



Residência em Ortopedia e Traumatologia

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE—FURG

24 - SETEMBRO - 2007

21º NÚMERO



20.12.2006

**PRIMEIRA REUNIÃO
DOS PRECEPTORES
DA RESIDÊNCIA EM
ORTOPEDIA**

**TELEFONE DA
EMERGÊNCIA
-TRAUMATOLOGIA -
8401 5210**

PRÓXIMAS PÁGINAS

PÁGINA 12:

**ESCALA GERAL DE
PANTÕES**

**AULAS DO PROGRAMA
DE RESIDENCIA: PAG 4**

NOVO ESPAÇO



**EM FUNCIONAMENTO O
NOVO ESPAÇO DE CON-
FÔRTO PARA RESIDEN-
TES, PRECEPTORES E
ESTAGIÁRIOS DA UNI-
DADE DE TRAUMA.**

**BIBLIOTECA DA UNIDADE DE TRAUMA PRATICAMENTE
PRONTA.**

**AS FUTURAS DEPENDÊNCIAS DA BI-
BLIOTECA E E SALA DE HABILIDA-
DES CIRURGICAS ESTÃO PRATICA-
MENTE PRONTAS. O PISO, AS INSTA-
LAÇÕES ELÉTRICAS E HIDRAULI-
CAS JÁ ENCONTRAM-SE CONCLUÍ-
DAS.**



**INTENSIFICADOR NOVAMENTE ESTRAGADO...ATÉ QUANDO.
AINDA SEM SOLUÇÃO O CONSERTO DOS TRÊS INTENSIFICADORES
DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. DIVERSAS CIRURGIAS FORAM
TRANSFERIDAS DEVIDO A FALTA DESTE EQUIPAMENTO.**



Residência em Ortopedia e Traumatologia

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE—FURG

PÁGINA 2

NESTA PÁGINA :

- Escala semanal do Centro de Traumatologia
- Aulas do programa de Residência em Ortopedia e traumatologia

TESTE SEU CONHECIMENTO

I. QUAL O NOME DESTA



2. 72 ANOS, DOR NA FACE INTERNA DO TORNOZELO. QUANDO APARECEU ESTA DEFORMIDADE A ESQUERDA.

QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?



RESPOSTA DO NÚMERO 20

1. FRATURA DA PATELA
2. PUBEÍTE

HISTÓRIA DA UNIDADE DE TRAUMA/ORTOPÉDICO

ANO 2000



EM BREVE





Residência em Ortopedia e Traumatologia

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE—FURG

PÁGINA 3

NESTA PÁGINA :

- Escala semanal da Unidade de Trauma Ortopedico
- Aulas do programa de Residência em Ortopedia e traumatologia

A RESIDÊNCIA EM FOCO



RESIDENTES EM GRANDE ATIVIDADE NA SEMANA QUE PASSOU

FUNCIONÁRIO HOMENAGEADO



NOSSA HOMENAGEM AO FUNCIONÁRIO NÉIA PELO SEU EFICIENTE TRABALHO JUNTO A UNIDADE

AGRADECE TODA EQUIPE DE TRAUMATOLOGIA.

FRATURA DA PATELA



TRANS E PÓS-OPERATÓRIO





Residência em Ortopedia e Traumatologia

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE—FURG

PÁGINA 4

NESTA PÁGINA :

- Aulas do programa de Residência em Ortopedia e traumatologia



EQUIPE DO QUADRIL

INCISÕES MENORES PERMITEM UMA BOA EXPOSIÇÃO NAS ARTROPLASTIAS TOTAIS

AULAS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

FRATURAS ENTORSES LUXAÇÕES DESTINA-SE AOS ESTAGIÁRIOS DA UNIDADE DE TRAUMA	25/09/2007 19h	Unidade do Trauma Ortopédico	RESIDENTE MARCELO MÁRIO
PRÓTESES CIMENTADAS PRINCÍPIOS	26/09/2007 19h	Unidade do Trauma Ortopédico	DR. HANCIAU
LESÕES TENDÍNEAS DO TORNOZELO E PÉ	27/09/2007 19h	Unidade do Trauma Ortopédico	Dr. LÚCIO

AULAS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

LESÕES VASCULARES, ORIENTAÇÃO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	02/10/2007 20h	Unidade do Trauma Ortopédico	CONVIDADO Dr. BAZANELLA
LESÃO DO APARELHO FLEXOR DA MÃO	03/10/2007 19h	Unidade do Trauma Ortopédico	Dr. NOLLA
DOENÇA DOS NERVOS DO PÉ E TORNOZELO	04/10/2007 19h	Unidade do Trauma Ortopédico	Dr. DUARTE

RECOMENDAMOS AOS PRECEPTORES COM ALGUMA AULA EM ATRASO, QUE REPONHAM-NAS ATÉ O FINAL DESTES SEMESTRE

PRÓXIMO CONVIDADO

LESÕES VASCULARES ORIENTAÇÃO QUANTO AO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

DR. BAZANELLA

DIA 02/10/2007

CONTATO
fhanciau@mikrus.com.br

DICAS DOS ESPECIALISTAS

CLASSIFICAÇÃO DE GARDEN NAS FRATURAS DO COLO DO FÊMUR

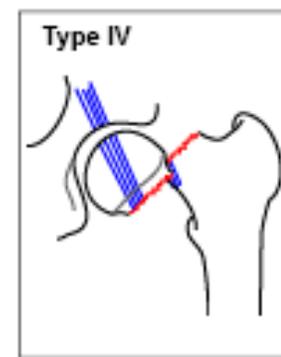
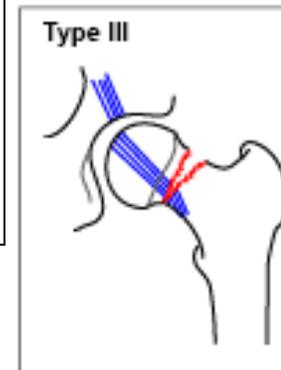
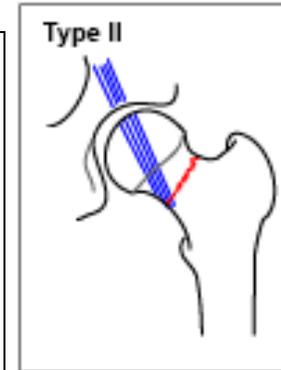
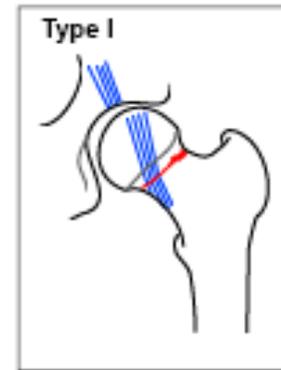
GARDEN CLASSIFICA ESTAS FRATURAS QUANTO AOS DIVERSOS GRAUS DE DESLOCAMENTO.

Tipo 1: FRATURA INCOMPLETA EM ABDUÇÃO COM IMPACÇÃO INFERIOR DA CORTICAL TIPO GALHO VERDE PODENDO TORNAR-SE COMPLETA A QUALQUER MOMENTO

Tipo 2: FRATURA COMPLETA NÃO DESLOCADA

Tipo 3: FRATURA COMPLETA, PARCIALMENTE DESLOCADA

Tipo 4: FRATURA COMPLETA, TOTALMENTE DESLOCADA



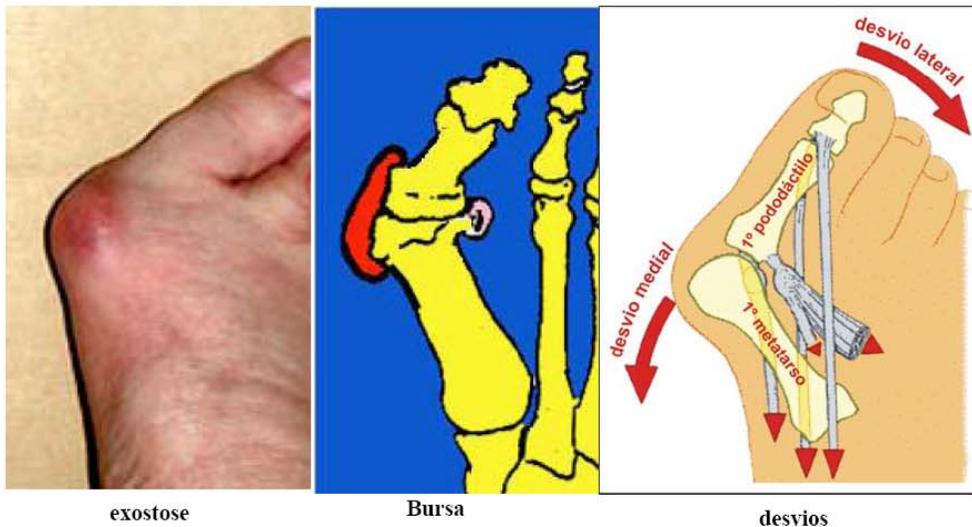
Hálux Valgo – Joanetes

Hálux Valgo - Joanetes

Introdução: Hallux valgus é uma freqüente disfunção do antepé devido a diversas etiologias, que podem ter como conseqüência um pé doloroso e deformado.

Definição: O hálux valgus ou hálux valgo, popularmente conhecido como joanete deve-se o **desvio lateral** com ou sem rotação do primeiro pododáctilo, denominado o hálux ou dedo grande do pé e um **desvio medial** do osso do primeiro metatarsiano.

Com o tempo forma-se uma saliência óssea, globosa, denominada exostose localizada na face medial da cabeça do primeiro metatarsiano que popularmente chamamos de "joanete". Esta deformidade favorece a inflamação de uma bolsa (bursa), localizada no lado interno do hálux, produzindo assim uma bursite, condição esta que provoca dor ao caminhar e dificuldade para calçar sapatos.



Devido ao progressivo desvio ocorre também um deslocamento lateral dos tendões flexores e extensores dos dedos do pé e dos ossículos situados sob a cabeça do primeiro metatarsiano, situação que vem agravar ainda mais esta deformidade (fig).

Clínica: Embora atinja principalmente mulheres numa proporção média de 5:1, e comprometa pacientes de todas faixas etárias, verifica-se que sua incidência aumenta com a idade: 3% em indivíduos de 15-30 anos, 9% em pessoas 31-60 anos, e 16% naqueles com idade acima de 60 anos. A questão é será a idade o fator agravante ou em função do uso de calçados que aumenta com a idade?

Freqüentemente o aparecimento é bilateral. Observa-se uma predisposição genética, com evidências do caráter familiar hereditário, embora nem todos

membros de uma família venham apresentá-lo. Não há evidências de predisposição racial.

Mecanismo: a deformidade do hálux valgus tem uma tendência de agravamento. Esta deformidade, logo após o aparecimento, acentua-se progressivamente, insidiosamente, sorrateiramente, tornando-se cada vez mais grave e atingindo os outros dedos do pé.

Seqüência: inicialmente o grande dedo tende a deslocar-se sobre os demais, ao mesmo tempo que o primeiro metatarsiano, osso situado na base do dedo grande do pé, dirige-se no sentido contrário. Este ângulo permite a formação



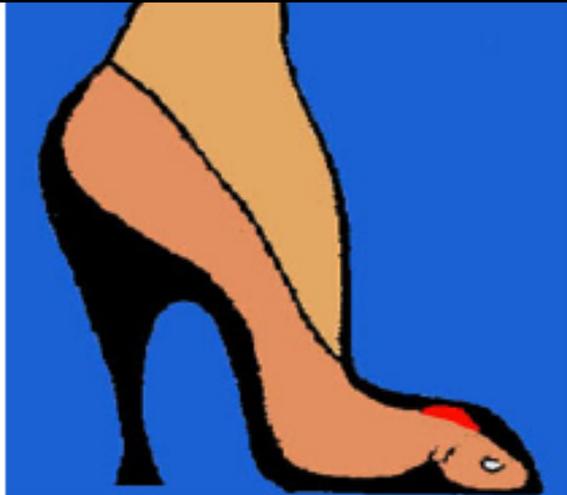
de uma saliência devido ao crescimento ósseo uma denominada **exostose**. Essa saliência vai provocar uma pressão constante contra o sapato, provocando bursites extremamente dolorosas. Por outro lado o hálux empurra progressivamente os outros dedos do pé que acabam também ficando deformados e curvos como dedos em garra podendo sofrer luxações dorsais, ventrais ou desvios laterais.

Na seqüência aparecem dores na base do segundo pododáctilo e o aparecimento de uma calosidade plantar (fig). Em geral, quando o desvio é pequeno o hálux valgus não costuma doer, mas quando é muito acentuado, tornar-se dolorido a ponto de ser impossível o uso de sapatos comuns. O tratamento cirúrgico visa corrigir este ângulo para suprimir esta saliência.

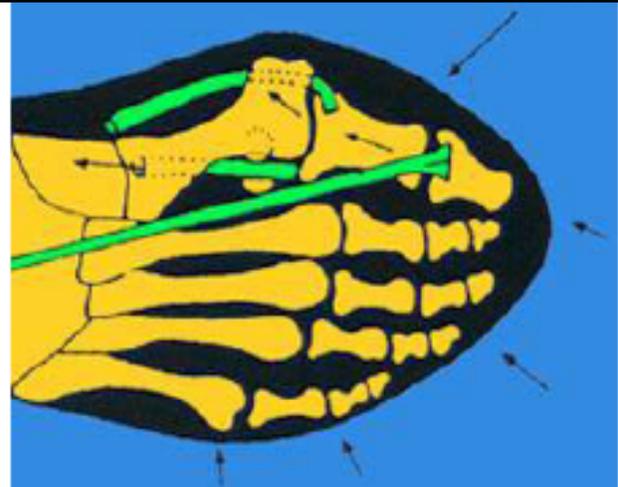


Causas: Participam da gênese das deformidades duas condições importante:

Os Fatores extrínsecos: é o uso de calçados inadequados a principal causa do surgimento das deformidades. O acomodamento do pé em sapatos cujo formato for triangular ou pontiagudo, produz a compressão medial-lateral das cabeças dos metatarsianos e conseqüentemente a deformidade clássica de desvio lateral do hálux e medial do 5º dedo do pé. O uso de sapatos de salto alto tende a agravar, provocando o deslocamento do peso corporal para a frente do antepé contra a ponta do calçado.



Uso de sapatos inadequados



Compressão médio-lateral

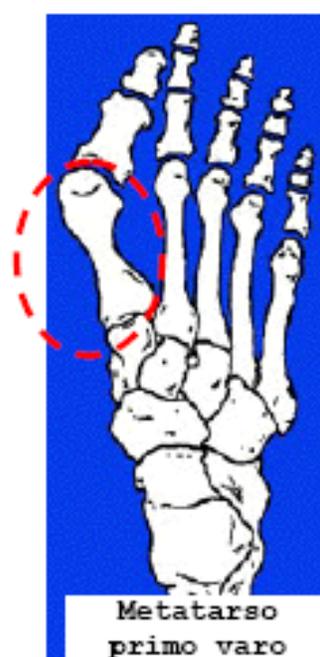
Os Fatores intrínsecos

Já os fatores extrínsecos deve-se a uma predisposição que torna o indivíduo mais vulnerável à ação de calçados inadequados. Os principais fatores predisponentes são:

- I. **Metatarso primo varo ou 1º metatarsiano Varo** quando existe uma deformidade congênita do primeiro metatarsiano, devido a este metatarsiano estar excessivamente desviado medialmente. Estas alterações são responsáveis pelo surgimento da maioria dos casos



pé normal



Metatarso primo varo

do denominado hálux valgo juvenil que aparece em crianças tornando o antepé mais largo e causando por isso um conflito mesmo em sapatos confortáveis.

- II. **Pés tipo egípcio-** Nestes casos o hálux é maior do que os demais dedos, sofrendo a ação de forças valgizantes (desvio lateral).



Pé Egípcio

Pé Grego

Pé Quadrado

- III. Indivíduos adultos com **pés planos valgus** podem, por apoio excessivo na borda interna dos pés, produzir as mesmas deformidades do hálux valgo.
- IV. Algumas **enfermidades neuro-musculares** também podem produzir deformidades semelhantes ao hálux valgus ao causar alterações no equilíbrio da musculatura intrínseca e extrínseca do pé.
- V. **Processos inflamatórios crônicos** da Artrite Reumatóide, Artrite Psoriática e Gôta são responsáveis pelas deformidades as mais graves.

TRATAMENTO

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO

Embora os métodos conservadores não corrijam as deformidades já instaladas, alguns utilizam-no como forma de diminuir a progressão do quadro. O importante é que dão suporte àqueles pacientes que não dispõem de condições gerais ou locais para serem submetidos ao tratamento cirúrgico.

São inúmeras as técnicas descritas na literatura médica para o tratamento do Hálux Valgo. O critério de escolha de uma destas técnicas e sua aplicação, dependem da análise do quadro clínico, das radiografias e do estabelecimento de metas e objetivos do paciente em conjunto com seu médico.

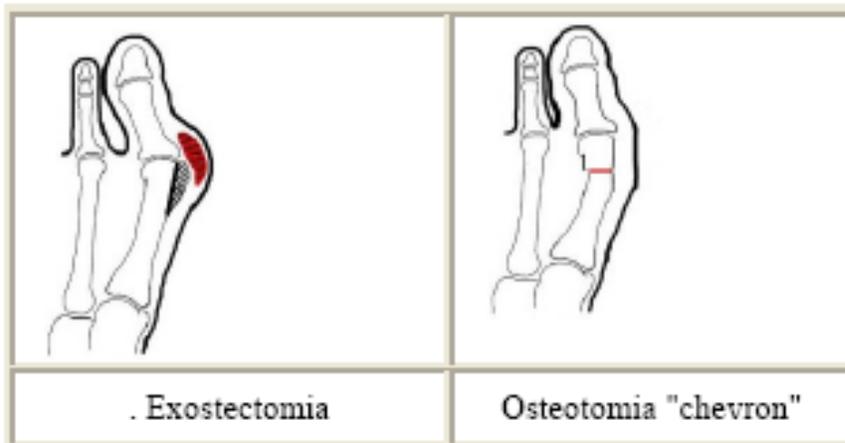
- Uso de calçados adequados com forma arredondada e pouco salto.
- Medicações anti inflamatórias para aliviar a inflamação aguda provocada pela bursite.
- Prescrição de órtese funcional: uso de afastadores interdigitais e protetores da exostose, em tos não se mostram eficazes para a redução das diversas anormalidades desenvolvidas pela deformidade. a proteção da exostose. Nas crianças e adolescentes portadores de Hálux Valgo, utilizam-se órteses plásticas confeccionadas sob medida, de uso noturno, para evitar a progressão do quadro.

- Atividade física: evitar atividades de impacto ou protegê-las adequadamente.
- Diminuição do Peso:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

O tratamento cirúrgico deve ser proposto quando a terapia conservadora falha ou não consegue diminuir os sintomas do paciente. A evolução do tratamento cirúrgico melhorou sensivelmente os resultados. As finalidades do tratamento cirúrgico são a diminuição dos sintomas, restaurar a função e corrigir a deformidade.

As principais técnicas utilizadas para o tratamento do hálux valgo, serão citadas, por sua ordem de entrada na seqüência de indicações e não por ordem cronológica ou de importância.



TECNICAS

1) Exostectomia e capsuloplastia

2) Osteotomia da falange proximal de Akin

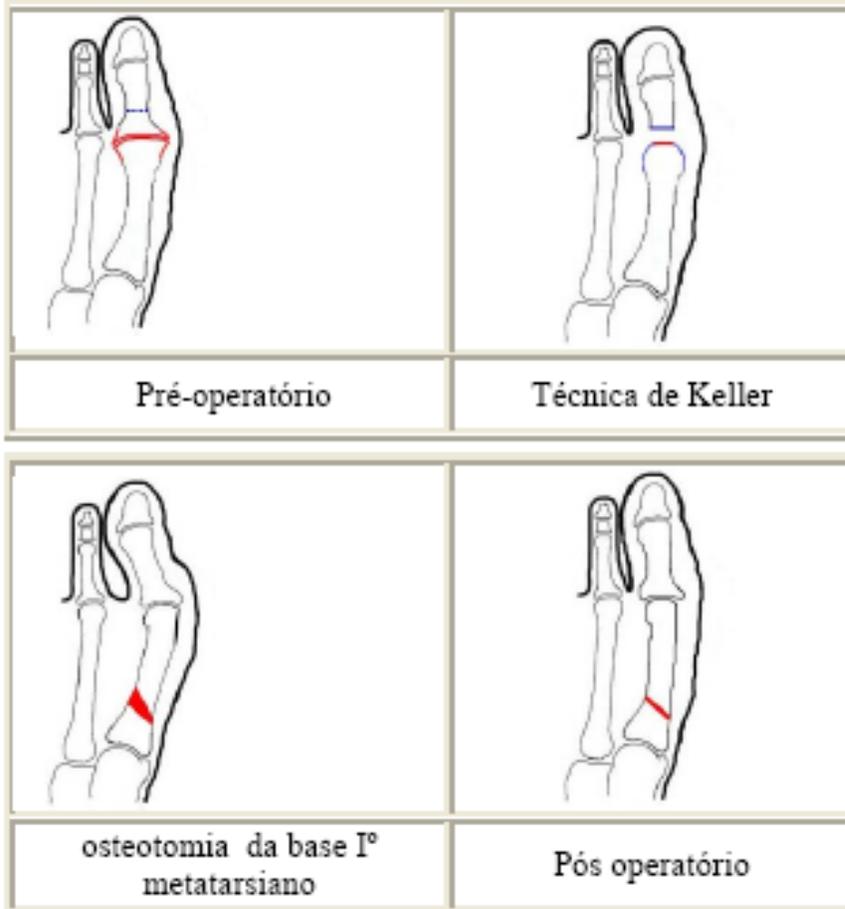
3) Osteotomia em "chevron"

4) Artroplastia de ressecção – Técnica de Keller

5) Osteotomia da base do I metatarsiano

6) Osteotomia de Mitchell

6) Artrodese da metatarsofalangeal (McKeever



Objetivos do tratamento cirúrgico

- ♦ Congruência metatarso-falangeana
- ♦ Realinhar o hálux
- ♦ Redução do ângulo metatarso-falangeano
- ♦ Correção dos fatores etiológicos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O hálux valgo é um complexo de deformidades, desde modulações suaves até as mais graves. Só a identificação destas alterações pelo cirurgião-ortopedista evitará a recorrência das deformidades.

O hallux valgus negligenciado agrava-se inexoravelmente...

Não há nenhum tratamento cirúrgico ou não que possa aplicar-se a todos hálux valgus

O tratamento conservador não corrige as deformidades instaladas

Os resultados das intervenções cirúrgicas são inversamente proporcionais a importância das deformações

Lembre-se

Dentre as numerosas técnicas cirúrgicas destinadas a corrigir o hallux valgus, a cirurgia mini-invasiva, menos agressiva, podendo ser realizada em regime ambulatorial (sem internação) é um grande avanço nas cirurgias do pé e oferece uma alternativa fantástica no tratamento, embora absolutamente não vá substituir as diversas técnicas da cirurgia convencional.

Flavio Hanciau

PUBLIQUE SEU ARTIGO, COMENTÁRIO OU INFORMAÇÃO, NO JORNAL DA UNIDADE DE TRAUMA ORTOPÉDICO. ENVIE SEU ARTIGO

ESCALA GERAL DE PLANTÕES



ESCALA DA TRAUMATOLOGIA - SETEMBRO / OUTUBRO 2007



	SEG 24/9	TER 25/9	QUA 26/9	QUI 27/9	SEX 28/9	SAB 29/9	DOM 30/9
CIRURGIA	MARIO	MARIO	MARIO	MARIO	MARIO	MARIO SUBST.	
AMBULATÓRIO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO		
PLANTÃO NOTURNO PRECEPTOR	MARCELO DR.LOUREIRO	MARCELO DR.LOUREIRO	MARCELO DR.LOUREIRO	MARCELO DR.LOUREIRO	MARCELO DR.LOUREIRO		

	SEG 01/10	TER 02/10	QUA 03/10	QUI 04/10	SEX 05/10	SAB 06/10	DOM 07/10
CIRURGIA	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARIO	
AMBULATÓRIO	MARIO	MARIO	MARIO	MARIO	MARIO		
PLANTÃO NOTURNO PRECEPTOR	MARIO DR. DUARTE	MARIO DR.DUARTE	MARIO DR.DUARTE	MARIO DR. DUARTE	MARIO DR.DUARTE		

	SEG 08/10	TER 09/10	QUA 10/10	QUI 11/10	SEX 12/10	SAB 13/10	DOM 14/10
CIRURGIA	MARIO	MARIO	MARIO	MARIO	MARIO	MARCELO	
AMBULATÓRIO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO		
PLANTÃO NOTURNO PRECEPTOR	MARCELO DR.LÚCIO	MARCELO DR.LÚCIO	MARCELO DR.LÚCIO	MARCELO DR.LÚCIO	MARCELO DR.LÚCIO		

	SEG 15/10	TER 16/10	QUA 17/10	QUA 18/10	SEX 19/10	SAB 20/10	DOM 21/10
CIRURGIA	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARCELO	MARIO	
AMBULATÓRIO	MARIO	MARIO	MARIO	MARIO	MARIO		
PLANTÃO NOTURNO PRECEPTOR	MARIO DR. DORVAL	MARIO DR. DORVAL	MARIO DR.DORVAL	MARIO DR. DORVAL	MARIO DR.DORVAL		

RESIDENCIA EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PLANTÃO DA TRAUMATOLOGIA: 8401 5210