados sem necrose. Com alteração do trabeculado (densidade anormal ou irregular), encontramos cinco casos. (FICAT 2). Densidade irregular com perda da esfericidade, encontramos dois casos. (FICAT 3). Um caso com evolução de 15 anos foi considerado FICAT 4 (osteoartrite com colapso e deformidade da cabeça), mas até a presente avaliação não foi necessária a realização da artroplastia total do quadril. Os pacientes foram avaliados pelo método de

D'Aubigné e Postel. Dezenove casos foram considerados com 17 e 18 pontos. Oito casos obtiveram 15 ou 16 pontos. Quatro casos obtiveram 13 e 14 pontos: nenhum dos pacientes necessitava utilizar qualquer suporte (muleta ou bengala), mas oito apresentavam discreta claudicação no momento da avaliação. Quatro pacientes permaneceram com encurtamento maior que 1 cm e necessitaram de palmilhas compensatórias. Nenhum paciente referiu queixas em relação ao joelho homolateral.

#### ■ **Resultados:**

A osteotomia valgizante para o tratamento da pseudoartrose do colo do fêmur em pacientes jovens (42,1 anos) foi responsável pela consolidação em 86,1% (31 casos) e pela recuperação integral da função dos quadris em 19 casos (52,7%).

#### ■ **Conclusões:**

A grande alternativa de tratamento para pseudoartrose do colo do fêmur, sem dúvida, é a artroplastia total do quadril. Ela promove rápido alívio da dor e mobilização precoce. Entretanto, nos pacientes jovens a osteotomia valgizante obtém altos índices de consolidação e é a primeira atitude que deve ser considerada para resolução deste problema.

#### ■ **Descritores:**

Pseudoartrose, osteotomia, fratura do colo do fêmur, complicações.

## Análise prospectiva do uso do parafuso deslizante no tratamento da fratura do colo femoral em pacientes abaixo de 55 anos

### Autores

- CARLOS ROBERTO SCHWARTSMANN
- MARCELO FARIA SILVA
- DANIELA FURTADO BARRETO
- LUCAS SENGER JACOBUS

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

Avaliação do uso do DHS no tratamento das fraturas deslocadas do colo do fêmur em pacientes menores de 55 anos.

#### ■ **Métodos:**

De 1995 até 2006, foram observados, de forma prospectiva, 53 pacientes com fratura do colo do fêmur com idade menor de 55 anos submetidos à fixação interna com DHS, com média de idade de 41,9 anos (+8,18), sendo 15 mulheres (28,3%) e 38 homens (71,7%). Todos foram submetidos à redução aberta com fixação interna com parafuso DHS e apresentavam marcha normal anteriormente ao trauma. Em todas as cirurgias obteve-se redução fechada da fratura com o uso de mesa ortopédica. A fixação foi realizada com uma placa com parafuso deslizante de quadril com um ângulo de 135 graus (DHS). A Tip-Apex Distance (TAD), de acordo com Baumgaertner, foi registrada em todos os casos. Foram avaliados de acordo com a classificação de Garden (IV - 60,4%; III 34% e II - 5,7%); tempo decorrido entre a fratura e a cirurgia (<24h - 1; 24h-7 dias - 54,7% e >7 dias - 43,4 e uso do parafuso anti-rotatório. No acompanhamento, marcha com apoio total, com o auxílio de muletas, só foi permitida após dois meses de pós-operatório. Para diagnosticar NACF, os critérios foram: queixa de dor progressiva no quadril acometido, aumento da radiolucência, colapso segmental e alterações degenerativas. Foi utilizado o método do Qui-quadrado para análise estatística.

#### ■ **Resultados:**

A idade média dos pacientes avaliados foi de 41,9 anos. Trinta e nove pacientes evoluíram para consolidação sem quaisquer comorbidades. A penetração média do parafuso na cabeça femoral foi de 43,33 mm. A TAD média foi de 7,62 mm. Foram observados 13 casos de NACF (24,5%), com a idade média desses pacientes sendo 43,2 anos. O diagnóstico mais tardio ocorreu 5,6 anos após a fratura.

Apenas um paciente (2,5%) apresentou pseudoartrose, sendo tratado com osteotomia intertrocanterica valgizante, evoluindo para consolidação.

#### ■ **Conclusões:**

Não foi demonstrada diferença significativa entre a incidência de NACF com sexo, classificação de Garden, tempo até o tratamento cirúrgico e uso de parafuso anti-rotatório. A incidência observada de 24,5% de necrose avascular da cabeça femoral é alta, porém vai de encontro ao sustentado pela maior parte de estudos realizados em pacientes jovens, enquanto a ocorrência de apenas um caso de pseudoartrose (1,9%) foi baixa, sendo inferior ao comumente encontrado na literatura.

#### ■ **Descritores:**

Fratura colo fêmur, trauma, parafuso deslizante quadril, osteossíntese, necrose avascular, pseudoartrose, DHS.

## Análise retrospectiva das lesões do anel pélvico associadas a fraturas acetabulares

### Autores

- NELSON FRANCO FILHO
- RICARDO DA FONSECA DE SOUZA MARQUES
- PAULO HENRIQUE GONÇALVES OLIVEIRA
- FABIANO MOURA AZEVEDO

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

As lesões do anel pélvico, bem como as fraturas acetabulares, são causadas por traumas de alta velocidade e alta energia cinética. As lesões do anel pélvico associadas às fraturas acetabulares atualmente são comuns nos modernos centros de traumatologia, porém as lesões pélvicas complexas são as que apresentam maiores índices de mortalidade. O objetivo do presente estudo foi avaliar as associações das lesões do anel pélvico com as fraturas acetabulares, considerando-se os tipos de lesões e o procedimento cirúrgico empregado no seu tratamento.

#### ■ **Métodos:**

Foram analisados os prontuários de 191 pacientes internados e operados no período de janeiro de 1996 a dezembro de 2009 no Hospital Universitário de Taubaté, portadores de lesões do anel pélvico. Destes, foram selecionados 19 (9,9%) que apresentaram concomitantemente fratura acetabular. As classificações utilizadas foram as de Tile, para lesões do anel pélvico, e Judet e Letounel, para as fraturas acetabulares. A idade variou entre 16 e 48 anos (média 28,4 anos); o sexo masculino prevaleceu com 12 casos (63,1%) e 7 pacientes (36,8%) foram do sexo feminino. O protocolo cirúrgico utilizado foi determinado com base nas instabilidades pélvicas apresentadas e nos desvios acetabulares associados. As abordagens foram realizadas no mesmo ato cirúrgico e iniciadas pelas lesões do anel pélvico.

#### ■ **Resultados:**

Dados pertinentes aos percentuais encontrados entre as associações; houve equivalência das lesões verticais associadas às fraturas acetabulares (42,1%) com as fraturas da asa do íliaco associadas às fraturas acetabulares (42,1%). As lesões em "livro aberto", tipo III de Tile associadas às fraturas do acetábulo, apresentaram (15,7%) de acometimento. Todas as instabilidades verticais foram fixadas, tendo sido: 4 (50%) através de

placas por via anterior; 2 (25%) por barras transversas sacras e 2 (25%) por parafusos posteriores. Com relação às fraturas da asa do íliaco, 7 (87,5%) foram fixadas com placas e 1 (12,5%) não necessitou fixação. Já as lesões em "Livro Aberto", 3 (100%) foram tratadas com o uso de fixador externo. Das fraturas acetabulares, 12 (63,1%) foram fixadas através de placas e 7 (36,8%) não necessitaram fixações. Complicações que surgiram após os atos cirúrgicos: infecção 1, trombose venosa profunda 2, redução acetabular insatisfatória 2.

#### ■ **Conclusões:**

As instabilidades verticais e as fraturas da asa do íliaco foram as que mais se associaram com as lesões acetabulares. As lesões em "Livro Aberto" associadas às fraturas acetabulares foram somente as do tipo III de Tile. O mecanismo do trauma foi diferente em dois casos.

#### ■ **Descritores:**

Lesões pélvicas, fraturas acetabulares, associações.

## Anastomose entre vasos ilíacos e obturadores na região retropúbica

### Autores

- GILBERTO JOSÉ CAÇÃO PEREIRA
- DAVID NICOLETTI GUMIEIRO

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

Os vasos ilíacos e obturadores podem cruzar respectivamente o ramo superior do púbis e forame obturado. Separadamente, no entanto, pode ocorrer uma comunicação entre eles na região retropúbica. A comunicação entre a artéria ilíaca e artéria obturadora é denominada "corona mortis", devido as graves consequências que sua secção pode acarretar. Essa comunicação entre os vasos representa um risco quando se aborda a região cirurgicamente, particularmente no tratamento de fraturas da coluna anterior do acetábulo, via ilioinguinal, pois a sua secção pode causar sangramentos de difícil controle. Realizamos um estudo buscando avaliar a presença de anastomose na região retropúbica entre os vasos ilíacos e obturadores em indivíduos do nosso meio, e o local em que a anastomose cruza o ramo superior do púbis.

#### ■ **Métodos:**

Avaliamos 30 cadáveres no momento do exame de necropsia. Foram analisados os vasos ilíacos e obturadores na região retropúbica, em ambos os lados, buscando-se identificar presença de anastomose arterial e/ou venosa entre esses vasos. Para localizar o ponto em que a anastomose cruza o ramo superior do púbis, foi realizada a medida da distância entre esta e a sínfise púbica.

#### ■ **Resultados:**

Média de idade 60,9 anos, 46,6% eram masculinos e 53,3% femininos, 60% eram brancos e 40% não brancos. Em 26 cadáveres (86,6%) existia alguma comunicação (calibre variado) venosa, arterial, venosa - arterial, em um ou em ambos os lados. Em 13,3% não foi encontrada nenhuma ligação. Quanto ao lado, foi observada ligação no lado direito em 70% dos casos, sendo 37% venosa, 10% arterial e 23% venosa mais arterial e, no lado esquerdo em 73% dos casos, sendo 40% venosa, 7% arterial e 26% venosa mais arterial. A distância média entre a anastomose e a sínfise púbica - 5,7 cm. O tipo de anastomose foi: 54% venosa,

12% arterial e 34% arterial mais venosa ( $p < 0,05$ ). Comparando sexo e lado da anastomose, no sexo masculino estava presente em 57% (ambos os lados) e no feminino em 81% no lado direito e 88% no lado esquerdo ( $p < 0,05$ ). Quanto à cor, a ligação foi observada em 72% dos brancos e em 67% dos não brancos ( $p < 0,05$ ).

#### ■ **Conclusões:**

A presença de algum tipo de anastomose é mais frequente que a ausência, necessitando cuidado quando se aborda a região. Não existe diferença significativa quanto à presença de anastomose no lado direito e no lado esquerdo. A anastomose está localizada em média a 5,7 cm da sínfise púbica. A anastomose venosa é o tipo mais frequente, seguida da venosa mais arterial e somente arterial, sendo a diferença significativa. A anastomose é mais frequente no sexo feminino, em ambos os lados, e a diferença é significante. A presença de anastomose entre brancos e não brancos não é significante.

#### ■ **Descritores:**

Presença, anastomose, retropúbica, vasos ilíacos, vasos obturadores.

## Artroplastia de quadril Resurfacing. Avaliação de 35 casos

### Autores

- CLEBER FURLAN
- OCILMAR DIAS DO AMARAL JUNIOR
- RODRIGO LUIZ VETORAZZI
- EDISON NOBORU FUJIKI

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

A necessidade de se encontrar novas formas de substituição da articulação do quadril, principalmente em pacientes jovens e com alta demanda de atividades diárias, fez com que se retomasse, nas últimas décadas, o interesse pelas próteses de superfície que preservam mais o estoque ósseo, facilitando uma futura revisão. Estas se apresentam como uma alternativa às próteses de substituição total do quadril. O objetivo deste trabalho é relatar a nossa experiência em 35 casos operados, com enfoque para a via de acesso, os resultados clínicos e radiográficos e as complicações ocorridas.

#### ■ **Métodos:**

Foram realizadas 35 cirurgias no período compreendido entre janeiro de 2008 e março de 2011. Todas as cirurgias foram em pacientes do sexo masculino. A idade variou de 23 a 61 anos (média de 49,2 anos). Todos os pacientes foram operados pelo Grupo de Quadril da Faculdade de Medicina do ABC, por um único cirurgião. A avaliação clínica foi pelo método de Harris. A avaliação radiográfica foi feita nas incidências de frente e perfil de quadril, com técnicas usuais. A via de acesso ântero-lateral (Hardinge-1982) foi utilizada em todos os pacientes.

#### ■ **Resultados:**

O seguimento máximo foi de 38 meses, variando de 1 a 38, com média de 28,3 meses. Não houve necessidade de mudança para artroplastia total do quadril convencional, durante o ato cirúrgico. O Harris Hip Score pré-operatório, de 62 passou para 96 no pós-operatório. A avaliação clínica pessoal subjetiva mostrou 97,4% de bons resultados e 2,6% de maus resultados. As complicações foram observadas em dois casos, sendo uma infecção profunda, com realização de revisão em tempo único e uma tendinite do psoas, em um atleta de jiu-jitsu, tratado com infiltração guiada por ultrassonografia. Não tivemos nenhum caso de fratura do colo de fêmur, nem mudamos a técnica para prótese total

em nenhum dos casos durante o ato cirúrgico. Nenhuma outra complicação foi verificada no período estudado.

#### ■ **Conclusões:**

A via de acesso ântero-lateral pode ser utilizada para a cirurgia de resurfacing. Os resultados clínicos são semelhantes aos obtidos pela prótese convencional. Os resultados radiográficos obtidos foram bastante aceitáveis, mostrando os componentes bem posicionados e fixos. As complicações foram poucas e condizentes com as observadas nos grandes centros especializados.

#### ■ **Descritores:**

Prótese de quadril resurfacing, superfície metal-metal, resurfacing no quadril com via de Hardinge, artroplastia.

## Artroplastia total de quadril cerâmica-cerâmica: estudo retrospectivo de médio a longo prazo

### Autores

- RICARDO BASILE
- EDMILSON TAKEHIRO TAKATA

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

A maioria dos cirurgiões reconhece os excelentes benefícios proporcionados pela utilização da superfície cerâmica-cerâmica. Permanece a preocupação acerca da confiabilidade desses componentes, especialmente porque são utilizados em pacientes com alta demanda. Por essa razão, analisamos a situação atual focada na ocorrência de fraturas da cabeça cerâmica. Observamos, na primeira geração de cerâmicas, uma taxa de fraturas do componente cefálico de 0,26%, índice agora reduzido a 0,002% com a cerâmica de última geração. A atual incidência extremamente baixa de quebra da cabeça ocorre devido a inúmeros fatores, tais como: utilização de cabeças de maior diâmetro, uma concepção adequada na fabricação dos cones dos componentes femorais e introdução da cerâmica derivada do compósito com matriz de alumina. Atualmente, os problemas relacionados à quebra dos implantes cerâmicos são ocorrências raras, fazendo desaparecer o medo por parte da comunidade ortopédica. O benefício imensurável do baixo desgaste aliado à biocompatibilidade da cerâmica supera os potenciais riscos de fratura. Apresentamos uma grande experiência de médio e longo prazo com um único modelo de prótese e articulação cerâmica-cerâmica. Analisamos os resultados e discutimos as evoluções e melhorias dos implantes, além de técnicas cirúrgicas que possibilitaram uma cirurgia segura com excelentes resultados clínicos.

#### ■ **Métodos:**

Estudo retrospectivo com 912 casos clínicos, utilizando-se a articulação cerâmica-cerâmica em único tipo de prótese primária de quadril não cimentada. Entre 1999 e 2009, o diâmetro das cabeças utilizadas era de 28 mm, todas do tipo Biolox Forte®. Posteriormente, foram utilizadas exclusivamente cabeças de 32 mm.

#### ■ **Resultados:**

Obtivemos 6 casos de fratura da cabeça femoral (0,6%) - todas 28 mm, alumina, com colo curto, à

exceção de uma com colo médio, que foi implantado em um dançarino profissional. Não houve casos de falha de cabeças 32 mm. Desde que começamos a implantar o par tribológico cerâmica-cerâmica em 1999, quase exclusivamente em pacientes jovens e ativos, não tivemos um caso sequer de desgaste mensurável do implante ou osteólise.

#### ■ **Conclusões:**

Nossos resultados clínicos utilizando-se a superfície cerâmica-cerâmica em pacientes mais jovens e ativos são muito encorajadores. Recomendamos, para evitar complicações como as quebras do implante nesta articulação, o aumento do diâmetro da cabeça, utilizando-se cabeças colo médio ou longo. E, por fim, empregando-se a última geração de material cerâmico. Estas recomendações trarão segurança ao uso da cerâmica em pacientes bastante ativos e que necessitam de uma prótese com baixíssimo desgaste.

#### ■ **Descritores:**

Cerâmica-cerâmica, artroplastia total do quadril, falha de prótese, cerâmicas, óxido de alumínio, adulto jovem.

## Avaliação da qualidade de vida após artroplastia total de quadril em cerâmica - seguimento mínimo de 5 anos

### Autores

- RAFAEL MOTA MARINS DOS SANTOS
- ROBERTO DANTAS QUEIROZ
- RAMON CANDELORO PEDROSO DE MORAES
- RAFAEL BORGHI MORTATI

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

A artroplastia total de quadril em pacientes jovens ainda é um grande desafio na ortopedia moderna. As perspectivas desses pacientes normalmente são altas e as atividades mais intensas. O aumento da expectativa de vida da população levou a uma crescente necessidade do desenvolvimento de novas superfícies possibilitando menor desgaste. O objetivo do estudo é analisar o grau de qualidade de vida e função do quadril no pós-operatório de pacientes submetidos à artroplastia total de quadril não cimentada com superfície em cerâmica, realizada no período entre 2001 a 2006.

#### ■ **Métodos:**

Foram avaliados 25 pacientes (35 quadris), sendo 12 mulheres e 13 homens, com idade média de 52 anos (36-66) e com 6,3 anos de tempo médio pós-operatório. A avaliação dos pacientes consistiu em um estudo funcional pré e pós-operatório, através do Questionário "Harris Hip Score" traduzido, e da qualidade de vida, através do Questionário SF36 adaptado para a língua portuguesa.

#### ■ **Resultados:**

A média do "Harris Hip Score" pré-operatório dos pacientes foi 46,2, sendo a pontuação máxima de 65 pontos e mínima de 21 pontos, e no pós-operatório foi 93,1, variando entre 100 e 76 pontos, sendo que 91,4% dos pacientes apresentaram resultados considerados excelentes e bons, e nenhum resultado foi considerado como insuficiente. Houve melhora funcional significativa no pós-operatório em relação ao pré-operatório ( $p < 0,05$ ) pelo escore de Harris. A média dos 8 componentes do SF-36 nos pacientes foi capacidade funcional de 60,8, limitação por aspectos físicos de 70,1, dor de 62,8, estado geral de saúde de 50,1, vitalidade de 62,4, aspectos sociais de 79,5, limitação por aspectos emocionais de 54,7 e saúde mental de 71. Não houve diferença significativa entre os pacientes e grupo controle, assim como não

houve diferença entre os gêneros e pacientes com próteses uni ou bilaterais. Neste estudo, os escores do SF-36 não foram estatisticamente significantes em relação ao grupo controle, o que mostra não haver diferença nos níveis de qualidade de vida dos pacientes e da população normal (controle).

#### ■ **Conclusões:**

Os resultados das artroplastias são tradicionalmente expressos em taxas de mortalidade ou morbidade, complicações pós-operatórias e desgaste da prótese. Entretanto, com a melhora dos implantes e da técnica cirúrgica essas medidas estão perdendo a relevância e podem não refletir os benefícios e a qualidade de vida dos pacientes. A artroplastia total com superfície de cerâmica é uma cirurgia que possibilita a melhora funcional do quadril e o aumento da qualidade de vida do paciente para níveis próximos aos da população sem patologias da articulação. Apesar disso, estudos com maior tempo de evolução são necessários para saber a duração e evolução da qualidade de vida dos pacientes.

#### ■ **Descritores:**

Artroplastia de quadril, qualidade de vida, cerâmica.

## Avaliação do risco de fratura osteoporótica no fêmur proximal

### Autores

- BRUNO FABRIZIO FERREIRA DA SILVA
- LUIS EDUARDO AMORIM
- ALBERTO LUCAS RAMOS BICHARA
- DANILO SALESSE PACHECO

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

A média de vida da população brasileira vem crescendo e, com ela, as fraturas osteoporóticas ganharam destaque na escala mundial. O presente estudo visa avaliar radiograficamente o risco de fratura do fêmur proximal no lado não acometido em pacientes com diagnóstico prévio de fratura do fêmur proximal contralateral, correlacionando o ângulo cervicodifisário (ÂCD) e o Índice de Singh com a idade e sexo dos pacientes.

#### ■ **Métodos:**

De abril de 2007 a março de 2009 foram selecionados 104 (cento e quatro) pacientes com fraturas do fêmur proximal. Analisaram-se nas radiografias panorâmicas de bacia em projeção ântero-posterior (AP) posição supina com os membros inferiores em rotação interna de 10 a 15°, o ÂCD e o Índice de Singh, correlacionando-os com outras variáveis (idade, sexo e tipo de fratura). A análise estatística realizada relacionou: Índice de Singh e tipo de fratura; ÂCD e tipo de fratura; ÂCD, sexo e tipo de fratura, todos estes utilizando o teste de Mann-Whitney; e para correlação entre: idade, Índice de Singh e ÂCD; idade, Índice de Singh e ÂCD com o tipo de fratura; idade, Índice de Singh e ÂCD com o sexo foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ ).

#### ■ **Resultados:**

A associação dos tipos de fratura com o Índice de Singh (tipos III, II e I), tanto isoladamente ( $p = 0,001$ ) como em correlação com o ÂCD (fratura transtrocanteriana,  $p = 0,013$ ; fratura do colo femoral,  $p = 0,003$ ), apresentou uma diferença significativa; foi identificada uma maior distribuição no tipo III de Singh para os 2 tipos de fraturas (transtrocanterianas e do colo femoral). O ÂCD apresentou um valgismo do colo femoral em associação com fraturas do mesmo ( $p = 0,007$ ). Além disso, o sexo feminino obteve uma correlação significativa com a associação do Índice de Singh e ÂCD ( $p < 0,001$ ).

#### ■ **Conclusões:**

A análise da radiografia panorâmica de bacia em AP é útil para avaliar o risco de fraturas do fêmur proximal, utilizando apenas o Índice de Singh e o ÂCD para prever a qualidade óssea do fêmur proximal.

#### ■ **Descritores:**

Osteoporose/radiografia; osteoporose/prevenção & controle; fraturas do fêmur/radiografia; fraturas do fêmur/prevenção & controle; colo do fêmur/radiografia.

## Classificação da Faculdade de Medicina do ABC para protrusões acetabulares, descrição e aplicação do método

### Autores

- TAKESHI CHIKUDE
- EDSON HIDENORI MIASHIRO
- CLEBER FURLAN
- OCILMAR DIAS DO AMARAL JÚNIOR

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ Justificativa da Pesquisa:

O nosso objetivo é apresentar a classificação angular para protrusão acetabular e demonstrar sua aplicabilidade.

#### ■ Métodos:

A classificação da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) foi determinada a partir da medida do ângulo P (ângulo de protrusão), formado pela intersecção de três linhas. A primeira linha é a de Köhler, a segunda passa pelo bordo inferior das articulações sacroilíacas. A terceira linha vai do ponto de cruzamento das duas anteriores até o ponto mais medial da protrusão do acetábulo. O ângulo de protrusão é a medida entre a linha de Köhler e a terceira linha. Foram avaliadas radiografias de bacia em dois grupos de pacientes. O primeiro, com pacientes sem protrusão acetabular, em que foram definidos os valores de normalidade, o ângulo P foi medido em 126 quadris de 63 pacientes sem protrusão ou qualquer outra patologia do quadril, com idade variando de 20 a 69 anos, no intuito de ter um padrão de normalidade, e o segundo, com pacientes com protrusão acetabular. No segundo grupo, foram analisadas radiografias de bacia, na posição anteroposterior, de 36 pacientes com idade variando de 24 a 82 anos, com protrusão acetabular uni ou bilateral, totalizando 54 quadris com protrusão acetabular. Destes, foram medidos o ângulo P e o tamanho da protrusão acetabular de acordo com Sotelo-Garza e Charnley, sendo os resultados comparados.

#### ■ Resultados:

O valor médio do ângulo P, em pacientes sem protrusão acetabular, foi  $-1,22^\circ$ , o valor mais frequente foi  $0^\circ$ . No segundo grupo, com protrusão acetabular, observou-se semelhança quando foram comparados os valores da classificação FMABC e os da classificação de Sotelo-Garza e Charnley. A idade média foi de 61,72 anos, variando entre 24 e 82 anos. Quanto ao gênero, 29 (80,56%) eram do sexo feminino e 7 (19,44%) do sexo masculino. A classificação angular foi dividida em

leve, moderada e grave; em leve (de  $1^\circ$  a  $5^\circ$ ), moderada (de  $6^\circ$  a  $15^\circ$ ) e grave (acima de  $15^\circ$ ). Assim, de acordo com essa divisão, foram encontradas nove protrusões leves, 35 protrusões moderadas e 10 protrusões graves. Ao verificar-se o grau de relacionamento entre a idade e o valor do ângulo P nos quadris com protrusão, mostrou que todos os resultados apresentaram relações estatisticamente não-significantes, podendo-se afirmar que a idade não está relacionada com essas medidas.

#### ■ Conclusões:

O ângulo P foi sempre superior a zero nas protrusões acetabulares, os valores numéricos das duas classificações foram estatisticamente significativos, possibilitando a utilização dos mesmos valores da classificação de Sotelo-Garza e Charnley para a classificação FMABC. Não existe correlação entre o aumento da idade e o aumento do grau da protrusão acetabular. As protrusões acetabulares foram classificadas, segundo a Classificação FMABC, em leve ( $1^\circ$  a  $5^\circ$ ), moderada ( $6^\circ$  a  $15^\circ$ ) e grave (acima de  $15^\circ$ ).

#### ■ Descritores:

Deformidades articulares adquiridas, acetábulo, artroplastia.

## Complicações pós-artroplastia total do quadril em pacientes portadores de doença displásica do quadril Crowe tipo IV

### Autores

- FELIPE DE PAIVA CARVALHO
- FERNANDO JOSÉ SANTOS DE PINA CABRAL
- MARCO BERNARDO CURY FERNANDES
- JORGE LUIZ MEZZALIRA PENEDO

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ Justificativa da Pesquisa:

Segundo a literatura mundial, a doença displásica do quadril (DDQ) é uma enfermidade que cursa com osteoartrite na quarta ou quinta década de vida. Avaliamos todos pacientes classificados como tipo IV segundo Crowe, submetidos à cirurgia de artroplastia total do quadril (ATQ) realizada no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). A realização de ATQ apresenta altos índices de complicações, sendo o objetivo deste trabalho avaliar e comparar os resultados obtidos com os resultados da literatura atual, no que se refere às complicações.

#### ■ Métodos:

No período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010, foram realizadas 30 ATQs em 28 pacientes, com restauração do centro anatômico de rotação do quadril, sendo 25 mulheres e 3 homens, com seguimento médio de 46 meses. O quadril direito foi acometido em 16 pacientes (53%) e o esquerdo, em 14 pacientes (47%). A média de idade foi de 45 anos (variando de 28 a 77 anos). Receberam antibiótico profilático 1 hora antes do procedimento, se mantendo por 24 horas, e profilaxia tromboembólica com heparina de baixo peso molecular por 15 dias. Foram consideradas complicações os casos em que ocorreram luxação, lesão nervosa, lesão vascular, trombose venosa profunda (TVP), soltura asséptica, fratura periprotética e infecção, ocorridos nos primeiros noventa dias após o ato cirúrgico.

#### ■ Resultados:

Obtivemos uma taxa de 27% de complicações, sendo 2 casos de lesão do nervo ciático, em que 1 recuperou totalmente a função dentro de 6 meses e outro permaneceu com força grau IV dos fibulares; 1 caso de trombose venosa profunda; 1 caso de instabilidade e 2 casos de soltura asséptica, sendo um femoral e o outro acetabular; 2 casos de infecção; 4 casos de fratura peroperatória do fragmento proximal do fêmur tratados com cerclagem com cabos de aço multifilamentares

durante o ato operatório e 1 caso de lesão vascular no qual foi necessária a intervenção de um cirurgião vascular. O teste de Stagnara (wake-up test) foi realizado em 13 pacientes para avaliar intraoperatoriamente a função do nervo ciático após a redução. Destes, apenas 1 caso evoluiu com lesão do nervo ciático, sendo revisado no dia seguinte para troca dos cabos de cerclagem do fêmur, evoluindo com total melhora das funções em 6 meses.

#### ■ Conclusões:

A realização de ATQ em pacientes portadores de DDQ Crowe tipo IV apresenta alta complexidade técnica, em que vários problemas e complicações podem ocorrer, com índices de até 36% segundo a literatura mundial, mas que pode produzir bons resultados. A restauração do centro de rotação do quadril com a colocação do implante no acetábulo verdadeiro, a adequada liberação de partes moles evitando o tensionamento excessivo do nervo ciático, a utilização de componentes não cimentados e a realização de um planejamento pré-operatório criterioso são essenciais.

#### ■ Descritores:

Artroplastia total de quadril, doença displásica do quadril, Crowe IV, complicações.

## Estudo da mortalidade nos pacientes com fraturas transtrocanterianas do fêmur submetidos à cirurgia técnica minimamente invasiva: Sistema Minus®

### Autores

- ROGERIO NAIM SAWAIA
- PEDRO LEAL MESQUITA MARANHÃO
- TALES COBRA AZEVEDO
- RODRIGO DE LIMA LACERDA

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ Justificativa da Pesquisa:

○ objetivo deste estudo é avaliar a mortalidade dos pacientes portadores de fraturas transtrocanterianas do fêmur submetidos a uma técnica minimamente invasiva.

#### ■ Métodos:

Foi realizado um estudo retrospectivo com 120 pacientes acima de 60 anos de idade, com fraturas transtrocanterianas classificadas segundo Tronzo (17) de 1 a 4, submetidos à técnica e seguidos por no mínimo 1 ano de pós-operatório. Todos os pacientes foram operados assim que tiveram mínimas condições clínicas, variando de 1 a 10 dias após o trauma. Foram 88 pacientes do sexo feminino (73,3%) e 32 do sexo masculino (27,7%). A média de idade foi de 79,2 anos. Não foi levada em consideração a presença ou ausência de co-morbidades. Segundo a classificação de Tronzo, foram 15 pacientes classificados como fraturas do tipo 1, 31 do tipo 2, 52 do tipo 3, e 22 do tipo 4. A incisão foi feita a cerca de 1 cm abaixo da base do pequeno trocânter e quando este estava cominuído ou avulsionado, a cerca de 2 cm distais. A incisão se estendia por 3 a 5 cm de comprimento através da pele, tecido celular subcutâneo e fáscia lata. ○ músculo vasto lateral era divulsionado ao longo de suas fibras até o plano ósseo. ○ fio-guia era, sempre que possível, posicionado no centro do colo e da cabeça do fêmur nas incidências AP e perfil. A perfuração e a fresagem do colo foram realizadas da mesma forma que na técnica a foco aberto. ○ tamanho do parafuso, quando se utiliza a técnica minimamente invasiva, deve ser 5 mm mais longo, a fim de que fique saliente através da cortical do fêmur para facilitar o encaixe do tubo da placa. A lâmina da placa deve ser colocada invertida, com a sua face interna voltada para fora e, assim, deslizada sob o músculo vasto lateral para ser, em seguida, girada em torno do seu eixo 180° a fim de que o tubo possa ser introduzido no parafuso.

#### ■ Resultados:

Após o tempo mínimo de 1 ano encontramos 12 pacientes (10%) que foram a óbito após o tratamento cirúrgico com essa técnica minimamente invasiva. Todas as cirurgias foram realizadas em mesa radiotransparente. Utilizou-se rotineiramente coxim de 5 cm de espessura, colocado sob a nádega do paciente, para diminuir o efeito da anteversão do colo e para facilitar o acesso à diáfise proximal do fêmur. Pelo intensificador de imagem verificava-se também a qualidade da redução, que é uma das etapas mais importantes do procedimento cirúrgico. Nas fraturas estáveis buscava-se a redução anatômica, enquanto que nas fraturas instáveis procurava-se o alinhamento caudal no AP e a correção da retroversão no perfil. Quando a redução e/ou alinhamento dos fragmentos estivessem adequados, a fratura era fixada provisoriamente com dois fios de Kirschner de 2 mm de diâmetro.

#### ■ Conclusões:

Nossos pacientes tratados com a técnica minimamente invasiva tiveram um índice de mortalidade menor que a maioria da literatura.

#### ■ Descritores:

Rogerio Naim Sawaia, Rodrigo de Lima Lacerda, Pedro Leal Mesquita Maranhão Santos, Tales Cobra Azevedo

## Ossificação heterotópica após artroscopia do quadril para tratamento de impacto femoroacetabular

### Autores

- DR. BRYAN T. KELLY
- ASHEESH BEDI
- ROBERT ZBEDA
- VINICIUS FERREIRA BUENO

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

Técnicas minimamente invasivas para tratar o impacto femoroacetabular foram desenvolvidas para reduzir o número de complicações e o tempo de recuperação. Embora muitos estudos têm demonstrado a incidência de ossificação heterotópica (OH) após cirurgias abertas do quadril, pouco é conhecido sobre a taxa de OH após artroscopia do quadril. A incidência de OH e os efeitos dos protocolos com o uso de anti-inflamatórios para profilaxia de ossificação heterotópica têm sido bem documentados para cirurgias abertas para tratamento de impacto femoroacetabular. Entretanto, a ocorrência de ossificação heterotópica pós-artroscopia/osteoplastia para tratamento de impacto femoroacetabular é insuficientemente entendida, e ainda não há um protocolo estabelecido para profilaxia de OH pós-artroscopia do quadril. Este é o maior e mais compreensivo estudo sobre a incidência, gravidade, localização de OH e a eficácia da profilaxia de OH pós-artroscopia do quadril para tratamento de impacto femoroacetabular.

#### ■ **Métodos:**

Entre julho de 2008 e julho de 2010, 696 artroscopias de quadril foram realizadas para tratamento de impacto femoroacetabular. Indometacina foi usada como protocolo pós-operatório para profilaxia de OH em julho de 2009. Radiografias pós-operatórias foram revisadas para detectar a presença e classificar o tamanho e a localização da OH.

#### ■ **Resultados:**

33 (22 homens, 11 mulheres) de 696 quadris desenvolveram OH pós-operatoriamente. A classificação de Brooker foi 20 quadris grau I, 6 grau II, 6 grau III, e 1 grau IV. O tempo médio de follow-up foi 12,5 meses (3,3 - 26,5 meses). A taxa de OH para os casos com e sem profilaxia com indometacina foi de 1,6% (6/387) e 8,6% (26/304), respectivamente. Houve 1 caso de OH em 5 quadris que receberam

radioterapia ao invés de medicação por contraindicação. 8 casos (1%) necessitaram de cirurgia de revisão para excisão da OH. Nesses casos de revisão, todas OH estavam localizadas anterior à articulação. 7 de 8 casos que necessitaram de revisão não foram tratados com indometacina no pós-operatório.

#### ■ **Conclusões:**

O desenvolvimento de OH após artroscopia do quadril para tratamento de impacto femoroacetabular é incomum, mas pode levar à importante complicação e requerer cirurgia de revisão devido à dor refratária e restrição de movimento. A taxa de OH é menor no tratamento de impacto femoroacetabular por artroscopia quando comparada com a cirurgia aberta ou com as duas vias combinadas (cirurgia aberta + artroscopia), e o risco de OH pós-operatória é significativamente maior para pacientes que não fizeram uso de Indometacina. Indometacina é eficaz como profilaxia para OH após artroscopia do quadril.

#### ■ **Descritores:**

Quadril, artroscopia, impacto femoroacetabular, ossificação heterotópica, Indometacina.

## Qualidade de vida em pacientes com fraturas no nível do quadril

### Autores

- LUIS SCHIPER
- DAVID SADIGURSKY

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

A fratura do quadril é um evento clínico frequente, relacionado à elevada incapacidade e mortalidade em idosos. Apesar de o tratamento cirúrgico ter como objetivo reduzir a morbidade, poucos estudos brasileiros têm avaliado a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) utilizando o questionário Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36). O objetivo do estudo foi avaliar a QVRS utilizando o questionário MOS SF-36 em pacientes com fraturas do quadril, comparando os resultados pré-operatórios e após um ano.

#### ■ **Métodos:**

Trata-se de um estudo clínico aplicado, observacional do tipo coorte, prospectivo, voltado para a análise, no período de um ano, de dados quantitativos obtidos por meio da aplicação de questionário estruturado sobre QV de idosos com fraturas no nível do quadril, tratados cirurgicamente. A população em estudo foi recrutada entre os pacientes atendidos na Clínica Ortopédica e Traumatológica S/A (COT), na cidade de Salvador-Bahia, que se caracteriza como um centro integrado da assistência à saúde, oferecendo atendimento médico em diversas especialidades, além de recursos para auxílio diagnóstico, laboratorial e por imagem. A clínica possui 60 leitos de internamento e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) com uma movimentação de 500 cirurgias por mês. A aplicação do questionário estruturado MMSE e MOS SF-36 ficou a cargo de estudantes de medicina e médicos residentes em Ortopedia e Traumatologia, devidamente treinados, e foram escrutinados e conferidos pelo pesquisador. A amostra foi inicialmente composta por 69 idosos estratificados posteriormente em dois grupos: os que apresentaram fraturas transtrocantéricas (Grupo I) e foram submetidos à osteossíntese com placa e parafuso DHS, perfazendo um total de 35 (51,7%) pacientes; e os que apresentaram fraturas do colo femoral (Grupo II) e foram submetidos à artroplastia

tipo Bipolar, contabilizando um total de 34 (49,3%) pacientes.

#### ■ **Resultados:**

Foram analisados 35 pacientes que não relataram diferenças quanto aos seus componentes físicos e mentais, mas referindo melhora do domínio "DOR" um ano após a cirurgia.

#### ■ **Conclusões:**

A QVRS em idosos um ano após o procedimento cirúrgico se mantém inalterada nos componentes físicos e mentais mesmo após o evento clínico da fratura do quadril. Em relação ao domínio DOR é possível que a QVRS tenha uma melhora significativa notadamente na cirurgia das fraturas transtrocantéricas. A mortalidade foi elevada com uma frequência maior entre os homens sem significância estatística.

#### ■ **Descritores:**

1. fratura do quadril, 2. qualidade de vida, 3. idosos.

## Remoção do componente femoral de prótese total de quadril após quebra por fadiga do implante

### Autores

- JEISNER DE AVILLA GODOY
- HENRIQUE APROBATO SIMÕES
- RODRIGO FARIA MENDES MACHADO

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

Apresentar um caso de fratura por fadiga do componente femoral de uma prótese total do quadril híbrida, que necessitou da remoção do componente femoral através da técnica da osteotomia de Wagner modificada por Paprosky.

#### ■ **Conclusões:**

A ocorrência de fratura da haste femoral em artroplastias estáveis pode ser decorrente de defeitos intrínsecos do implante, necessitando-se de uma técnica de revisão como a osteotomia de Wagner modificada, que quando bem indicada e executada é de grande valia e traz bons resultados.

#### ■ **Descritores:**

Prótese total de quadril, revisão de prótese, osteotomia de Wagner.

#### ■ **Relato de Caso:**

JMRF, masculino, branco, 65 anos, portador de coxartrose primária bilateral, submetido à artroplastia total híbrida de ambos os quadris em outro hospital. Deu entrada no Serviço de Ortopedia da Santa Casa da Misericórdia de Santos em junho de 2009, apresentando dor intensa, encurtamento e rotação externa do membro inferior esquerdo sem história de trauma. Foram realizadas radiografias do quadril esquerdo e da pelve constatando-se a quebra do componente femoral esquerdo, na base do cone Morse, deixando-o completamente intramedular. O paciente foi imediatamente internado, sendo indicada revisão da artroplastia. Para a retirada do componente femoral, utilizamos como técnica a osteotomia de Wagner modificada por Paprosky, que consiste na osteotomia da face lateral do terço proximal do fêmur com aproximadamente 10 a 12 cm de comprimento. Esta osteotomia deve restringir-se a um terço da circunferência do fêmur e preservar as inserções musculares que chegam ao grande trocanter, garantindo que não ocorra

comprometimento de sua vascularização e que haja consolidação da osteotomia. Após a retirada do componente quebrado e do cimento ósseo, o canal femoral foi preparado e a osteotomia foi fechada com cerclagem utilizando-se fios de aço de 1,2 mm de diâmetro. Optamos pela colocação por impacção de uma haste longa não cimentada de fixação distal totalmente revestida de porosidade. Esse tipo de componente ultrapassa toda a região óssea que teve contato com o cimento, conseguindo uma fixação primária mais adequada, com melhor potencial de crescimento ósseo para sua fixação biológica. Realizamos também a revisão do componente acetabular, com a colocação de um novo componente não cimentado complementado com parafusos de fixação acetabular. O paciente foi mantido sem nenhuma carga no membro inferior esquerdo por 6 semanas, sendo liberada carga parcial na sequência e carga total após total consolidação da osteotomia e integração do componente femoral.

## Ressecção artroscópica de osteocondroma da cabeça femoral

### Autores

- BRUNO COSTA MELLO SILVA
- MARCELO GODOI CAVALHEIRO
- GUSTAVO GAMBUGGI PUGINA
- ROSTANDA MARTI MEIRELES

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

O osteocondroma é um tumor benigno que representa cerca de 45% das lesões ósseas benignas e 12% de todos os tumores ósseos. É mais frequente nos ossos longos, escápula e asa do íliaco. Nos ossos longos costuma envolver a região metafisária em 76% dos casos. São geralmente assintomáticos. No quadril podem cursar com compressão adjacente de músculos, nervos (ciático) e vasos (veia femoral). Podem causar estalidos no quadril, subluxação do quadril, impacto femoroacetabular, fraturar no impacto com outro osso, fratura da própria lesão e inflamação da bursa reativa que recobre o osteocondroma. Poucos são os relatos de osteocondroma na cabeça femoral, o que gerou interesse pelo caso, sendo mais encontrado no acetábulo e colo femoral. Devido a sua localização intra-articular no quadril, sua sintomatologia é mais frequente e exuberante, como dor e limitação de movimento. Radiograficamente se apresenta sob a forma sésil ou pediculada, solitário ou como osteocondromatose múltipla hereditária. Resolução espontânea é rara. Malignização ocorre em 1%, geralmente para condrossarcoma. Deve ser feito diagnóstico diferencial também com neoplasias induzidas por radiação, displasia epifisária hemimélica e condroma periosteal.

#### ■ **Conclusões:**

Com o aperfeiçoamento das técnicas de artroscopia para o quadril, temos provavelmente um novo padrão ouro para o tratamento destas lesões, que num passado recente ainda eram tratadas por via aberta, podendo necessitar de luxação controlada do quadril ou até mesmo osteotomias acetabulares com posterior síntese. A artroscopia veio para reduzir a necessidade desses procedimentos, assim como as complicações inerentes às diferentes vias de acesso. Importância deve ser dada à técnica cirúrgica, com a remoção total da exostose, cartilagem e do pericôndrio que a recobre, uma vez que ressecção incompleta ocasiona recidiva. O paciente em questão se beneficiou do tratamento, com resolução total

dos sintomas e sem recidiva até o momento, com 17 meses de pós-operatório.

#### ■ **Descritores:**

Cabeça femoral, osteocondroma, artroscopia.

#### ■ **Relato de Caso:**

Nosso paciente G.H.B., 24 anos, nos procurou com 3 meses de queixas de dor no quadril direito e diminuição do arco de movimento, mas sem limitações. Apresentou no primeiro exame marcha claudicante antálgica, com diminuição do arco de movimento à direita, conforme a relação direita/esquerda a seguir: Flexão: 100°/130°; Rotação Interna; 15°/30°; Rotação Externa 40°/40°; Abdução: 40°/40°. Na radiografia simples foi evidenciada uma exostose na transição colo cabeça, sendo o estudo complementado por tomografia computadorizada e ressonância magnética. Fizemos uma ressecção artroscópica, com o diagnóstico de osteocondroma confirmado pelo exame histopatológico. Evoluiu com melhora da dor e do arco de movimento.

## Resultados do seguimento da artroplastia total do quadril com superfície metal-metal

### Autores

- CLEBER FRULAN
- DORIAN RIKER T.MENEZES
- TAKESHI CHIKUDE
- EDISON NOBORU FUJIKI

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ Justificativa da Pesquisa:

Com a indicação da artroplastia total do quadril (ATQ) em pacientes jovens e ativos, houve a necessidade de desenvolver novas superfícies, que levassem menor formação de debris e maior durabilidade. Nos últimos 3 anos, em pacientes masculinos, com idade de até 65 anos, ativos, com diagnóstico de osteonecrose da cabeça femoral ou osteoartrose do quadril, indicamos ATQ, com superfície metal-metal, sem cimento, a fim de avaliarmos os resultados, a superfície e complicações.

#### ■ Métodos:

120 homens, idade de 28 a 62 anos (média 45,6), sendo 70% por ONCF Ficat 3 (45%) e FICAT 4 (55%) e 30% por OA do quadril, atendidos pelo grupo de quadril da FMABC. Realizadas 135 ATQ, 80 à direita, 40 à esquerda e 15 bilaterais, estas não realizadas em tempo único. Dividimos os pacientes em relação ao tamanho da cabeça femoral em 3 grupos, sendo tamanho 32 (60%), 36 (35%) e 40 (5%). O tamanho 40 foi indicado em 2 casos de OA e em 4 de ONCF. Pacientes com história de alergia ao metal ou diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica não foram critérios de inclusão para o estudo. Utilizamos o Harris Hip Score (HHS) para avaliação pré-operatória, variando de 10 a 34 pontos, realizado pelo mesmo observador. Casos operados pelo mesmo cirurgião, através da via lateral direta. Foram acompanhados durante 32 meses (média de 23,6 meses), retorno ambulatorial no grupo e realizado RX seriado.

#### ■ Resultados:

Sem perdas de seguimento. Nenhuma infecção. Pacientes tiveram aumento do HHS, sendo no pós-operatório de 1 mês 76-92 (média 86) e após 3 meses 86-98 (média 94). Não houve diferença de HHS pós-operatório nos grupos com cabeça femoral 36 e 40 nos primeiros 3 meses, no tocante à amplitude de movimento (ADM). Em pacientes com cabeça femoral 32, o

ganho de ADM foi menor no período 1 mialgia na região interna da coxa, do grupo de cabeça femoral 40, melhorando com infiltração local, 8 pacientes com bursite trocanteriana no pós-operatório de 1 mês, melhorando com infiltração RX pós-operatório mostrou inclinação acetabular entre 45 (60%) a 50 (25%) e o componente femoral em neutro (90%) e valgo (10%), 1 paciente com cabeça femoral 40 teve dor inguinal 8 meses após a segunda cirurgia, sem correlação clínica e radiográfica. Realizado RM, descartando pseudotumor ou qualquer alteração local. Após fisioterapia e repouso por 1 mês, melhora do quadro. Sem indicação de revisão. Via lateral direta não pareceu influenciar pós-operatório, no tocante à reabilitação, além de haver correlação positiva com o HHS no 3 mês pós-operatório, quando houve ganho da força abdução.

#### ■ Conclusões:

Estudo de curto prazo. Sem diferença significativa entre tamanho da cabeça femoral e ADM: comparado o tamanho 36 ou maior ADM é maior no quadril em pacientes submetidos à ATQ com cabeças femorais maiores que 32. Via lateral direta não apresentou problemas em relação à marcha do paciente e o reestabelecimento da mobilidade do quadril.

#### ■ Descritores:

Superfície metal-metal, artroplastia total do quadril, cabeça femoral grande.

# Revisão de artroplastia total do quadril com prótese modular não-cimentada de fixação distal ZMR®.

## Análise clínica e radiográfica de 30 casos

### Autores

- RICHARD PRAZERES CANELLA
- DANIEL CODONHO
- PAULO GILBERTO CIMBALISTA DE ALENCAR

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

Objetivo: avaliar os resultados clínicos e radiográficos de 30 casos de revisão de artroplastia total do quadril com prótese modular não-cimentada de fixação distal tipo ZMR®.

#### ■ **Métodos:**

Entre julho de 2005 e dezembro de 2008 foram operados 30 casos, sendo 14 homens e 14 mulheres. Dois pacientes do sexo masculino tiveram cirurgia bilateral. A idade média foi de 59,2 anos (29-81 anos) e o seguimento médio foi de 24 meses. A classificação de Paprosky foi utilizada para a perda óssea periprotética e a avaliação clínica foi realizada segundo o Harris Hip Score (HHS). Nas radiografias, a definição de migração distal da haste femoral foi definida segundo Sporer, e a remodelação óssea proximal foi classificada de acordo com os critérios definidos por Callaghan. A ZMR® é uma prótese femoral cônica modular não-cimentada de fixação distal produzida em liga de titânio, alumínio e vanádio. O componente proximal (body) apresenta opções de comprimento: 75, 80, 90 e 100 mm e diâmetro (AA, A, B, C, D, E e F) com ângulo cervicodifisário de 135°, e no componente distal (taper stem) as opções são de 135, 185 e 235 mm de comprimento e 14 a 22 mm de diâmetro. Quanto ao offset, pode-se selecionar de 36, 40 e 46 mm associando-se a cinco opções de cabeças femorais (de -3,5 a 10 mm). Além do desenho cônico do implante, de 3,5° de proximal para distal, que promove estabilidade axial, há aletas cortantes (sharply splined) de 0,75 mm para ancoragem óssea no canal femoral e estabilização rotacional. Há também, na extremidade distal da haste, chanfradura anterior desenhada para se adaptar à curvatura anterior do fêmur, diminuindo o impacto e possível perfuração da cortical óssea, principalmente em hastes longas.

#### ■ **Resultados:**

O HHS pré-operatório que apresentava valor médio de

39 mostrou aumento significativo para 93 pontos na última avaliação, o que caracteriza resultado clínico excelente. Nas radiografias, não houve migração da haste femoral maior que 5 mm (Sporer), sugerindo que todas as próteses femorais apresentaram osteointegração e mantiveram-se estáveis desde a cirurgia até a última avaliação. A remodelação óssea proximal, segundo Callaghan, foi tipo B e C em 29 casos. Complicações ocorreram em sete casos, não interferindo na osteointegração dos componentes femorais.

#### ■ **Conclusões:**

Nossos resultados com revisão de artroplastia total do quadril com prótese modular não-cimentada de fixação distal tipo ZMR® foram extremamente animadores, com todos os componentes evoluindo com osteointegração e permanecendo fixos até a última avaliação.

#### ■ **Descritores:**

Artroplastia de quadril, prótese de quadril, estudos retrospectivos, adulto.

## Revisão femoral de artroplastia total do quadril com a utilização da Técnica de Exeter modificada

### Autores

- BRUNO DUTRA ROOS
- MILTON VALDOMIRO ROOS

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

O objetivo do presente artigo é avaliar os resultados clínicos e radiográficos de pacientes submetidos à reconstrução femoral secundária a afrouxamento de artroplastia total de quadril (ATQ), com a utilização da Técnica de Exeter modificada.

#### ■ **Métodos:**

Foi realizado um estudo retrospectivo com 76 pacientes (80 quadris) submetidos à reconstrução femoral com a utilização da Técnica de Exeter modificada, no período de janeiro de 2001 a novembro de 2007. Destes, 37 pacientes (40 casos) preencheram todos os requisitos necessários para este trabalho. Os pacientes foram submetidos à avaliação clínica pré e pós-operatória, de acordo com o Harris Hip Score. Foram avaliadas também radiografias pré-operatórias, pós-operatórias imediatas e tardias, comparando os sinais de osteointegração do enxerto, o fenômeno do “assentamento” da haste femoral, a presença de radioluscência na interface cimento-osso, o alinhamento da haste femoral e a evidência de ossificação heterotópica do quadril.

#### ■ **Resultados:**

Com relação à classificação clínica, consideraram-se os resultados como excelentes em 11 casos (27,5%), bons em 28 (70%) e ruim em um caso (2,5%). Os resultados obtidos foram considerados satisfatórios em 97,5% dos casos. A análise estatística mostrou diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre as medidas pré e pós-operatórias. Encontrou-se um caso (2,5%) sem a evidência de sinais radiográficos de osteointegração do enxerto. O fenômeno do “assentamento” da haste femoral foi observado em dez casos (25%), em um desses superando os três milímetros. A presença de linhas de radioluscência da interface cimento-osso ocorreu em cinco casos (12,5%). Houve 12 casos (30%) de alinhamento da haste femoral de forma não anatômica, sendo dois casos (5%) com mais de três graus de varo e um (2,5%) com mais

de três graus de valgo. Com relação à avaliação para ossificação heterotópica, em 31 casos (77,5%) observou-se ossificação em algum grau. De acordo com os critérios estabelecidos, um caso (2,5%) foi considerado como falha de reconstrução devido a afrouxamento.

#### ■ **Conclusões:**

A reconstrução femoral secundária a afrouxamento de artroplastia total de quadril com a utilização da Técnica de Exeter modificada demonstrou ser uma boa opção de tratamento, permitindo resultados clínicos e radiográficos satisfatórios em seguimento médio de 63 meses.

#### ■ **Descritores:**

Artroplastia do quadril/métodos, fêmur/cirurgia, transplante homólogo/efeitos adversos, falha de prótese.

## Utilização de referências anatômicas pélvicas para o posicionamento do componente acetabular na artroplastia total do quadril

### Autor

■ GUYDO MARQUES HORTA DUARTE

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ Justificativa da Pesquisa:

A luxação após a artroplastia total do quadril (ATQ) possui incidência que varia entre 0,5% e 9,2%, sendo que 60-70% ocorrem nas primeiras seis semanas. O mau posicionamento do componente acetabular (CA), principalmente a anteversão, é a principal causa de luxação na ATQ, e a sua incidência é significativa. Para a orientação do CA, usualmente são utilizados guias de referência em relação aos planos coronal e longitudinal do corpo dos pacientes e em relação ao plano do solo. Os métodos usuais de posicionamento são sujeitos a imprecisões. Para um posicionamento individualizado do CA, vêm sendo cada vez mais utilizadas as referências anatômicas pélvicas.

#### ■ Métodos:

Entre agosto de 2010 e janeiro de 2011 foram realizadas 44 artroplastias totais de substituição do quadril em 44 pacientes, sendo 16 do sexo masculino e 28 do feminino, 23 do lado direito e 21 do lado esquerdo. A idade mínima foi de 32,84 anos, máxima de 89,05 anos, média 67,71 anos. As cirurgias foram realizadas por via de acesso posterior, utilizando-se próteses cimentadas, com cabeças de 28 mm de diâmetro. O planejamento radiográfico foi realizado com transparências. Para o posicionamento do CA, foram utilizadas três referências anatômicas. Estas referências foram um sulco existente no ísquio definido como o ponto mais baixo entre o acetábulo e a tuberosidade isquiática, o ponto mais superior da borda acetabular e o ligamento acetabular transversal. Um componente de prova foi posicionado em relação às referências e a sua localização marcada para se assegurar que o componente definitivo seria cimentado naquela posição. Após a cimentação foi mensurada a anteversão do componente em relação ao eixo da coluna vertebral dado pelo guia de posicionamento. Após a redução de prova a anteversão do componente femoral foi também mensurada. A marcação da posição do componente acetabular foi feita com fitas adesivas externamente à

ferida operatória, e a do componente femoral feita com um fio de Kirschner de 1,5 mm de diâmetro na região trocantérica.

#### ■ Resultados:

O seguimento mínimo foi de três meses e o máximo de oito meses. Ocorreram dois casos de luxação da prótese, não relacionadas ao posicionamento dos componentes. Quanto à anteversão aparente do componente acetabular, a mínima foi de 16°, máxima de 54°, média 36°. A anteversão do componente femoral foi mínima 10°, máxima 38°, média 23°. A anteversão combinada foi mínima de 32°, máxima de 79°, média 59°.

#### ■ Conclusões:

O método utilizado aumentou a precisão na implantação do CA, proporcionando maior segurança ao cirurgião por eliminar variáveis sobre as quais se possui controle limitado.

#### ■ Descritores:

Artroplastia do quadril, luxação de prótese do quadril, anteversão do componente acetabular, referências anatômicas pélvicas.

## Segurança no uso de anticoagulantes em artroplastias primárias eletivas de quadril realizadas em condições técnicas padronizadas

### Autores

- LUIZ SÉRGIO MARCELINO GOMES
- WELLINGTON MARQUES DO CARMO
- MARIA ISABEL DA SILVA

### RESUMO ESTENDIDO

#### ■ **Justificativa da Pesquisa:**

Muito embora o tromboembolismo venoso (TEV) seja uma complicação frequentemente associada às cirurgias ortopédicas de grande porte, o uso rotineiro de anticoagulantes na sua prevenção em artroplastia do quadril (ATQ) ainda é pouco frequente ou inadequado em muitos países, entre eles o Brasil. Dentre os motivos para esta subutilização situa-se o risco de sangramento, que pode se manifestar como eventos restritos à ferida cirúrgica ou ainda como sangramento maior em outros órgãos. Os estudos clínicos multicêntricos que avaliam a segurança dos anticoagulantes, ainda que prospectivos e randomizados e envolvendo grande número de pacientes, não são padronizados em relação a condições que possam interferir na avaliação das complicações da ferida cirúrgica. Detalhes da técnica operatória como rigor na hemostasia, utilização de drenos de sucção, ou mesmo da própria definição de sangramento, não são claramente definidos. Ademais, outro critério utilizado na definição de sangramento, como a realização de transfusão sanguínea, tão pouco é bem definido e padronizado nestes estudos clínicos. O objetivo desta pesquisa é avaliar a segurança na utilização de anticoagulantes na profilaxia do TEV em pacientes submetidos à ATQ, nos quais as condições de técnica operatória, avaliação do sangramento, indicações de transfusões sanguíneas e seguimento pós-operatório, clínico e laboratorial, foram padronizadas.

#### ■ **Métodos:**

Foram avaliadas retrospectivamente 155 artroplastias primárias eletivas do quadril, realizadas em 135 pacientes no período de fevereiro de 2008 a julho de 2010, todos submetidos à quimioprofilaxia do TEV (Enoxaparina 40 mg scb por 30 dias em 127 quadris e Rivaroxabana 10 mg vo por 30 dias em 28 quadris) e operados pelo mesmo cirurgião, em condições de hemostasia rigorosa, não utilização de drenos de sucção e de critérios definidos de avaliação da evolução da ferida cirúrgica e da indicação de transfusão sanguínea. A perda sanguínea intraoperatória, hemoglobina e hematócrito pré e pós-operatórios, até 30 dias p.o., número de transfusões sanguíneas e complicações da ferida cirúrgica em seguimento de 3 meses p.o. foram

registrados. Foi calculado o Coeficiente de Correlação entre Sangramento intraoperatório e as variáveis quantitativas (idade, hemoglobina pré e pós-operatória, tempo de cirurgia, tamanho da incisão e IMC). Para as variáveis qualitativas foi realizado um Modelo de Análise de Variância com um fator (Oneway Anova) ajustado para o sangramento segundo o tipo de implante, ASA e Quimioprofilaxia.

#### ■ **Resultados:**

Em relação às variáveis qualitativas, somente o tipo de implante mostrou significância ao nível de 5% com valor de  $p=0,0080$ . O modelo de regressão linear múltiplo para avaliar o efeito das variáveis em conjunto sobre o sangramento intraoperatório não mostrou interações significativas, porém a partir deste modelo é possível observar que, para esta amostra: a. Os quadris que receberam implante híbrido tiveram sangramento médio de 175,4 ml inferior quando comparados com os quadris que receberam implante não cimentado, corrigidos por tempo de cirurgia e tamanho da incisão. b. O incremento de 1 minuto no tempo cirúrgico aumenta em média 3,7 ml o sangramento intraoperatório e c. o incremento de 1 cm no tamanho da incisão aumenta em média 27,9 ml o sangramento intraoperatório. A transfusão sanguínea, sempre realizada durante a internação-base, foi feita em apenas 8 pacientes (5.16%). Não foi detectado nenhum caso de TEV sintomático.

#### ■ **Conclusões:**

Estes dados nos permitem conjecturar que as complicações associadas ao uso de anticoagulantes e seus relatos clínicos são dependentes de determinantes técnicos como a hemostasia, assim como das definições não padronizadas de indicações para transfusões sanguíneas pós-operatórias. Os anticoagulantes utilizados nesta pesquisa não promoveram sangramento significativo da ferida cirúrgica ou sangramentos maiores no período de observação.

#### ■ **Descritores:**

Artroplastia total do quadril, anticoagulantes, sangramento cirúrgico.

## Acompanhamento radiológico da articulação metálica Metasul

### Autores

- || LUIS CLAUDIO DE VELLECA E LIMA
- || OSAMU DE SANDES KIMURA
- || FERNANDO PINA CABRAL
- || MARCO BERNARDO FERNANDES CURY

## Análise da classificação geográfica para localização das lesões labrais e condrais: correlação entre a artro RM e os achados da artroscopia

### Autores

- || MARCOS EMILIO KUSCHNAROFF CONTRERAS
- || ANA MÁRCIA WERNECK DE CASTRO
- || WILLIAM SOTAU DANI
- || RICARDO CARDOSO BACKER

## Análise de resultados após fraturas-luxações traumáticas do quadril em um centro de referência

### Autores

- || JOÉLBERTH MORAES CINDRA
- || CARLOS EMÍLIO DURÃES DA CUNHA PEREIRA
- || JOÃO WAGNER JUNQUEIRA PELLUCCI
- || FÁBIO SIMPLICIO MAIA

## Artroplastia de recobrimento do quadril metal-metal: análise de complicações em 103 casos consecutivos

### Autores

- || DIOGO DE CARVALHO LEAL
- || MARCO BERNARDO CURY
- || EDUARDO RINALDI
- || DANIEL CODONHO

## Artroplastia do quadril: experiência de 5 anos do serviço de cirurgia do quadril de um hospital público de referência de Fortaleza

### Autores

- || MANUEL JOAQUIM DIÓGENES TEIXEIRA
- || SAMUEL MAGALHÃES DA SILVA
- || FRANCISCO ROBSON DE VASCONCELOS ALVES
- || TIAGO DE MORAIS GOMES

## Artroplastia total do quadril híbrida. Estudo experimental em cães

### Autores

- || BRUNO WATANABE MINTO
- || CLAUDIA VALÉRIA S. BRANDÃO

## Avaliação comparativa entre diagnóstico de imagem e diagnóstico intraoperatório nas artroscopias do quadril

### Autores

- || ROGERIO NAIM SAWAIA
- || DANIEL NARLOCH VEIGA
- || TALES COBRA AZEVEDO
- || RODRIGO DE LIMA LACERDA

## Avaliação das fraturas acetabulares tratadas no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

### Autores

- || MARCIO RAPHAEL POZZI
- || TATIANA YOKO UMATA JACOMEL
- || LUIS RENATO BRAND

## Avaliação do uso de dreno de sucção quanto ao risco de infecção em prótese total primária do quadril

### Autores

- || DORIAN RIKER TELES DE MENEZES JUNIOR
- || KLICIA DE OLIVEIRA COSTA RIKER TELES DE MENEZES
- || ROGÉRIO FILIZZOLA GOMIDE
- || CLEBER FURLAN

## Avaliação dos níveis séricos de cromo após artroplastia de recapeamento

### Autores

- || LEONARDO BOSCHIN
- || LEANDRO SPINELLI
- || CARLOS SCHWARTSMANN

## Avaliação funcional e radiográfica de artroplastia total de quadril não cimentada com superfície em cerâmica: seguimento mínimo de 5 anos

### Autores

- || RAFAEL BORGHI MORTATI
- || ROBERTO DANTAS QUEIROZ
- || LUCAS BORGHI MORTATI
- || RAFAEL MOTA MARINS DOS SANTOS

## Avaliação funcional e satisfação pós-artroplastia total do quadril

### Autores

- || MARILIA VARES MOREIRA
- || CARLOS ROBERTO SCHWARTSMANN
- || CRISTIANE BARCELLOS TOMASCHEWSKI

## Avaliação prospectiva da evolução clínica, radiográfica e funcional das fraturas trocântéricas instáveis com haste cefalomedular

### Autores

- || RICHARD ARMELIN BORGER
- || ROBERTO DANTAS QUEIROZ

## Avaliação radiográfica de componente femoral cônico de fixação proximal não cimentado em fêmur tipo C

### Autores

- || MUNIF AHMAD HATEM
- || PAULO GILBERTO CIMBALISTA DE ALENCAR
- || RODRIGO NISHIMOTO NISHI

## Bursite trocantérica

### Autores

- || WILLIAM SOLTAU DANI
- || FRANCISCO BERRAL
- || MARCOS CONTRERAS

## Como utilizar a bomba de infusão na artroscopia do quadril

### Autores

- || MARCELO GODOI CAVALHEIRO
- || RICARDO BASILE
- || ANDRÉ AZAMBUJA NEVES WEVER

## Comparação entre os volumes ocupados pelos dispositivos de fixação interna para fraturas do colo femoral

### Autores

- || DANIEL LAUXEN JUNIOR
- || TELMO ROBERTO STROHAECKER
- || CARLOS ROBERTO SCHWARTSMANN

## Descrição anatômica do terço proximal da artéria circunflexa femoral medial. Estudo em cadáver

### Autores

- || ANDERSON FREITAS
- || SAULO TEIXEIRA PANSIERE
- || HELDER NOGUEIRA AIRES
- || DIOGO MACEDO SOUTO
- || MONICA MEIRELES COSTA

## Dor glútea profunda: problema comum no consultório - revisão da literatura e relato do tratamento endoscópico de três casos

### Autores

- || GIANCARLO CAVALI POLESSELLO
- || EMERSON KIYOSHI HONDA
- || MARCELO CAVALHEIRO QUEIROZ
- || JULIANA MECUNHE ROSA

## Enxerto autólogo de cabeça femoral em artroplastias simultâneas total primária e revisão de quadril

### Autores

- || DEVAIR DE SANTANA JÚNIOR
- || EDINALDO CAYRES DE OLIVEIRA
- || HENRIQUE ALVES CRUZ

## Fatores de risco para transfusão de hemoderivados em artroplastia total do quadril

### Autores

- || FELIPE ROTH
- || ANTHONY KERBES YÉPEZ
- || RAMIRO ZILLES GONÇALVES
- || LEONARDO CARBONERA BOSCHIN
- || CARLOS ROBERTO SCHAWARTSMANN

## Fratura da cabeça femoral: experiência do Grupo do Quadril da FMABC

### Autores

- || CLEBER FURLAN
- || DORIAN RIKER T.MENEZES
- || TAKESHI CHIKUDE
- || EDISON NOBORU FUJIKI

## Fraturas do fêmur no idoso: protocolo de tratamento

### Autores

- || RAUL CARNEIRO LINS
- || IJACIEL SOARES
- || MAURICIO MOREIRA MIRANDA

## Haste femoral cônica de Wagner na artroplastia total primária de quadril

### Autores

- || OSAMU DE SANDES KIMURA
- || ALAN ARRUDA ARAGÃO
- || FERNANDO PINA CABRAL
- || MARCO BERNARDO CURY

## Impacto do quadril tratado com a via cirúrgica aberta pela Técnica de Ganz: análise dos resultados

### Autores

- || RAUL CARNEIRO LINS
- || MAURICIO MIRANDA MOREIRA
- || ANTONIO MARTINS NUNES JUNIOR

## Impacto femoroacetabular tipo CAM por osteoma osteóide no colo femoral: relato de caso

### Autores

- || OSAMU DE SANDES KIMURA
- || FERNANDO PINA CABRAL
- || EMÍLIO FREITAS
- || MARCO BERNARDO CURY

## Mal seating: um problema que pode ser evitado

### Autores

- || RICARDO BASILE
- || ANDRÉ AZAMBUJA NEVES WEVER

## Meralgia parestésica (Síndrome de Bernhardt-Roth)

### Autores

- || WILLIAM SOLTAU DANI
- || FRANCISCO BERRAL
- || MARCOS CONTRERAS

## O acesso de Ganz com luxação controlada da cabeça femoral em lesões traumáticas do quadril

### Autores

- || ADRIANO MOURA COSTA DE VIVEIROS
- || ALEXANDRE VASCONCELOS DE MEIRELLES
- || HUMBERTO DE LIMA COSTA JÚNIOR
- || SANDRO BARBOSA DOS SANTOS GOMES

## Os drenos de sucção fechados alteram os riscos de infecção nas cirurgias de artroplastias primárias totais de quadril?

### Autores

- DORIAN RIKER TELES DE MENEZES JUNIOR
- ROGÉRIO FILIZZOLA GOMIDE
- KLÍCIA DE OLIVEIRA COSTA RIKER TELES DE MENEZES
- EDISON NOBORU FUJIKI

## Os pacientes emagrecem após artroplastia total de quadril?

### Autores

- CARLOS ROBERTO SCHWARTSMANN
- EDUARDO BERND
- MARCO TONDING FERREIRA

## Prevalência dos achados de impacto femoroacetabular em pacientes assintomáticos

### Autores

- RODRIGO SCHEIDT
- CARLOS ROBERTO GALIA
- CRISTIANO VALTER DIESEL

## Pubalgia

### Autores

- WILLIAM SOLTAU DANI
- FRANCISCO BERRAL
- MARCOS CONTRERAS

## Pubalgia como uma das causas de dispareunia

### Autores

- ADEMIR ANTÔNIO SCHUIROFF
- RENATO LOCKS
- MARIA RITA OLIVEIRA DE VARGAS
- MARCO ANTONIO PEDRONI

## Quantificação do impacto femoroacetabular tipo "CAME" utilizando-se imagem radiográfica

### Autores

- DR. ALBERTO HAMRA
- JOSÉ EDWARD BARBERATO
- JOSE ANGEL MONTERO RUIZ
- DR. XAVIER M.G.R.G. STUMP

## Redução aberta e fixação interna de fraturas pélvicas instáveis durante a gravidez: relato de 04 casos

### Autores

- CARLOS ROBERTO SCHWARTSMANN
- RICARDO HORTA MIRANDA
- MARCO TONDING FERREIRA

## Resultados iniciais de um novo modelo de gestão em artroplastia total de quadril

### Autores

- FERNANDO M. DE PINA CABRAL
- BRUNO TAVARES RABELLO

## Resultados preliminares do tratamento cirúrgico de fraturas de colo femoral com 02 parafusos canulados

### Autores

- ALCEU GOMES CHUEIRE
- FABIO STUCHI DEVITO
- RAFAEL RATTI FENATO
- FABIO FERREIRA FREIRE

## Transusão sanguínea em artroplastia de quadril: a curva laboratorial hemática é o melhor preditor da necessidade de transfusão?

### Autores

- FELIPE ROTH
- MARIO ARTHUR ROCKENBACH BINZ
- LEONARDO CARBONERA BOSCHIN
- CARLOS ROBERTO SCHWARTSMANN

## Tratamento cirúrgico de fratura tardia bilateral do acetábulo associada à lesão do anel pélvico por dupla via bilateral

### Autores

- ADRIANO MOURA COSTA DE VIVEIROS
- FLÁVIO ROBERT SANTANA
- SANDRO BARBOSA DOS SANTOS GOMES
- HENRIQUE RIBEIRO GONÇALVES

## Tratamento de luxação traumática posterior inveterada do quadril pela Técnica de Ganz

### Autores

- ALEXANDRE VASCONCELOS DE MEIRELLES
- RODRIGO NUNES SANTOS
- ALAN CHAGAS SILVA
- ADRIANO MOURA COSTA DE VIVEIROS

## Uso da haste cefalomedular tipo "Gamma nail" no tratamento das fraturas transtrocantericas instáveis do fêmur

### Autores

- JOAO WAGNER JUNQUEIRA PELLUCCI
- HENRIQUE LIMA LOPES
- JOÃO LOPO MADUREIRA JÚNIOR
- GUSTAVUS LEMOS RIBEIRO MELO



## Aesculap Metha®

Sistema de Haste Curta de Quadril. Evoluindo o Nível da Artroplastia

# AGENDA DE EVENTOS



## Setembro

DATA/HORA	LOCAL	SITE OFICIAL
<b>XIV Congresso Brasileiro de Quadril</b>		
7 a 10 de setembro de 2011	Bourbon Cataratas Convention Resort Rodovia das Cataratas - km 2,5 Foz do Iguaçu/PR	<a href="http://www.cbq2011.com.br">www.cbq2011.com.br</a>
<b>Reunião da SBQ Paulista - Fratura Acetábulo e Pelve</b>		
15 de setembro de 2011 19:30	AACD Anfiteatro do Hospital Abreu Sodré Av. Prof. Ascendino Reis, 724 Vila Clementino - São Paulo/SP	<a href="http://www.sbquadril.org.br/regional_paulista.php">www.sbquadril.org.br/regional_paulista.php</a>
<b>Reunião da SBQ Paraná - Complicações</b>		
20 de setembro de 2011 19:30	Hospital Universitário Cajuru Av. São José, 300 - Curitiba/PR	<a href="http://www.sbquadril.org.br/regional_parana.php">www.sbquadril.org.br/regional_parana.php</a>

## Outubro

DATA/HORA	LOCAL	SITE OFICIAL
<b>Reunião da SBQ Paulista - Artroplastia Soltura-Infecção</b>		
20 de outubro de 2011 19:30	AACD Anfiteatro do Hospital Abreu Sodré Av. Prof. Ascendino Reis, 724 Vila Clementino - São Paulo/SP	<a href="http://www.sbquadril.org.br/regional_paulista.php">www.sbquadril.org.br/regional_paulista.php</a>
<b>Reunião da SBQ Paraná - Artroplastia do Quadril no Paciente Jovem</b>		
25 de outubro de 2011 19:30	Hospital Universitário Cajuru Av. São José, 300 - Curitiba/PR	<a href="http://www.sbquadril.org.br/regional_parana.php">www.sbquadril.org.br/regional_parana.php</a>

## Novembro

DATA/HORA	LOCAL	SITE OFICIAL
<b>Reunião da SBQ Paulista - Artroplastias Primárias II</b>		
10 de novembro de 2011 19:30	AACD Anfiteatro do Hospital Abreu Sodré Av. Prof. Ascendino Reis, 724 Vila Clementino - São Paulo/SP	<a href="http://www.sbquadril.org.br/regional_paulista.php">www.sbquadril.org.br/regional_paulista.php</a>
<b>43º Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia</b>		
13 a 15 de novembro de 2011	Hotel Transamérica Av. Nações Unidas, 18.591 São Paulo/SP	<a href="http://www.cbot2011.com.br">www.cbot2011.com.br</a>
<b>Reunião da SBQ Paraná - Artroscopia do Quadril</b>		
22 de novembro de 2011 19:30	Hospital Universitário Cajuru Av. São José, 300 - Curitiba/PR	<a href="http://www.sbquadril.org.br/regional_parana.php">www.sbquadril.org.br/regional_parana.php</a>

# stryker®



## Accolade®

### O Equilíbrio Perfeito



O perfeito equilíbrio entre o aperfeiçoamento da extensão do movimento e a qualidade de vida do paciente.

O componente femoral Accolade TMZF funde conceitos clínicos bem sucedidos com os mais altos padrões de ciência e tecnologia em um único sistema.

- TMZF: permite uma flexibilidade 25% maior do que o Ti-6Al-4V, concedendo uma elasticidade que melhor se assemelha à elasticidade do osso.
- Plasma Spray: a superfície circunferencial de plasma spray em todo o corpo proximal ajuda na fixação no osso e proporciona uma ótima interface para a aplicação da camada de Pure Fix HA.
- Design em Forma de Cunha: o design em forma de cunha do componente femoral Accolade TMFZ proporciona uma firme estabilidade mediolateral dentro do canal femoral.

Equilíbrio  
**O Equilíbrio Perfeito.**  
Perfeito

Quinze anos de acompanhamento clínico  
com taxa de 97% de sobrevida da prótese.<sup>1</sup>



# CORAIL<sup>®</sup>

---

HIP SYSTEM

---

  
a *Johnson & Johnson* company

*never stop moving™*

<sup>1</sup>Referência: The Norwegian Arthroplasty Register Report 2008

[depuybrasil@its.jnj.com](mailto:depuybrasil@its.jnj.com)