

Junho 2015



**Cresce a preocupação em  
prevenir a segunda fratura**

**Convidados internacionais já confirmam  
participação no XVI Congresso**

  
**implantcast**



# ECOFIT

## SISTEMA DE

# QUADRIL IMPLANTCAST

### Prótese Total de Quadril Sem Cimento

O sistema Ecofit Implantcast, é o último e melhor conceito em haste femoral sem cimento com fixação proximal.

O Acetábulo mais anotômico, proporciona a melhor fixação no paciente e segurança para o Cirurgião

#### REVISÃO MODULAR

Revisão Modular com fixação distal e parafuso de bloqueio e acetábulo Trabeculado



#### FEMORAL HEAD

3 Tamanhos de Cabeças  
Cerâmica Biolox e  
Cromo Cobalto  
28/32/36MM



#### ACETÁBULO

Maior combinação de tamanhos de Inserts Cerâmica e Polietileno.



Av. Yojiro Takaoka, 4384 Conj 1012  
Santana de Parnaíba - SP - Brasil  
Fone: 11 - 4152-4653  
Celular: 11-96082-2019  
email. marketing@ortospine.com.br  
www.ortospine.com.br

  
**Ortospine**

Importador Oficial

[www.implantcast.com](http://www.implantcast.com)

Os ortopedistas preveem para o mundo inteiro e também para o Brasil que a demanda por cirurgia de quadril cresça exponencialmente nos próximos anos e está na hora de pensar em como iremos atender no futuro aos milhões de pacientes que vão nos procurar.

Serão idosos, devido ao envelhecimento da população, por isso ouvimos para O Quadril especialistas sobre o cuidado com o paciente idoso e que chega com várias comorbidades. Mas haverá jovens também, pois dados americanos mostram que a Artroplastia total de quadril passa a ser feita precocemente devido ao sobrepeso, que aumenta o desgaste das articulações. E dado oficial indica que 52% dos brasileiros estão acima do peso e o paciente obeso é de alto risco.

Temos que nos preparar igualmente para o avanço tecnológico dos próximos anos, pois na especialidade a evolução é rápida. Quando me formei, no início dos anos 90, recomendava-se ao paciente que aguentasse o quanto possível, antes de colocar uma prótese, feita numa longa cirurgia que podia durar mais que três horas. Hoje, a prótese é solução usada precocemente, livra o paciente de dor, poupa sofrimento e é segura, pois com os novos materiais, muito menos sujeitos a desgaste, a revisão é cada vez mais tardia, 20 ou 25 anos após a cirurgia inicial, contra no máximo 15 anos, no passado.

Hoje, uma Artroplastia total leva 40 minutos e a evolução que vivenciamos se reflete até na comunicação. É que, ao me formar, o Comitê do Quadril tinha 50 membros dispersos pelo Brasil e hoje os cerca de 800 associados da Sociedade Brasileira de Quadril já são tão numerosos, que esta revista se tornou necessária para nos comunicarmos, e isso sem contar as reuniões científicas, cada vez mais ricas, promovidas pelas Regionais da SBQ e os congressos, sem os quais seria difícil nos mantermos atualizados.

Voltando ao futuro próximo, a obesidade e a Osteoporose tornam a problemática do quadril uma área multidisciplinar. O cirurgião bariátrico, a nutricionista, o cardiologista e mesmo o endócrino, no caso dos pacientes diabéticos, passam a trabalhar junto com o cirurgião.

Novos debates se sucedem, emagrecer o paciente antes da cirurgia para reduzir o risco da intervenção, ou aceitar sua alegação de que, com dor e dificuldade de movimentação, não consegue emagrecer e que só perderá peso depois de operado. Os médicos comprovam que a alegação não vale, é muito raro que o paciente perca peso após a operação.

Se olhamos o futuro, temos que pensar igualmente na remuneração, no relacionamento nem sempre fácil com os convênios e com o governo, que não libera as verbas necessárias para reduzir a fila de espera por uma cirurgia reparadora que os ortopedistas tem condições e capacitação para fazer em muito maior número do que são realizadas, isso sem pensar nas dificuldades burocráticas num País apaixonado pela papelada, de que é exemplar a dificuldade para credenciar um hospital ou o médico a usar o banco de ossos.

Não temos a solução milagrosa para os vários problemas que o especialista enfrenta, mas precisamos discuti-los e nos preparar para o amanhã, que não espera.

*Sergio Delmonte – presidente*  
delmonte@cqlago.com.br 



O Quadril é o informativo oficial da Sociedade Brasileira de Quadril, publicação com tiragem de 9.000 exemplares.

#### **Sociedade Brasileira de Quadril**

Rua Teresa Guimarães, 92  
Rio de Janeiro/RJ  
CEP 22 280-050  
Tel.: (21) 2543-4019  
[www.sbquadril.org.br](http://www.sbquadril.org.br)

#### **Conselho Editorial:**

André Wever, Henrique Gurgel,  
Marcelo Queiroz e Pedro Ivo de  
Carvalho

**Secretaria:** Nice Franzoni

Ilustração de capa:  
© Nyul | Dreamstime.com

**Textos e Edição:** Luiz Roberto  
de Souza Queiroz e Táta Gago  
Coutinho

**Jornalista Responsável:** Luiz Roberto  
de Souza Queiroz (MTb 8.318)

#### **Produção:**

LRSQ Comunicação Empresarial  
[www.lrsq.com.br](http://www.lrsq.com.br)

As opiniões nas entrevistas e artigos  
assinados não refletem, necessariamente,  
a opinião da Diretoria da SBQ.  
Reprodução permitida desde que citada  
a fonte.

#### **DIRETORIA DA SBQ - 2014/2015**

**Presidente:** Sergio Delmonte

**Vice-presidente:** Itiro Suzuki

**Diretor científico:** Edmilson Takata

**Tesoureiro:** Guydo Marques Horta  
Duarte

**Secretário:** Carlos Roberto Galia

## Revisão exige técnica mais apurada e é o maior desafio atual para o cirurgião

O professor José Ricardo Negreiros, que chefia o Grupo de Quadril de Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, explica a tendência do aumento do número de revisões pelo expressivo crescimento de cirurgias primárias, mas ressalta que a revisão exige técnica mais apurada, representa maior desafio para o cirurgião. Com estatísticas do Datasus, ele comprova a diferença entre as revisões feitas em 10 meses no Sudeste, 1.048, contra 54 no Norte do Brasil.

**“O volume assistencial aumentou significativamente nestes 50 anos, à medida que novos implantes e técnicas surgiram”**

**O Quadril** – Como foi o início da Artroplastia total de quadril há 50 anos, no Hospital das Clínicas da USP?

**Negreiros** – Na década de 60 que o professor Flavio Pires de Camargo cria o Grupo de Artrites e Tumores, conta com Marcio Passini e realiza a primeira Artroplastia de Mckee Farrar. Nos anos 70 o pró-

prio Flavio, com Manlio Napoli e Emilio Cordeiro visitam o Serviço de John Charnley, na Inglaterra, e trazem o design, especificações e a autorização para produção de uma prótese na oficina do IOT. O grupo, enriquecido com João Carazzatto e Roberto Cavalieri Costa se divide, na década de 80, em Tumores e Quadril. Este grupo segue a tendência de usar implantes não cimentados, tendo como representantes Fernando Gaspar Miranda, Itiro Suzuki e Antonio Carlos Bernabé. Paralelamente, Olavo Pires de Camargo e Alberto Croci desenvolviam no Grupo de Tumores o desenho inicial de próteses não convencionais, que levaram ao modelo modular utilizado em tumores.

**O Quadril** – Como evoluiu o atendimento ao longo dos anos?

**Negreiros** – O volume assistencial aumentou significativamente nestes 50 anos, à medida que novos implantes e técnicas surgiram e hoje, o aumento da expectativa de vida, com distribuição etária mais jovem que na Europa, somado ao número de cirurgias primárias, tem causado uma elevação na demanda de cirurgias de revisões de ATQ.

**O Quadril** – E o custo da revisão?



**Negreiros** – O custo de uma cirurgia de revisão ultrapassa, quase sempre, o da cirurgia primária. Segundo Barrack e outros especialistas, comparando revisões de ATQ em dois períodos diversos na década de 90, houve um aumento na complexidade cirúrgica e queda significativa no tempo cirúrgico, tempo de internação e no valor dos implantes. Essas vantagens são importantes para a fonte pagadora, mas não para a satisfação da equipe médica pois, talvez pela crescente gravidade dos casos, o resultado é potencialmente inferior ao da cirurgia primária.

**O Quadril** – Nesse sentido, a revisão não representa um desafio?

**Negreiros** – Sim, a revisão exige técnica mais apurada, a necessidade de gerenciar a perda óssea aceta-

bulvar e/ou femoral, as incertezas quanto à escolha do melhor implante para cada caso, além da decisão do momento ideal para realizar a cirurgia de revisão.

**O Quadril** – Temos estatísticas brasileiras sobre a frequência com que o mesmo hospital faz a cirurgia primária e a revisão?

**Negreiros** – Não, pouco se sabe a respeito. Um estudo americano, porém, de Katz e seu grupo, analisa 4.448 revisões e demonstra que hospitais com grande volume de ATQ primária fazem 21% mais revisões e o trabalho recomenda que o sistema de saúde reorganize a política de distribuição de recursos para revisões de ATQ. Analisando o procedimento em si e os riscos, é notório que a prevalência de complicações é proporcional à gravidade do caso e de ampla variação se comparada com a ATQ primária. O risco maior intra-operatório deve-se ao maior sangramento, que acarreta maior prevalência de óbito peri-operatório em casos graves, devido à idade, tempo cirúrgico prolongado, estenose aórtica moderada e grave, insuficiência coronariana não diagnosticada, poli transfusão e coagulopatia. Isso tudo torna a revisão em pacientes idosos de alto risco. A prevalência de complicações pós-operatórias, infecção, instabilidade e lesão nervosa também tem o risco aumentado na revisão, o que exige UTI, banco de sangue, protocolo definido de cirurgia segura e profilaxia infecciosa.

**O Quadril** – Há preponderância de revisões no Sudeste do Brasil?

**Negreiros** – No período entre janeiro e outubro do ano passado, afirma o Datasus que o Sul e o Sudeste

foram responsáveis por 82,5% das revisões de ATQ, embora na região vivam 56,3% dos brasileiros. Além disso, é preciso lembrar da ‘migração’ de pacientes para outros locais. Um desequilíbrio maior ainda é verificado comparando-se Artroplastias primárias em relação às cirurgias de revisão, mas de forma inversa, com o Norte realizando mais revisões em relação a Artroplastias primárias: para 162 ATQ, foram feitas 54 revisões, enquanto o Nordeste fez 1.262 ATQ primárias para 172 revisões e o Sudeste 5.565 primárias para 1.048 revisões. Concluo que esses dados mostram que há um desequilíbrio entre os Estados e que o SUS, no seu conceito de universalidade e eficiência, está em colapso.

### “A necessidade de descentralização com capacitação e treinamento de diversos centros é urgente, para aumentar a acessibilidade das cirurgias de revisão e das Artroplastias primárias”

**O Quadril** – Essas estatísticas explicam as longas filas de espera de revisão nos maiores centros de referência?

**Negreiros** – Sim, há constante aumento de demanda, mesmo nos hospitais onde a revisão de Artroplastia é rotineira. No IOT, a proporção revisão/cirurgia primária ultrapassa 35%, devido ao afluxo de pacientes de outros municípios. Isso é decorrência do desequilíbrio em todos os níveis, mesmo estadual e municipal e se relaciona à menor infraestrutura e ausência de investimentos em hospitais que deveriam fazer cirurgia de revisão.

**O Quadril** – Qual a expectativa de mudança da situação?

**Negreiros** – As transformações demoram, a curva de aprendizado da revisão de Artroplastia é longa e perdura até a aposentadoria do cirurgião, devido à grande diversidade clínica que caracteriza complexidades diversas, que se agravam pelo tempo na fila. A necessidade de descentralização com capacitação e treinamento de diversos centros é urgente, para aumentar a acessibilidade das cirurgias de revisão e das Artroplastias primárias. É problema multifatorial onde estão envolvidos recursos humanos e físicos, infraestrutura, padronização hospitalar, banco de tecidos, disponibilidade de implantes pelo SUS, etc.

**O Quadril** – Quais as consequências da longa espera pelo tratamento?

**Negreiros** – A espera por tratamento torna frequentes situações antes raras, como componentes acetabulares intrapélvicos e fraturas femorais periprotéticas de altíssimo risco e complexidade. A mudança nesse cenário depende de vontade política. Antes de investimento, urge organizar o problema como um todo, quanto à demanda e recursos por todo o País, com tantos contrastes. E vale lembrar que o Brasil gasta US\$ 466 per capita por ano, enquanto os EUA gastam US\$ 3.700, a Noruega US\$ 9.055, o Canadá US\$ 5.741 e o Reino Unido US\$ 3.657. Esse problema não é dos médicos, o governo de um País que propõe modelo como o SUS deveria organizar a saúde com gestão e recursos adequados, para não assistirmos mais ao drama que vivemos diariamente nos hospitais públicos brasileiros.



# PHENOM<sup>®</sup>

- Prótese femoral não cimentada com design anatômico e revestimento de plasma spray;
- 4 Opções de Offset (35, 37.5, 40 e 42.5 mm) e Ângulo Cérvico-Diafisário de 135°;
- 3 Opções de Acetábulo: 3 Furos, Multi Furos e Sem Furos;
- 3 Opções de Insertos em Polietileno para cabeças metálicas ou cerâmica: Standard, Teto Posterior e Constrito;
- Compatível com MD Acetabular (Cerâmica x Cerâmica), com cabeças femorais que variam de Ø28mm à Ø40mm.



Sistema nacional completo para artroplastia de quadril.

# Cadastramento para REMPRO/SBQ começa este ano

**L**uiz Sergio Marcelino, que coordena o REMPRO/SBQ, anunciou que está sendo terminada a última parte do software específico para o programa e “ainda neste ano começaremos o cadastramento de todos os Serviços brasileiros que tem R4 em quadril, bem como o treinamento para a coleta de dados necessários”.

Ele lembra que a decisão de criar o REMPRO/SBQ foi tomada na assembleia geral de novembro de 2010 e especifica que incluirá três grupos:

Artroplastia, que envolve procedimentos de substituição articular por implante, eletivo ou de urgência, bem como procedimentos primários de revisão. Nesse grupo serão incluídas as Hemiartroplastias – Artroplastias parciais.

Fratura, incluindo as do fêmur proximal e do acetábulo, submetidas à cirurgia não artroplástica, assim como inclui as fraturas do anel pélvico.

Cirurgia preservadora, incluindo todos os procedimentos em que a articulação do quadril não é substituída por implantes, tais como osteocondroplastias, procedimentos regenerativos e cirurgias periarticulares abertas ou artroscópicas, osteotomias femurais, nas quais se inclui as descompressões por osteonecrose, periacetabulares e pélvicas, assim como as cirurgias de resgate e salvamento da articulação.

Pela decisão da assembleia, o REMPRO/SBQ registrará e acompanhará até à situação de desfecho, TODOS os pacientes acima de 18 anos, submetidos a procedimentos operatórios na articulação do quadril, realizados em instituições hospitalares credenciadas e habilitadas.

O projeto está sendo desenvolvido em separado do projeto da SBOT/ANVISA pois, embora tenham sido realizados os pilotos de forma conjunta, os objetivos da SBQ são diversos e até mais ambiciosos e ambos os projetos trarão benefícios para o conhecimento do universo do emprego das próteses no Brasil.

Historicamente o uso de estudos epidemiológicos no âmbito internacional se mostrou como tecnologia muito eficiente na detecção de produtos médicos de desempenho inferior, o que fortaleceu os Registros Nacionais



de Artroplastia, instrumentos de coleta e avaliação de dados, de que foi pioneiro o Registro Sueco, de 1975.

O Registro permitiu forte queda na revisão de Artroplastia de joelho e quadril, 18% em 1979, para 6,4% em 2001, enquanto nos EUA, sem esse tipo de registro, a taxa continuou alta. Assim, depois do trabalho conjunto no projeto piloto, a SBQ resolveu seguir caminho próprio, explica Marcelino, criando um Registro Multicêntrico de Procedimentos Operatórios, nos quais informações mais detalhadas incluem critérios adicionais de desfecho e resultados funcionais.

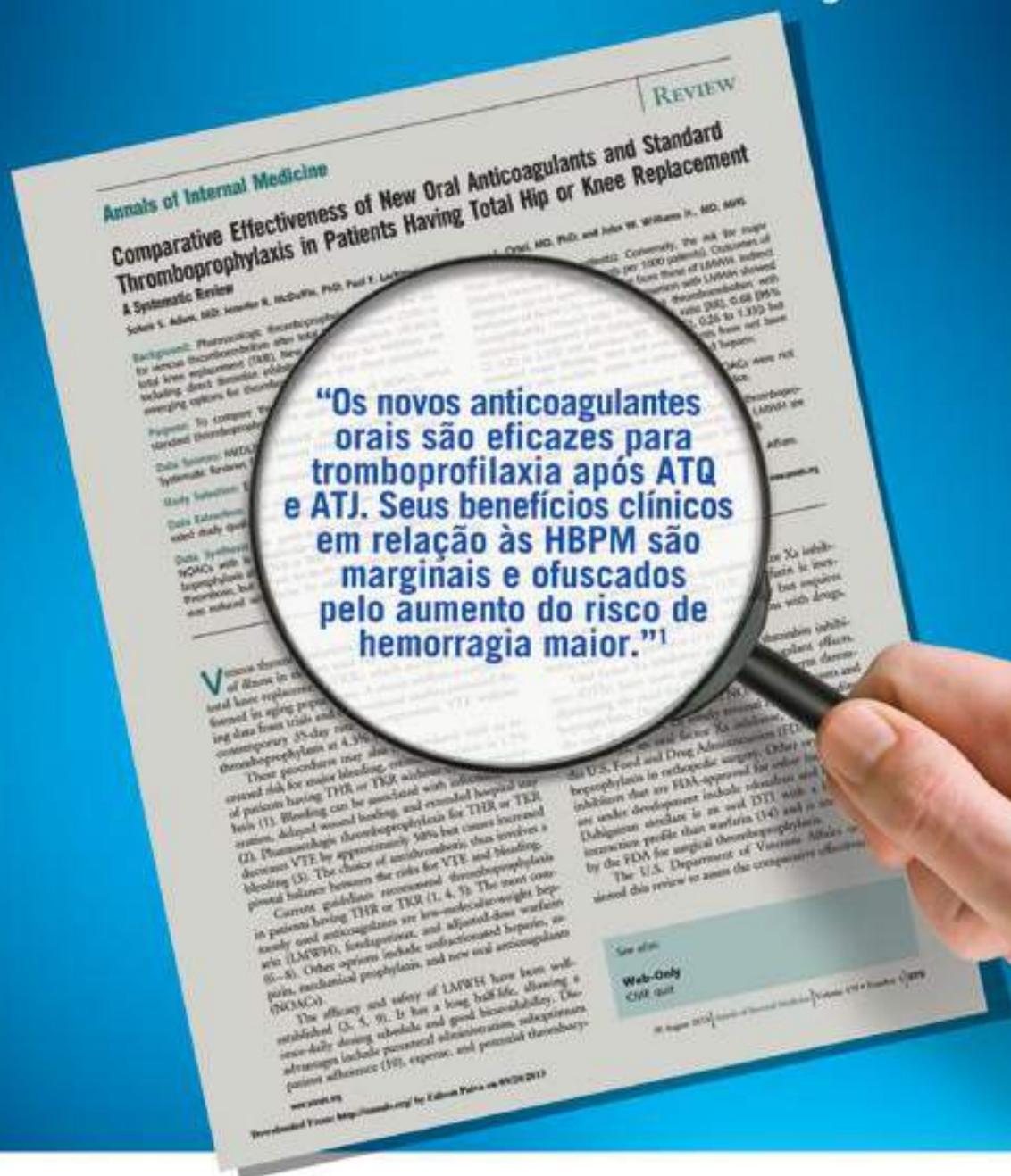
## SBOT e ANVISA anunciam registro de próteses de quadril e de joelho

**A** SBOT divulgou, no mês passado, a notícia de que deverá iniciar brevemente, juntamente com a ANVISA e o Ministério da Saúde, o Registro das próteses de joelho e quadril implantadas no Brasil inteiro. O projeto começou em 2007 juntamente com a SBQ, que levou a efeito um piloto em Batatais, coordenado por Luiz Sergio Marcelino Gomes, mas posteriormente a instituição preferiu investir no REMPRO, registro multicêntrico dos procedimentos operatórios.



# ANTICOAGULANTES ORAIS

## QUANDO A SEGURANÇA ESTÁ EM JOGO, É PRECISO REDOBRAR A ATENÇÃO.



Referência bibliográfica: 1. Schein S, et al. Comparative Effectiveness of New Oral Anticoagulants and Standard Thromboprophylaxis in Patients Having Total Hip or Knee Replacement. Ann Intern Med. 2013;159:275-84.



Medical Services  
www.medicalservices.com.br  
© seu lugar na internet.

Av. Major Sylvio de Magalhães Padilha, 5.200 - Ed. Miami  
Jd. Morumbi - São Paulo - SP - CEP 05693-000



# eticamente, fratura por fragilidade óssea exige não só tratamento da fratura, mas também da Osteoporose



A pior fratura por fragilidade óssea é a de quadril pela sua alta mortalidade e morbidade. Cerca de 50% dos pacientes que fraturaram o quadril, sofreram anteriormente uma outra fratura por fragilidade, de ombro, vértebra ou punho e na grande maioria não foram tratados da Osteoporose (que causou a fratura) e não foram alertados de que tinham o risco aumentado para uma segunda fratura. A colocação é do presidente do Comitê de Doenças Osteometabólicas da SBOT, **Bernardo Stolnick**, um dos pioneiros na difusão da obrigatoriedade da prevenção da chamada 'segunda fratura'.

Para Stolnick, é um dever ético do cirurgião que atende um paciente com fratura por fragilidade óssea cuidar para que a Osteoporose seja tratada. "O cirurgião pode tratar ele mesmo da Osteoporose, indicar o tratamento com um reumatologista ou endocrinologista, mas o importante é deixar bem claro ao paciente que a fratura sofrida é uma primeira e que se sobreviver a segunda, o risco de morte aumenta exponencialmente".

O especialista lança o alerta, que por sinal está sendo objeto de uma campanha da SBOT, porque com o envelhecimento da população se espera um aumento muito grande das fraturas por fragilidade e diversos países da Europa e Estados Unidos já estão empenhados profundamente na prevenção da segunda fratura.

E não é só o envelhecimento que aumenta a incidência da Osteoporose, os hábitos de vida modernos levam à fragilidade óssea precoce. O que acontece é que o jovem tornou-se mais sedentário, tem alimentação inadequada e tendência à obesidade, que levou o Brasil a ter mais de 50% da população com sobrepeso e o aumento do número de jovens que cursam a Universidade num sistema competitivo, passando a maior parte do tempo nos estudos, junto ao computador, tornou muito limitada a exposição ao sol e aos esportes. O resultado, é a fratura por fragilidade óssea cada vez em faixas etárias mais jovens.

## Resultados impressionantes

A boa notícia é que a prevenção da segunda fratura não é importante apenas do ponto de vista ético. É extremamente eficaz para o paciente, explica Bernardo Stolnick, que cita

o primeiro combate sistemático ao risco da refratura, através do 'Previrefrat', programa desenvolvido no Rio de Janeiro, implementado no Hospital Federal de Ipanema e, posteriormente, também em Brasília.

"A redução na ocorrência da segunda fratura foi de 97%", explica o ortopedista, com base na estatística referente aos primeiros 450 pacientes tratados. Para quem precisa de mais detalhes, ele recomenda o site [www.previrefrat.org](http://www.previrefrat.org), onde conta, por exemplo, que um estudo feito com pacientes idosos operados após fratura do fêmur, indicou que 55% tinham sofrido uma fratura prévia, que deveria ter sido considerada como sinal de alerta. "Não o foi, entretanto, a Osteoporose evoluiu e eles acabaram sofrendo a segunda fratura".

## Serviços especializados

O Brasil já conta com os primeiros Serviços especializados na prevenção secundária de fraturas e os especialistas explicam que a aderência ao tratamento costuma ser bastante boa, talvez devido ao argumento usado: o paciente que fraturou quadril ou fêmur, tem o dobro da chance de fraturar o outro fêmur e mais, numa percentagem muito alta essa segunda fratura costuma levar ao óbito.

Os Serviços Ortogeriátricos estão se multiplicando na Europa e nos Estados Unidos, como consequência do aumento de demanda de pacientes idosos com fragilidade óssea, continua Bernardo Stolnick, e a tendência é que o mesmo ocorra no Brasil, a médio prazo. O fato com o qual o cirurgião deve se acostumar, é que cada vez mais o atendimento de uma fratura de fêmur torna-se multidisciplinar.

Afinal, lembra o médico, o paciente idoso costuma ter comorbidades que precisam ser levadas em conta, diabetes, hipertensão arterial e cardiopatias, entre elas, e tanto no pré como no pós-operatório, o concurso do clínico geral é necessário e frequente. Outro aspecto importante é a rapidez no atendimento, que melhora o prognóstico e, para que a cirurgia possa ser levada a efeito de imediato, é preciso o concurso de outros especialistas, além do ortopedista. 

# Mudança do estilo de vida tornarão a Osteoporose em 'doença' pediátrica, segundo Marcio Passini

A Osteoporose e as consequentes fraturas por fragilidade óssea, principalmente da coluna vertebral e do colo de fêmur se tornaram mais frequentes em virtude das mudanças de estilo de vida. A criança que troca o leite pelo refrigerante, que em vez da atividade física passa o dia diante do computador e sem exposição ao sol, está criando a tendência para que a Osteoporose se transforme em 'doença' pediátrica e já levou ao crescimento da prevalência da Osteoporose e do índice de fraturas muito além do que seria lógico esperar pelo envelhecimento da população.

A colocação acima, feita por Marcio Passini, um dos especialistas da campanha recém-iniciada pela SBOT contra a segunda fratura, é um alerta para os ortopedistas que, segundo ele, tem hoje a obrigação moral e ética de tratar ou encaminhar para tratamento da Osteoporose se o paciente chegar com uma fratura causada pela doença e que, a médio prazo, "certamente passarão a ter também a obrigação legal de cuidar da Osteoporose".

Na campanha para o leigo, Passini define a fratura por fragilidade óssea como "a fratura causada por uma queda da própria altura, como quando alguém tropeça na rua, cai e fratura o punho, por exemplo". Para o especialista, porém, há clara correlação entre a fratura da extremidade proximal do fêmur e o óbito precoce e não tem dúvida em afirmar de forma categórica que, estatisticamente, é o tratamento da Osteoporose que reduz o índice de óbitos.

## Fratura é só consequência

Ao falar para O Quadril, Marcio Passini disse que "existem estudos que deixam claro que os pacientes portadores de Osteoporose morrem mais cedo, independentemente de sofrerem ou não fratura".

O problema é a Osteoporose, enfatiza, que se relaciona com a Osteoartrite, com Alzheimer, com problemas cardiológicos, e por isso a importância de ser combatida. Para confirmar sua colocação, Passini

usa as revisões sistemáticas realizadas anualmente por Martyn Parker e Susan Handoll, de Cambridge, para a Cochrane, que comparam estudos realizados com o uso comparativo de DHS versus Gamma Nails e outros pinos IMs para fratura transtrocantérica. As revisões mostram que a mortalidade é igual nos dois grupos. O interessante é que o estudo começou para avaliar qual a estratégia com melhor efeito, mas os resultados das duas estratégias são semelhantes.

Assim é que nos primeiros anos as revisões indicavam 33% de mortalidade no primeiro ano, 15 anos depois a mortalidade caiu para 16% e Passini acredita que a redução seja devida ao tratamento da Osteoporose, pois sabidamente os clínicos passaram a dar maior importância à doença e muito mais gente está sendo tratada, inclusive no Brasil.





© Rendeeplumia | Dreamstime.com

Para confirmar a ideia, o médico fez um levantamento mais amplo na literatura, comparando estratégias, tratamento da Osteoporose e verificando a mortalidade. Isso reforçou sua crença de que é tão importante tratar da fratura, como da Osteoporose.

### Tratar a Osteoporose para não morrer

Desafiante por natureza, Passini, que além de membro da SBQ é membro do Comitê de Doenças Osteometabólicas da SBOT, propõe um enfoque inteiramente novo: “Hoje, tratamos a Osteoporose para prevenir a fratura, mas acredito que temos que tratar a Osteoporose para evitar a morte, independentemente da fratura ou não fratura”.

Várias pesquisas no exterior analisaram três grupos, o paciente de fratura que morre precocemente e não teve a Osteoporose tratada, o paciente fraturado que morre mais tarde, por ter a Osteoporose tratada e o paciente que não tem Osteoporose e vive muito mais. “As pesquisas deixam claro que nosso trabalho é levar o paciente do primeiro grupo para o segundo e com isso aumentar sua sobrevivência”, diz Passini. Para se chegar a esse objetivo, porém, não basta o trabalho do ortopedista e a questão passa a ser multidisciplinar, “é preciso envolver o ginecologista, o urologista, o clínico geral, o endócrino, o reumatologista, o geriatra e até a nutricionista”, e deixá-los em alerta para a presença de fatores de risco.

“Esse é nosso desafio no momento”, continua Marcio Passini, um ‘tour de force’ para que as várias especialidades se unam no combate a uma doença artilosa, silenciosa e que se espalha pela humanidade.

Ele conclui com mais uma prova de que as mudanças dos hábitos de vida abriram o caminho para a epidemia osteoporótica. “Em 1995, pesquisadores italianos fizeram um estudo de densitometria numa população com 35 anos – que se pensava ser a idade-pico para a massa óssea – e 10 anos depois refizeram o estudo, concluindo que o pico tinha baixado em 10%”. A conclusão é que, a cada ano, a população como um todo piorou 1% na sua qualidade óssea, um dado impressionante e cujos efeitos, cumulativos, serão ainda mais graves nos anos vindouros “e chegarão a nossos consultórios”.

Por isso mesmo, finaliza Passini, a imensa responsabilidade do ortopedista, o único especialista que vê a fratura na radiografia, que vê e pega o osso fraturado, que sabe ou precisa saber que, constatada uma fratura osteoporótica, há 2,5 vezes mais possibilidade de que ocorra a segunda fratura osteoporótica e também o óbito. Em decorrência, a crença do especialista é que, se hoje é obrigação moral e ética cuidar da Osteoporose, chegará o dia em que será obrigação legal e o cirurgião que não orientar o paciente no combate à Osteoporose, estará, de direito, cometendo uma infração legal e certamente uma infração grave.



# Primeiros convidados internacionais confirmam presença para o Congresso de Fortaleza

Os seis primeiros convidados internacionais para o Congresso Brasileiro de Quadril, já confirmaram presença no evento que está marcado para os dias 2 a 5 de setembro, no Centro de Convenções do Estado do Ceará.

O professor **Clive Duncan**, foi dos primeiros a confirmar. Duncan, graduado pela Universidade de Dublin, mudou-se para o Canadá, onde chefiou o Departamento de Ortopedia da Universidade de British Columbia e também do Hospital Universitário de Vancouver.



Seu foco de interesse tem sido o desenvolvimento e avaliação das técnicas cirúrgicas para o gerenciamento das doenças causadas por trauma e infecção. Cirurgião, professor e pesquisador, tem mais de 200 trabalhos publicados. Foi o introdutor de novas soluções cirúrgicas e chegou a ter fila de 262 pacientes à espera de serem por ele operados.

O professor **Francesco Benazzo**, também confirmou presença. Benazzo, começou como pesquisador de tecidos com microscopia eletrônica na Medizinische Hochschule, Abteilung Elektronenmikroskopie, em Hanover, fez residência em Cirurgia Ortopédica Universidade de Pavia, especializou-se em Traumatologia do Esporte, foi professor e chefe do Departamento de Ortopedia e Traumatologia do Hospital San Matteo, onde também dirigiu o Programa de Residência em Ortopedia e Traumatologia.



É autor de 140 publicações, 300 apresentações em diversos campos da Ortopedia e, entre seus principais trabalhos há estudos sobre tendinopatias em atletas e doenças funcionais, tratamento conservador e cirúrgico e reabilitação, pesquisa experimental sobre Osteoar-

trite em animais, Osteoartrite da coluna e compressão neurovascular e técnicas de cimentação.

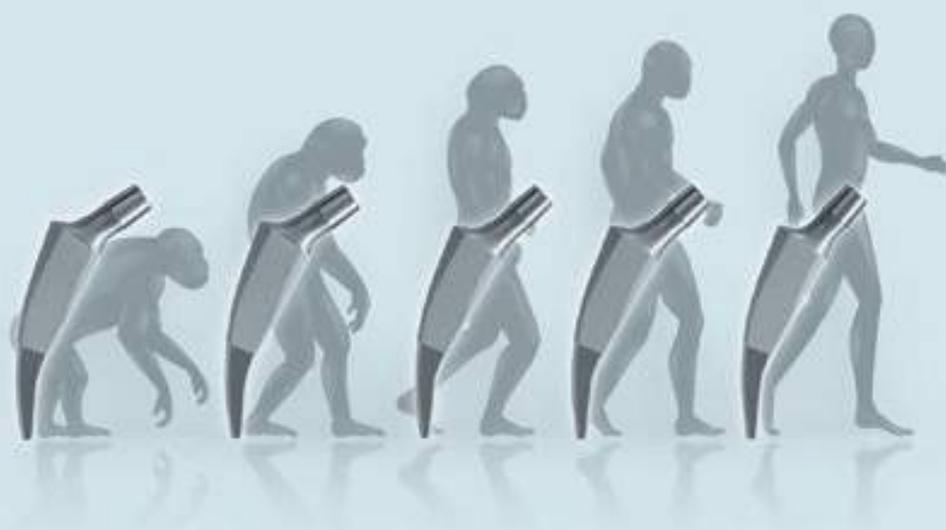
O professor **Graham Gie**, do hospital Princess Elizabeth e da Exeter Hip Foundation nasceu em Natal, na África do Sul, onde se formou no Groote Schuur Hospital. Após sua pós-graduação, mudou-se para a Inglaterra, estudou no Hospital Universitário in Nijmegen, na Holanda, graças a prêmio concedido pela John Charnely Research Fellowship.



Como pesquisador, o professor Graham Gie desenvolveu com o professor Roben Ling a técnica conhecida como 'Impaction Femoral Bone Grafting for Revision Hip Surgery', que revolucionou a vida de muitos pacientes. Indicado como consultor no Princess Elizabeth Orthopaedic Hospital, dedicou-se à cirurgia de quadril, e à ação associativa, tanto que foi presidente da British Hip Society. Atualmente atende a pacientes privados na Zenith Houve, em Exeter, e opera no Nuffield Hospital.

Também estão confirmados os professores **Hal Martin**, dos Estados Unidos, **Javad Parvizi**, do Rothman Institute e o professor suíço **Lorenz Buechler**, do Hospital de Biel, de Berna.





# 10

YEARS OF  
EXPERIENCE

EXPERIENCE  
LEVEL ON

## Metha<sup>®</sup> – Sistema de Hastes Curtas

### Evoluindo a Artroplastia

**Haste curta – Um grande passo.**

A Haste Curta de Quadril Metha<sup>®</sup> representa uma nova geração de implantes para o quadril. Ela apresenta vantagens-chave comparada às próteses convencionais:

- **Centralização Funcional**  
Reconstrução anatômica da articulação
- **Fixação Realmente Metafisária**  
Estabilidade sem transferência de carga distal
- **Alinhamento da Haste Diferenciado**  
Seguindo a anatomia em AP e Perfil
- **Evidências Clínicas**  
50.000 implantações

**Dê ao seu paciente a liberdade que um quadril pode dar!**

Aesculap – a B. Braun company

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

B. Braun Brasil | [www.bbraun.com.br](http://www.bbraun.com.br)

Siga a B. Braun nas Redes Sociais:



[/bbraunbrasil](https://www.facebook.com/bbraunbrasil) | [/bbraunbrasil](https://www.youtube.com/bbraunbrasil) | [@bbraunbrasil](https://twitter.com/bbraunbrasil)



## Metal Trabecular



DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO SÃO PAULO

**BIO2**  
*new possibilities*

[comercial@bio2med.com.br](mailto:comercial@bio2med.com.br)

# Inscrições para bolsa de estudos remunerada no Colorado podem ser feitas até final de junho, pela internet



Pelo sexto ano consecutivo, estão abertas as inscrições para as bolsas de estudo do Prêmio Jorge Paulo Lemann de Biomecânica e Artroscopia de Quadril, que podem ser feitas até 30 de junho, exclusivamente pela internet, no site [www.brasilsaude.org.br](http://www.brasilsaude.org.br).

O prêmio é viabilizado através de uma parceria entre o Instituto Brasil de Tecnologias da Saúde – IBTS e a Steadman-Philippon Research Institute – SPR e destinado a médicos brasileiros interessados em desenvolver conhecimentos e pesquisas na área de Artroscopia e Biomecânica de Quadril e de Joelho nos Estados Unidos.

As bolsas, uma referente a quadril e outra a joelho, cada uma no valor de US\$ 55.000 anuais, dão direito ao curso em Vail, no Colorado, e são coordenadas

pelos professores Marc Phillipon, Robert LaPrade e Leonardo Metsavaht.

Os candidatos inscritos terão seu currículo e plano de carreira avaliados na primeira fase, até 10 de julho, e na segunda fase farão os testes teóricos e a entrevista. No ano passado o bolsista de quadril foi Christiano Trindade, de São Paulo, que teve a oportunidade de realizar pesquisas num dos mais modernos laboratórios de biomecânica do mundo, além de participar de todas as atividades clínicas e cirúrgicas dos grupos.

Christiano disse que a experiência foi “não só honrosa, mas muito gratificante”, pois passada num centro de excelência em pesquisa na área da Medicina Esportiva, que há pouco foi designado junto com a Steadman Clinic para ser um centro médico nacional do Comitê Olímpico Norte-Americano. Ele valoriza na experiência as reuniões científicas realizadas toda segunda-feira, na qual eram apresentados temas atuais em aulas a cargo de alguns dos mais importantes pesquisadores, cirurgiões e médicos do Esporte dos Estados Unidos.



## Wiliam Dani, de Santa Catarina, passa por banca de doutorado em quadril na Universidade de Sevilla

A avaliação da espessura do canal do fêmur proximal em pacientes que vivem em altitude será a tese de doutorado que o catarinense Wiliam Soltau Dani apresentará à banca da Universidade de Sevilla Pablo Olavidi em setembro. A tese foi preparada em Lages, cidade onde vive, e que está a 1.200 metros acima do nível do mar.

O ortopedista, especializado em cirurgia de quadril, é professor de Ortopedia e Traumatologia da Uniplac e participa há vários anos da Sociedade Brasileira de Quadril.



# O cone modular protético na Artroplastia de quadril: a que deve estar atento o cirurgião?

por Leslie F. Scheuber,  
Sylvia Usbeck, Florence Petkow

## Princípio modular da Artroplastia total de quadril

As modernas Artroplastias de quadril baseiam-se em uma reconstrução modular. Esta modularidade, particularmente a combinação da haste com cabeças esféricas femorais de vários comprimentos de colo, é uma solução aceita que permite o ajuste flexível da situação individual dos pacientes durante a cirurgia. Também permite ao cirurgião otimizar a reconstrução da anatomia original da articulação e conseguir a melhor biomecânica possível para o paciente. A fixação cônica modular igualmente permite a junção de materiais diferentes, como o metal e a cerâmica. O bloqueio cônico já demonstrou ser praticável tanto no processo de fabricação, como na aplicação. Outra vantagem é sua elevada estabilidade, que impede fenômenos de corrosão. Durante a cirurgia de revisão, é possível soltar a fixação do cone e substituir a cabeça esférica femoral de acordo com as instruções do fabricante.

## Sobre a história da fixação cônica

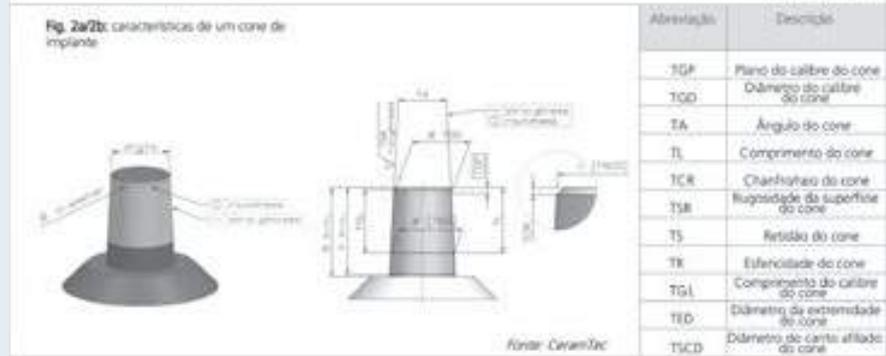
A fixação cônica entre a cabeça femoral e a haste, comum na Artroplastia de quadril, foi desenvolvida no início dos anos 1970 pelos parceiros industriais Sulzer AG (fabricante de endopróteses e antecessor da Zimmer, Winterthur, Suíça) e Feldmühle AG (fabricante de cerâmica e antecessor da CeramTec GmbH, Plochingen, Alemanha). O objetivo era construir uma fixação confiável e durável entre uma cabeça esférica femoral cerâmica e uma haste de metal. Dörre et al.<sup>1</sup> deram especial importância à conexão de encaixe forçado (bloqueio cônico) entre a cabeça femoral cerâmica e o cone de metal: em 1974 foi usada, pela primeira vez em um paciente, uma Artroplastia de quadril com uma fixação cônica. O princípio por detrás desta fixação cônica estava protegido por patente suíça (n° 1060601). No início dos anos 90 do século passado, foram desenvolvidos esforços intensos para padronizar um cone uniforme (o Eurotaper) com a Organização Internacional para Padronização (ISO, documento ISO/TC150/SC4 N117), mas esses esforços falharam. Ainda não existe nenhuma norma para o cone da haste.

Os fabricantes de implantes continuam usando cones com suas próprias especificações (por exemplo, vários cones 12/14), que diferem em termos de geometria, estrutura e propriedades da superfície (Fig. 1).

Os intervalos entre os comprimentos do colo (P, M, G e XG) (Fig. 4) também não são normalizados e podem variar de fabricante para fabricante em vários milímetros.

## Características de um cone modular

Uma fixação cônica é composta pelo cone da haste e pelo cone da cabeça femoral protética (perfuração). Cada um destes cones tem propriedades características (Fig. 2a-b), quais sejam o ângulo cônico, o diâmetro, a retidão e a esfericidade, e as propriedades da superfície, essenciais para uma correspondência precisa dos componentes. Para um bloqueio cônico seguro, o ajuste da fixação cônica entre a cabeça femoral protética e o cone da haste é muito importante.



## Compatibilidade

É fundamental que os cirurgiões combinem apenas as hastes e cabeças femorais que o fabricante de implantes tenha declarado serem compatíveis.<sup>2</sup> Os fabricantes de implantes são responsáveis pelo lançamento das combinações cone da haste/cabeça e pelo fornecimento dos componentes aos hospitais. O cirurgião tem de observar os dados relativos às combinações aprovadas, fornecidas pelo fabricante de implantes, nas instruções de utilização e em outras informações escritas. Se não for observada

a compatibilidade dos componentes individuais de Artroplastia (Fig. 3), não podem ser excluídas consequências clínicas, por ex., relativamente à geometria da articulação, com efeitos sobre o comprimento do membro e a tensão de partes moles, o aumento do desgaste do metal em combinação com reações adversas do tecido (pseudotumor) e o fracasso precoce do implante.<sup>3</sup> Uma meta-análise indica que não há estudos suficientes sobre esta questão. As pesquisas laboratoriais podem fornecer informações relativas ao comportamento mecânico do bloqueio cônico com componentes de Artroplastia mal ajustados.



# Reduz o risco de TEV...<sup>1,2,3</sup>

# Protege seus pacientes...<sup>1,2,3</sup>

## Após artroplastia total eletiva do quadril um comprimido de 10 mg de Xarelto® uma vez ao dia fornece 24 horas de tromboprevenção<sup>1,3,5</sup>

- ◆ Proteção superior contra TVP e EP, com segurança similar em comparação à enoxaparina<sup>1,2,3</sup>
- ◆ Sem aumento das complicações de ferida exigindo cirurgia de revisão<sup>3</sup>
- ◆ Simplifica o tratamento do paciente<sup>1,2,3,5</sup>
- ◆ 4 anos de experiência na prática clínica<sup>5</sup>



Primeiro Inibidor Direto do Fator Xa, via ORAL

**Xarelto®**  
rivaroxabana  
Proteção Simples para Mais Pacientes

**XARELTO®: RIVAROXABANA 10 MG. REG. MS 1.7056.0048. INDICAÇÃO:** PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV) EM PACIENTES ADULTOS SUBMETIDOS A CIRURGIA ELETIVA DE ARTROPLASTIA DE JOELHO OU QUADRIL. **CONTRAINDICAÇÕES:** HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER EXCIPIENTE; SANGRAMENTO ATIVO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO; DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA COM COAGULOPATIA E RISCO DE SANGRAMENTO CLINICAMENTE RELEVANTE; GRAVIDEZ E LACTAÇÃO. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** NÃO RECOMENDADO EM PACIENTES RECEBENDO TRATAMENTO SISTÊMICO CONCOMITANTE COM CETOCOZOL, RITONAVIR, DRONEDARONA; EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLEARANCE DE CREATININA <15 ML/MIN); EM PACIENTES COM MENOS DE 18 ANOS DE IDADE OU COM VÁLVULAS CARDÍACAS PRÓSTÉTICAS. **USO COM CAUTELA:** EM PACIENTES COM COMPROMETIMENTO RENAL GRAVE (CLEARANCE DE CREATININA 15 - 29 ML/MIN) OU COM COMPROMETIMENTO RENAL TRATADOS CONCOMITANTEMENTE COM POTENTES INIBIDORES DA CYP3A4; EM PACIENTES TRATADOS CONCOMITANTEMENTE COM PRODUTOS MEDICINAIS QUE AFETAM A HEMOSTASIA OU COM POTENTES INDUTORES DA CYP3A4; EM PACIENTES COM RISCO ELEVADO DE SANGRAMENTO. EM PACIENTES EM RISCO DE DOENÇA GASTROINTESTINAL ULCERATIVA, TRATAMENTO PROFILÁTICO APROPRIADO PODE SER CONSIDERADO. MONITORAMENTO CLÍNICO DE ACORDO COM AS PRÁTICAS DE ANTICOAGULAÇÃO É RECOMENDADO DURANTE TODO O PERÍODO DE TRATAMENTO. XARELTO CONTÉM LACTOSE. **ANESTESIA NEURAXIAL (EPIDURAL/ESPINAL) –** APÓS ESSE TIPO DE ANESTESIA OS PACIENTES TRATADOS COM ANTITROMBÓTICOS CORREM RISCO DE UM HEMATOMA EPIDURAL OU ESPINAL. O RISCO É MAIOR COM O USO DE CATETERES EPIDURAIS DE DEMORA. O RISCO TAMBÉM PODE AUMENTAR POR PUNÇÃO TRAUMÁTICA OU REPETIDA. O CATETER EPIDURAL NÃO DEVE SER RETIRADO ANTES DE 18 HORAS APÓS A ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO DE RIVAROXABANA. A RIVAROXABANA DEVE SER ADMINISTRADA NO MÍNIMO 6 HORAS APÓS A REMOÇÃO DO CATETER. SE OCORRER PUNÇÃO TRAUMÁTICA, A ADMINISTRAÇÃO DA RIVAROXABANA DEVERÁ SER ADIADA POR 24 HORAS. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** ANEMIA, TONTURA, CEFALÉIA, SÍNCOPE, HEMORRAGIA OCULAR, TAQUICARDIA, HIPOTENSÃO, HEMATOMA, EPISTAXE, HEMORRAGIA DO TRATO GASTROINTESTINAL E DORES ABDOMINAIS, DISPEPSIA, NÁUSEA, CONSTIPAÇÃO, DIARRÉIA, VÔMITO, PRURIDO, ERUPÇÃO CUTÂNEA, EQUIMOSE, DOR EM EXTREMIDADES, HEMORRAGIA DO TRATO UROGENITAL, FEBRE, EDEMA PERIFÉRICO, FORÇA E ENERGIA EM GERAL REDUZIDAS, ELEVADA DAS TRANSAMINASES, HEMORRAGIA PÓS-PROCEDIMENTO, CONTUSÃO. **POSOLOGIA:** PROFILAXIA DE TEV APÓS ARTROPLASTIA DE QUADRIL (ATQ) E JOELHO (AJ): A DOSE RECOMENDADA É DE 10 MG UMA VEZ AO DIA, COM OU SEM ALIMENTO. OS PACIENTES DEVEM SER TRATADOS POR 5 SEMANAS APÓS ATQ OU POR DUAS SEMANAS APÓS AJ. A DOSE INICIAL DEVE SER TOMADA 6 A 10 HORAS APÓS A CIRURGIA, CONTANTO QUE TENHA SIDO ESTABELECIDO A HEMOSTASIA. CLASSIFICAÇÃO PARA FORNECIMENTO: PRODUTO MEDICINAL SUJEITO A PRESCRIÇÃO MÉDICA. FRASES OBRIGATORIAS SEGUNDA A RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº96/08:

**CONTRAINDICAÇÃO:** DOENÇA HEPÁTICA ASSOCIADA À COAGULOPATIA. **INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA:** ANTIMICÓTICO AZÓLICO DE USO SISTÊMICO.

**REFERÊNCIAS:** 1. BRISQSON D, KAKKARAK, TURPEAGS, GENT M, SANDL T, HOMERIG M, ET AL. ORAL RIVAROXABAN FOR THE PREVENTION OF SYMPTOMATIC VENOUS THROMBOEMBOLISM AFTER ELECTIVE HIP AND KNEE REPLACEMENT. THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY BR. 2008; 91-B:336-344. DOI:10.1302/0301-4202.91B5.21694. 2. KAKKARAK, BRENNERS DAHL, DE ET AL. EXTENDED-DURATION RIVAROXABAN VERSUS SHORT-TERM ENOXAPARIN FOR THE PREVENTION OF VENOUS THROMBOEMBOLISM AFTER TOTAL HIP ARTHROPLASTY: A DOUBLE-BLIND, RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. LANCET 2008; 372: 31-39. 3. BRISQSON D, BURRIS L C, FREEMAN P, L, ET AL. RIVAROXABAN VERSUS ENOXAPARIN FOR THROMBOPROPHYLAXIS AFTER HIP ARTHROPLASTY. ENGL J MED 2008; 358:2765-2775. 4. BRISTEN M, STAGATOR, ORAL RIVAROXABAN FOR SYMPTOMATIC VENOUS THROMBOEMBOLISM. ENGL J MED. 2010; 363(26): 2498-2510. 5. BULA DO PRODUTO XARELTO 10MG. LBR 06.2013.0962

SAC 0800 7021241  
sac@bayer.com  
Respeito por você

Material destinado exclusivamente à classe médica  
Para mais informações consulte a bula do produto ou a BAYER S.A. - produtos farmacêuticos. Rua Domingos Jorge, 1100 - São Paulo - SP - CEP: 04779-900  
www.bayerpharma.com.br



Se é Bayer, é bom

## Sudeste

### Programa prevê nove eventos científicos no correr do ano



A Diretoria da gestão 2014/15 da Regional Sudeste da Sociedade Brasileira de Quadril decidiu, ainda em fevereiro, que serão pelo menos nove eventos científicos no correr do ano, num esforço de dinamização dos trabalhos da Regional, que objetiva “alcançar maior participação dos membros nos eventos e na defesa profissional”, conforme colocação do secretário da Regional, André Gaudêncio.

Para Belo Horizonte foram programadas três reuniões científicas marcadas para diferentes hospitais, e também para a capital mineira foi marcado o PEC-Programa de Educação Continuada/Quadril, realização da SBOT/MG, o Curso de Atualização da SBQ Nacional e o Simpósio de Cirurgia Preservadora de Quadril, do Hospital Madre Teresa. Jornadas no Interior do Estado foram previstas para Divinópolis, Teófilo Otoni e Vale do Aço, para facilitar o acesso dos associados que residem fora da capital.

Leandro Emílio Nascimento Santos, ‘Porque faço descompressão da cabeça femoral e preenchimento com enxerto bovino’, por Carlos Cesar Vassalo, ‘Porque faço descompressão da cabeça femoral e preenchimento com enxerto sintético injetável’, por André Gaudêncio Ignácio de Almeida e ‘Porque NÃO faço descompressão da cabeça femoral’, por Sérgio Nogueira Drummond Jr. O coordenador da reunião foi o presidente da Regional Sudeste, Ricardo Horta, e o evento teve 545 inscritos.

A segunda reunião científica da SBQ/Sudeste realizou-se em 11 de abril, no Hotel Quality Afonso Pena e foi a ‘PEC-Quadril – Programa de Educação Continuada em Quadril – SBOT’, que contou na solenidade de abertura com a participação do presidente da SBOT, Marco Antonio Percoppe, do presidente da SBQ, Sergio Delmonte, do presidente da SBOT/MG, Carlos Cesar Vassalo e do presidente CEC/SBOT, Gilberto Francisco Brandão.



A 1ª Reunião Científica do ano, realizada pela Regional, foi no dia 12 de março, no ‘Centro de Estudos do Hospital Mater Dei’, e teve como convidada especial a radiologista Edrise Mueller, que falou sobre exames de ressonância magnética e apresentou parte do trabalho que desenvolve para a Axial Medicina Diagnóstica.

Os temas das palestras foram ‘Osteonecrose da Cabeça Femoral: diagnóstico diferencial em ressonância magnética’, por Edrise Morici Lobo Mueller, ‘Porque faço descompressão da cabeça femoral e preenchimento com enxerto autólogo’, por João Wagner Junqueira Pellucci, ‘Porque faço descompressão da cabeça femoral e preenchimento com aspirado medular’, por

O ‘Planejamento operatório das Artroplastias primárias de quadril’ foi o tema de Sergio Delmonte, seguindo-se palestra sobre ‘Impacto Femoroacetabular: do diagnóstico ao tratamento’, tema a cargo de Carlos Vassalo, ‘Artroplastia Total de Quadril no Paciente Jovem’, por Edson Barreto e ‘Artroplastia de Quadril em Situações Especiais’, por Sérgio Delmonte. Todas as apresentações foram seguidas de discussão e perguntas dos participantes.

À tarde teve lugar uma Mesa Redonda Moderna moderada por Sergio Delmonte e na qual foram debatedores Carlos Emílio Durães, Fernando Braz, João Wagner Pellucci, Marcos Tadeu Caires e Thiago Raddi.

## Rio de Janeiro

### Jornada científica foi no Hospital Samaritano

A mais recente jornada científica foi no auditório do Hospital Samaritano da Regional Rio da Sociedade Brasileira de Quadril, que teve como convidado especial a Carlos Roberto Galia, do Rio Grande do Sul.

O evento teve boa participação dos ortopedistas da região, conta o presidente da Regional, Pedro Ivo de Carvalho, destacando-se os vários Serviços cariocas, representados por seus residentes.

O tema central da reunião foi a revisão da Artroplastia de quadril e o palestrante convidado fez uma apresentação

sobre sua visão pessoal da cirurgia de revisão de quadril. Para uma discussão mais ampla do tema foram montadas duas mesas redondas modernas.

A primeira mesa redonda, coordenada pelo presidente da Regional, discutiu a revisão acetabular e teve como participantes o presidente da SBQ, Sergio Delmonte, Emilio Freitas, Carlos Galia e Marcos Bernardo.

A segunda mesa redonda tratou da revisão femural e foi seu coordenador Jorge Penedo e como participantes Arlindo Ricon, Emilio Freitas, Carlos Roberto Galia e Marcos Giordano.

## Paraná

### Cascavel teve jornada científica



O auditório do Hospital São Lucas, em Cascavel, foi o local escolhido para a primeira jornada científica da Regional Paraná da SBQ, que é presidida por Mark Deeke.

O evento, em março, contou com 50 inscitos, muitos dos quais vindos das cidades próximas da região, e entre eles não apenas ortopedistas especializados em quadril,

mas residentes, fisioterapeutas e estudantes de Medicina da faculdade local. O coordenador do evento foi André Muxfeldt Chagas, e os dois temas centrais foram trauma no idoso e Artroplastia de quadril.

A jornada privilegiou o formato de mesas redondas, como maneira de reforçar e valorizar a troca de experiências vivenciadas pelos associados e teve dois convidados da SBQ nacional: o próprio presidente, Sergio Delmonte, e o ex-presidente Luiz Sergio Marcelino Gomes.

Mark Deeke explica que tradicionalmente o primeiro evento da Regional é feito no Interior do Estado e o segundo em maio foi marcado para a Capital, no Hospital Universitário Cajuru, vinculado à Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Para esse segundo evento o tema central escolhido foi 'Cirurgia Preservadora de Quadril' e contou com o convidado da Regional, Marco Aurelio Teloken, de Porto Alegre.



# Sul

## Regional Sul aproveitou SULBRA para fazer reunião científica

O Congresso Sul Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia – SULBRA 2015, que teve lugar entre 30 de abril e 2 de maio no Costão do Santinho, foi a oportunidade para a Regional Sul da SBQ realizar um simpósio para o qual foi convidado especial Emerson Honda, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

O presidente da Regional, Ary Ungaretti, explica que encarregou da organização do evento a Wiliam Dani, que fez uma esmerada programação científica. Após a abertura, Valter Rótulo Araújo falou sobre ‘Infecção em Próteses’, seguindo-se palestra de Emerson Honda sobre ‘Instabilidade do quadril pós-prótese’, Rodrigo Aurélio Monari, cujo tema foi ‘Haste Femoral Cimentada – O paradoxo da cimentação’, Emerson Honda, novamente, que falou sobre ‘Resultados a médio e longo prazo do enxerto impactado femoral’, seguindo-se a palestra de Ademir Antonio Schuroff sobre ‘Artroplastia



total de quadril pós-fratura aguda e crônica do acetábulo’. Todas as palestras foram seguidas de perguntas do público ao apresentador, público esse de vários Estados, pois a realização simultânea do SULBRA levou grande número de especialistas dos Estados do Sul a Florianópolis.

Seguiu-se uma mesa redonda moderna sobre Artroplastia Total de Quadril, cujo coordenador foi Marcos Emílio Kuscharoff Contreras e que teve por debatedores a Tercildo Knop, Ricardo Rosito, Lucio Capelli Toledo de Araújo e Daniel Codonho.

O evento se prolongou pelo sábado, dia 2, quando Bruno Dutra Roos falou sobre ‘Tratamento aberto do IFA: Ainda existe espaço?’ e Marcio Valin discorreu sobre ‘Artrose em pacientes jovens: o que fazer?’. As últimas apresentações foram de Carlos Roberto Schwartzmann sobre ‘Classificações e sua Validade’ e de Emerson Honda sobre ‘Limites da Indicação do Enxerto Impactado’.



## Ortopedia perde Gilberto Roveda, que faleceu aos 67 anos num acidente automobilístico



Da esquerda para a direita: Gilberto Roveda, Marcio Rangel Valin, Marco Aurélio Giraldi e Rainer Gaspar num momento de descontração.

Consternou profundamente a comunidade ortopedista de todo o Brasil a notícia da morte, num acidente automobilístico dia 27 de março, em Caxias do Sul, de Gilberto Roveda, que tinha 42 anos de profissão e se formou na primeira turma de Medicina da Universidade de Caxias do Sul, em 1973.

Natural de Vacaria, Gilberto Roveda foi para Caxias do Sul para se formar e posteriormente mudou-se para São Paulo, onde especializou-se em Ortopedia na Santa Casa de Misericórdia.

Falecido aos 67 anos, era um dos profissionais há mais tempo ligados à Cooperativa Unimed/RS, para a qual trabalhou por 39 anos. Atuou também por 12 anos no SUS, como clínico-geral da prefeitura de Caxias do Sul e foi voluntário em ações na praça Dante Alighieri, onde dava orientações ao público e fazia frequentes palestras gratuitas sobre hábitos saudáveis de vida e prevenção de doenças. Tinha consultório particular na rua Garibaldi, no centro de Caxias do Sul.

Dedicado às atividades associativas e participante muito ativo da SBQ, o médico participou das reuniões científicas e de educação continuada da Regional Sul da Sociedade Brasileira de Quadril, ajudando a formar as novas gerações de especialistas. Ainda no ano passado integrou a Comissão Organizadora do Congresso Gaúcho de Ortopedia e Traumatologia.

Gilberto Roveda era ligado a atividades de campo, sendo grande apreciador de cavalos e participava de frequentes cavalgadas com amigos. Deixa viúva Sara Luiza Guazzelli Roveda. Um grande número de amigos, acompanharam o velório e enterro no Cemitério Público Municipal de Vacaria.



# SOLUÇÕES E TECNOLOGIAS PARA A SAÚDE



**BIOLOX<sup>®</sup>**  
*delta*

CABEÇA  
FEMORAL  
EM EUROCONE  
CERÂMICA



**BIOLOX<sup>®</sup>**  
*forte*

CABEÇA  
FEMORAL  
EM EUROCONE  
CERÂMICA



**VegaMAXX**

HASTE FEMORAL  
COM FIXAÇÃO DISTAL  
NÃO CIMENTADA  
EM EUROCONE

LANÇAMENTO



**Cygnus**

HASTE FEMORAL  
NÃO CIMENTADA  
EM EUROCONE

LANÇAMENTO



**Logical<sup>cm</sup>  
Europlus**

HASTE FEMORAL  
NÃO CIMENTADA  
EM EUROCONE



**EuroMAXX**

HASTE FEMORAL  
CIMENTADA  
EM EUROCONE

ENVIE SUAS DÚVIDAS E/OU COMENTÁRIOS PARA

comercial-orto@baumer.com.br

Tel: 11 3670-0052 | Fax: 11 3670-0053

www.baumer.com.br



**BAUMER**

Compromisso com a saúde

# O Quadril na Mídia

## FOLHA DE S.PAULO

### Técnicas menos invasivas permitem cirurgia em idoso

Tempo de internação após fratura de fêmur pode ser reduzido à metade

**A**os 102 anos, Olga Corrente caiu e quebrou o fêmur. Passou por uma cirurgia de quadril e, quatro dias depois, já caminhava pelo quarto do hospital, usando um andador.

Cenas como essa têm se tornado cada vez mais frequentes, graças a procedimentos menos invasivos que possibilitam que idosos centenários (ou quase) fiquem menos tempo no hospital e se recuperem com mais rapidez.

Na cirurgia tradicional, fraturas como a que Olga sofreu demandariam 13 dias de internação, segundo Luiz Fernando Cocco, coordenador do Núcleo de Ortopedia do Hospital Samaritano de São Paulo. Com a menos invasiva, o tempo foi reduzido para menos da metade.

Mas nem toda fratura pode ser tratada assim. Nas que demandam colocação de prótese, por exemplo, a operação costuma ser mais complexa.

A fratura de fêmur é uma das mais importantes causas de mortalidade e perda funcional dos idosos. Um ano após a cirurgia para corrigir a fratura, até 30% deles podem morrer. E só metade consegue manter o nível de independência que tinha antes.

Acamados, os idosos podem desenvolver embolia pulmonar, pneumonias e outras complicações. Nos que já são doentes ou têm déficit cognitivo, o risco é maior. Mas com a cirurgia minimamente invasiva, o

corte é menor e, conseqüentemente, há menos sangramento e dor.

Mas isso depende também das condições clínicas do paciente. “Se é um idoso frágil, com doenças prévias, o risco de complicações é maior mesmo com a cirurgia menos invasiva”, diz Jorge dos Santos Silva, diretor clínico do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas.

#### Olga Corrente

“Não quero saber dessa conversa de idade. Quero é andar”. É a resposta que a centenária Olga Corrente costuma dar ao fisioterapeuta, cada vez que ele diz que a reabilitação em sua idade é mais lenta.

Olga quebrou o fêmur quando foi levantar da cama, “me desequilibrei e bati o quadril na parede”. Foi a primeira fratura em 102 anos de vida.

Como a cabeça do fêmur estava preservada, não foi preciso colocar prótese de quadril, apenas um pino de sustentação e uma haste no osso. Ficou dois dias na UTI e deixou o hospital brincando com o médico. “Doutor, se eu fosse mais nova, namoraria o senhor. E ele devolveu: “E se eu fosse mais velho, namoraria a senhora”.

A idosa faz três sessões semanais de fisioterapia e diz não sentir mais dor no local da fratura. Só sofre com a artrose no joelho esquerdo.



Momentos de brilho  
com



**Inovação Responsável**  
por Corin

**Trinity™**

**3A** ranking  
ODEP

**MiniHip™**

**3A** ranking  
ODEP

**MetaFix™**

**3A** ranking  
ODEP

**TaperFit™**

**10A** ranking  
ODEP

**Corin**

[www.coringroup.com](http://www.coringroup.com)

distribuído por

  
**biosintese**

(21) 9 9855 6155

(21) 3416 9185

(21) 3416 9156

[www.biosintese.com](http://www.biosintese.com)



**BIOLOX®** inside  
Beyond comparison since 1974

# A solução livre de metal

As Cerâmicas BIOLOX® têm sido utilizadas em todo o mundo com grande sucesso em cirurgias de Artroplastia total de quadril por mais de 40 anos.



- Excelente comportamento biológico\*
- Não são conhecidos riscos de alergia\*
- Não ocorre liberação de ions metálicos\*
- Reduzido risco de infecções\*
- Não são conhecidas reações patogênicas das partículas cerâmicas\*
- Redução significativa no risco de corrosão do cone da haste femoral\*
- Também disponível para cirurgias de revisão com a utilização do sistema BIOLOX® OPTION

**CeramTec**  
THE CERAMIC EXPERTS

BIOLOX® é uma marca registrada.  
© 2015 CeramTec GmbH | www.bioloxx.com