EVENTO VIRTUAL

SPPCV
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PATOLOGIA
DA COLUNA
VERTEBRAL

IX Congresso da SPPCV
29-31 Outubro 2020

Desafios no Tratamento da Patologia da Coluna:
no Indivíduo e na Comunidade

Challenges in spinal disease treatment: *in the individual and the community*

PROGRAMA
PROGRAMME

EVENTO VIRTUAL

IX Congresso da SPPCV
29-31 Outubro 2020

EN

Carla Reizinho
President of the Organizing Committee of the IX Congress of SPPCV

When we chose the theme of the IX Congress of the Portuguese Society of Spine Pathology ("Challenges in the treatment of spinal pathology: in the individual and in the community"), we were far from imagining that the theme would be so well adjusted to the oddness of the times we live in, thanks to the COVID-19 pandemic.

So, aware that one of the main challenges of this period that we are going through is precisely to maintain the care of patients not infected with COVID, that are afflicted by other pathologies like spinal pathology, already so challenging in some circumstances, we decided to keep this important discussion forum that is the SPPCV congress. We intend to involve all professionals who treat spinal pathology, in all its therapeutic dimensions, namely through the organization of two satellite meetings, aimed at nurses and doctors in Primary Health Care, Common Year Residents and Medical Students.

In order to guarantee security in the "second wave" of the pandemic in Portugal, the congress was transformed into a 100% digital modality. This option obviously has its disadvantages, since it is impossible to replace direct contact to enrich a discussion, but on the other hand, it has several other advantages.

Since traveling constraints are minimized, we were able to bring together a rich and diverse group of international and national speakers, both spine surgeons and doctors from other medical specialties. We believe that the debate on the most delicate areas of spinal pathology treatment will be enriched by this panel, prioritizing a multidisciplinary approach, with the ultimate aim of optimizing the results for the patient from an individual point of view and promoting the standardization of the best care in order to improve results globally in the community.

For this purpose, the dichotomy between apparently disparate strategies such as the humanization and individualization of medical care with a multidisciplinary involvement, and the use of digital tools and artificial intelligence, in order to identify non-apparent factors of pathological grouping and response to therapy, seems to be the key to success in improving results.

The organization of the SPPCV Congress in a digital modality was especially demanding and implied versatility, adaptability and dynamism. Therefore, I would like to thank all the enthusiasm, dedication and professionalism of the elements of the Organizing Committee - Ana Luís, Bruno Santiago and Nuno Lança, with whom it was a great pleasure to work as a team.

I also thank the Scientific Committee chaired by Prof. Paulo Pereira for their availability and accuracy. We thank the entire range of speakers for their time and cooperation. We also thank the international and national societies that agreed to join SPPCV in a partnership that we esteem and cherish (AO SPINE, EUROSPINE, SILACO, GEER, SPOT, SPNC, SPODM, SPNR, APED, SPMRF, AESOP, APER) and hope to maintain in the future.

Still a note of thanks to the Board of SPPCV, chaired by Dr. Miguel Casimiro for their confidence and motivation, despite the uncertain times, in order to maintain this event. Finally, we would like to thank all the sponsors of the Congress for their efforts to maintain a partnership with SPPCV, without whom the event would have not be possible.

We expect the participation of all professionals who are involved in the treatment of spinal pathology, in a virtual mode this year, hoping that next year we can be closer together.

PT

Carla Reizinho
Presidente da Comissão Organizadora do IX Congresso da SPPCV

Quando escolhemos o tema do IX Congresso da Sociedade Portuguesa de Patologia da Coluna Vertebral ("Desafios no tratamento da patologia da coluna: no indivíduo e na comunidade"), estávamos longe de imaginar que o tema seria tão ajustado à atipia dos tempos que vivemos, graças à pandemia de COVID-19.

Assim, cientes que um dos principais desafios deste período que atravessamos é justamente manter os cuidados aos doentes não infectados com COVID, com outras patologias, de entre as quais, a patologia da coluna, já de si tão desafiante em algumas circunstâncias, decidimos manter este importante fórum de discussão que é o congresso da SPPCV.

Pretendemos envolver todos os profissionais que tratam patologia da coluna, em todas as suas dimensões terapêuticas, nomeadamente através da dinamização de duas reuniões satélite, dirigidas a enfermeiros e médicos dos Cuidados de Saúde Primários, Internos de Ano Comum e Estudantes de Medicina.

Por forma a garantir segurança em plena "segunda vaga" da pandemia em Portugal, o congresso foi transformado numa modalidade 100% digital. Esta opção tem obviamente as suas desvantagens, uma vez que é impossível substituir o contacto directo para enriquecer uma discussão, mas por outro lado, apresenta várias outras vantagens.

Dado que se minimizam os transtornos da deslocação física, conseguimos reunir um rico e diversificado grupo de palestrantes internacionais e nacionais, cirurgiões de coluna e de outras especialidades médicas. Consideramos que o debate sobre as áreas mais delicadas do tratamento da patologia da coluna vai ser enriquecido por este painel, priorizando uma abordagem multidisciplinar, com o fim último de optimizar os resultados para o doente do ponto de vista individual e fomentar a estandartização dos melhores cuidados por forma a melhorar os resultados globalmente na comunidade.

Para este efeito, a dicotomia entre estratégias aparentemente díspares como a humanização e individualização dos cuidados médicos com um envolvimento multidisciplinar, e a utilização das ferramentas digitais e inteligência artificial, por forma a identificar factores não aparentes de agrupamento patológico e de resposta a terapêutica, parece poder vir a ser a chave do sucesso para a melhoria dos resultados.

A organização do Congresso da SPPCV numa modalidade digital foi especialmente exigente e implicou versatilidade, adaptabilidade e dinamismo. Sendo assim, agradeço toda o entusiasmo, dedicação e profissionalismo dos elementos da Comissão Organizadora – Ana Luís, Bruno Santiago e Nuno Lança, com o qual foi um grande gosto trabalhar em equipa.Agradeço também à Comissão Científica presidida pelo Prof. Paulo Pereira pela disponibilidade e rigor. Agradecemos a todo o leque de palestrantes por disponibilizarem o seu tempo e cooperação. Agradecemos às sociedades internacionais e nacionais que aceitaram juntar-se à SPPCV numa parceria que estimamos e queremos continuar a acarinhar no futuro (AO SPINE, EUROSPINE, SILACO, GEER, SPOT, SPNC, SPODM, SPNR, APED, SPMRF, AESOP, APER).

Ainda uma nota de agradecimento à Direcção da SPPCV, presidida pelo Dr Miguel Casimiro pela confiança e motivação, apesar dos tempos de incerteza, no sentido de manter este evento. Por último, agradecemos a todos os patrocinadores do Congresso pelo esforço que desenvolveram para manter a parceria com SPPCV, sem os quais não teria sido possível a sua realização. Esperamos a participação de todos os profissionais que estão envolvidos no tratamento da patologia da coluna, este ano em contacto virtual, esperando que no próximo ano possamos estar mais próximos.

COMISSÃO ORGANIZADORA
ORGANIZING COMMITTEE

Carla Reizinho (Presidente/Chairman)
Ana Luís
Bruno Santiago
Nuno Lança

COMISSÃO CIENTÍFICA
SCIENTIFIC COMMITTEE

Paulo Pereira (Presidente/Chairman)
Bruno Santiago
Luis Barroso
Luís Marques
Pedro Santos Silva
Pedro Varanda
Ricardo Rodrigues-Pinto

PATROCINIOS CIENTÍFICOS
SCIENTIFIC SPONSORS

FACULTY

Álvaro Lima
Alejandro Souto Vilas
Ana Luís
Ana Sofia Duque
Antonio Martin Benlloch
Armando Campos
Artur Teixeira
Bertrand Debono
Bruno Santiago
Carla Reizinho
Carlos Jardim
Cátia Sousa Pinto
Clara Romero
Daniela Dias
Davor Dasic
Diogo Valverde Belda
Eduardo Cruz
Eduardo Mendes
Fátima Rodrigues
Fernando Santos
Francisco Tavares
Graça Mesquita
Hani Mhaidli
Heiko Koller
Hélder Maurício
Helena Canhão
Inês Ligeiro
Isabel Aldir
Jaime Pamplona
Joana Caldeira
João Campagnolo
João Cannas
João Rufino
Jorge Alves
Jorge Mineiro
Jörg Franke
José Miguel Sousa
José Vale
Lino Fonseca
Luís Anastácio
Luís Barroso
Luís Marques
Luís Teixeira
Maia Gonçalves
Marco Teli
Maximo Alberto Diez Ulloa
Michael Fehlings
Miguel Brito
Miguel Casimiro
Miguel Toscano Rico
Nelson Carvalho
Nuno Lança
Nuno Neves
Paulo Pereira
Pedro Berjano
Pedro Cacho Rodrigues
Pedro Fernandes
Pedro Gonçalves Pereira
Pedro Santos Silva
Pedro Varanda
Ricardo Cunha
Ricardo Rodrigues-Pinto
Rui Duarte
Sandra Couto
Susana Francisco
Susana Gaspar
Tah Pu Ling
Tavares de Matos
Thomas Blattert
Thomas Mroz
Vítor Castro

COLABORAÇÃO
SUPPORTING PARTNERS

SPONSORS PLATINA

DePuy Synthes
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Medtronic

SPONSORS OURO

neurowave

medcomtech
Innovation.Technology.Service

GRÜNENTHAL

SPONSORS PRATA

BRAINLAB

SPONSORS BRONZE

SOCIME MEDICAL
MEDICAL DEVICES COMPANY

Codman
SPECIALTY SURGICAL
a division of Integra LifeSciences

IX Congresso da SPPCV
29-31 Outubro 2020

Desafios no Tratamento da Patologia da Coluna:
no Indivíduo e na Comunidade

Challenges in spinal disease treatment:
in the individual and the community

EVENTO VIRTUAL

DIA 1 — **QUINTA-FEIRA** — **29 OUT** 2020

AUDITÓRIO / *AUDITORIUM*

MANHÃ

10:00	10:05	Sessão de abertura *Welcome and Program Overview*
10:05	15:50	**Curso Pré-Congresso da Eurospine - Desafios do tratamento da patologia da coluna no idoso** ***Eurospine Pre-congress course - Challenges in treating spinal pathology in the elderly***
10:05	11:30	**O doente geriátrico** ***The elderly patient - background***
10:05	10:20	Fragilidade no idoso: avaliação e impacto na cirurgia de coluna *Frailty - measurement and impact in spine surgery* Nuno Neves
10:20	10:35	Sarcopenia - definição, relevância e abordagem na patologia da coluna vertebral *Sarcopenia - definition, relevance and managment in spine pathology* Miguel Toscano Rico
10:35	10:50	Osteoporose e optimização da fisiologia óssea *Osteoporosis and bone physiology optimization* Helena Canhão
10:50	11:05	Impacto do Parkinsonismo na cirurgia de coluna *Impact of Parkinsonism in spinal surgery* Marco Teli / Davor Dasic
11:05	11:20	Importância da consulta de geriatria pré-operatória e da optimização das patologias crónicas *Importance of geriatic pre-operative consult and chronic disease optimization* Ana Sofia Duque
11:20	11:30	Discussão *Discussion* José Miguel Sousa
11:30	12:45	**Trauma de coluna** ***Spinal Trauma***
11:30	11:45	Trauma da charneira cranio-cervical no idoso *Craniocervical juction trauma management in the elderly* Miguel Casimiro
11:45	12:00	Estratégias terapêuticas no traumatismo vertebro-medular em doentes com doença espondilótica cervical *Treatment strategies for acute spinal cord injury in cervical spondylosis* Luís Marques
12:00	12:15	Fracturas toraco-lombares complexas associadas à osteoporose *Complex thoracolumbar fractures associated with osteoporosis* Thomas Blattert
12:15	12:25	Tratamento das fracturas de insuficiência do sacro *Sacral insuficiency fractures management* Tavares de Matos
12:25	12:35	Lesões vertebro medulares traumáticas ocultas *Hidden spinal lesions* Eduardo Mendes
12:35	12:45	Discussão *Discussion* Artur Teixeira
12:45	14:00	Intervalo *Break*

TARDE

14:00	14:50	**Patologia degenerativa** ***Degenerative pathology***
14:00	14:10	Mielopatia cervical e doenças neurodegenerativas - diagnósticos diferenciais *Myelopathic cervical disease and neurodegenerative neurological conditions- differential diagnosis* José Vale
14:10	14:20	Canal lombar estenótico com espondilolistese de baixo grau *Lumbar spine stenosis with low grade spondylolisthesis* Jorge Alves
14:20	14:30	Estratégicas cirúrgicas minimamente invasivas para a patologia degenerativa nos idosos *MISS surgical strategies in the elderly for degenerative pathology* Paulo Pereira
14:30	14:40	Intervenções percutâneas para o tratamento da patologia degenerativa no idoso *Interventional Percutaneous treatment for degenerative spine in the elderly* Jaime Pamplona
14:40	14:50	Discussão *Discussion* Luís Teixeira
14:50	15:40	**Cirurgia de deformidade no idoso** ***Deformity surgery in the elderly***
14:50	15:00	Balanço sagital no idoso - quando é que é demasiado? *Sagital balance in the elderly - how much is too much?* Luís Barroso
15:00	15:10	Há lugar para osteotomias vertebrais no idoso? *Is there room for spinal osteotomies in the eldery* Pedro Berjano
15:10	15:20	Máxima eficácia com a mínima invasibilidade para o tratamento cirúrgico da escoliose degenerativa *Minimal invasion with maximal efficacy in degenerative scoliosis surgical treatment* Marco Teli
15:20	15:30	Evitar a cifose pós-juncional no idoso *Avoiding PJK in the elderly* Marco Teli
15:30	15:40	Discussão *Discussion* Hélder Maurício
15:40	15:50	Take Home messages Carla Reizinho, Ana Luís, Bruno Santiago, Nuno Lança
15:50	16:00	Intervalo *Break*
16:00	17:15	Comunicações Orais 1 *Oral Communications 1* Moderador/*Moderator*: Pedro Cacho Rodrigues
17:15	17:25	Abertura do Congresso *Opening Ceremony* Carla Reizinho

IX Congresso da SPPCV
29-31 Outubro 2020

EVENTO VIRTUAL

Desafios no Tratamento da Patologia da Coluna:
no Indivíduo e na Comunidade

Challenges in spinal disease treatment:
in the individual and the community

DIA 2 — **SEXTA-FEIRA** — **30 OUT** 2020

AUDITÓRIO / *AUDITORIUM*

MANHÃ

10:00	11:15	Discussão de Posters *Posters Discussion* Moderador/*Moderator*: Vitor Castro
11:15	12:00	**Mesa Redonda 1 - Cirurgia da coluna em Doenças Reumatológicas** ***Round table 1 - Spine surgery in Rheumatological diseases*** Moderador/*Moderator*: Tavares de Matos
11:15	11:25	Tratamento de fracturas toraco-lombares na Hiperostose Esquelética Idiopática Difusa e na Espondilite Anquilosante *Managing thoracolumbar fractures in DISH and Anquilosing spondylitis* Pedro Varanda
11:25	11:30	Discussão *Discussion*
11:30	11:40	Cirurgia da patologia vertebro-medular na artrite reumatóide *Surgery for treatment of spinal pathology in rheumatoid arthritis* Hani Mhaidli
11:40	11:45	Discussão *Discussion*
11:45	11:55	Cirurgia de coluna em doentes sob imunossupressores - como minimizar complicações *Surgery in patients taking imunosupressors - how to minimize complications* Maximo Alberto Diez Ulloa e Alejandro Souto Vilas
11:55	12:00	Discussão *Discussion*
12:00	12:20	**Conferência: Tratamento de fracturas do sacro** ***Lecture: Sacral fractures management*** Jörg Franke • Moderador/*Moderator*: Pedro Varanda
12:20	12:30	Discussão *Discussion*
12:30	12:40	**Tratamento da cifose pós-traumática** ***Post-traumatic kyphosis treatment*** Diego Valverde Belda • Moderador/*Moderator*: Jorge Alves
12:40	12:45	Discussão *Discussion*
12:45	13:45	Intervalo *Break*

TARDE

13:45	14:00	**Conferência Magistral: Mielopatia degenerativa cervical - O que há de novo?** ***Keynote Lecture: Degenerative cervical mylopathy - What is new? What is hot?*** Michael Fehlings • Moderador/*Moderator*: Nuno Neves
14:00	14:05	Discussão *Discussion*
14:05	15:15	**Mesa Redonda 2 - Infeção em cirurgia da coluna** ***Round Table 2 - Infection in spine surgery*** Moderador/*Moderator*: Carlos Jardim
14:05	14:15	Tratamento médico da osteomielite e da espondilodiscite *Medical Management of osteomielytis and discitis* Isabel Aldir
14:15	14:25	Soluções cirúrgicas no tratamento da osteomielite e da espondilodiscite *Surgical solutions for osteomielytis and discitis* Antonio Martin Benlloch
14:25	14:35	Discussão *Discussion*
14:35	14:45	Doença de Pott - Correção de deformidade *Pott´s disease - Deformity correction* Pedro Fernandes
14:45	14:55	Infeções pós-operatórias - linhas orientadoras para o tratamento *Post-operative infections - roadmap for treatment* Álvaro Lima
14:55	15:05	Infeção latente e doença degenerativa discal - qual a evidência? *Low grade infection and DDD - what the evidence says* Ricardo Rodrigues-Pinto
15:05	15:15	Discussão *Discussion*
15:15	16:55	**Mesa Redonda 3 - Gestão de dados e optimização do cuidado ao doente** ***Round Table 3 - Data management and patient care optimization*** Moderador/Moderator: Paulo Pereira
15:15	15:35	Gestão de dados, tecnologia e algoritmos de suporte à decisão clínica - presente e futuro *Data management, technology and clinical decision support algorithms - present and future* João Rufino
15:35	15:55	Colocar os dados ao serviço da saúde pública - Estratégia para a próxima geração do Sistema Nacional de Saúde *Putting data to work for the public's health - Data strategy for the next generation healthcare service* Cátia Sousa Pinto
15:55	16:05	Discussão *Discussion*
16:05	16:25	Fomentar o valor em cirurgia de coluna *Improving value in spine care* Thomas Mroz
16:25	16:45	Como implementar a colheita de dados na prática clínica *How to implement data colection in your practice* Bertrand Debono
16:45	16:55	Discussão *Discussion*
16:55	17:00	Intervalo *Break*
17:00	17:30	Melhores Comunicações Orais *Best Oral Communications* Moderador/*Moderator*: Pedro Santos Silva
17:30	17:45	Conferência do Presidente da SPPCV *President's Lecture* Miguel Casimiro

IX Congresso da SPPCV
29-31 Outubro 2020

Desafios no Tratamento da Patologia da Coluna:
no Indivíduo e na Comunidade

Challenges in spinal disease treatment:
in the individual and the community

EVENTO VIRTUAL

DIA 2 **SEXTA-FEIRA**
30 OUT 2020

SALA PARALELA / *PARALLEL ROOM*

WORKSHOP DE PATOLOGIA DEGENERATIVA DA COLUNA

MANHÃ

10:00	**10:10**	**Sessão de Abertura**
10:10	**11:10**	**Que doentes referenciar e com que grau de urgência?**
10:10	**10:40**	Que sinais e sintomas valorizar? Lino Fonseca
10:40	**11:00**	Apresentação de casos clínicos
11:00	**11:10**	Discussão
11:10	**11:30**	Intervalo
11:30	**12:30**	**Diagnóstico diferencial - Quando a dor não é da coluna... Mas parece.**
11:30	**12:00**	Sessão teórica - Que perguntas fazer e que testes usar? Rui Duarte
12:00	**12:20**	Apresentação de casos clínicos
12:20	**12:30**	Discussão
12:30	**13:30**	Intervalo

TARDE

13:30	**14:30**	**Que exames complementares de diagnóstico pedir e o que valorizar?**
13:30	**14:00**	Sessão teórica - o que valorizar? Pedro Gonçalves Pereira
14:00	**14:20**	Apresentação de casos clínicos
14:20	**14:30**	Discussão
14:30	**15:30**	**Como tratar?**
14:30	**15:00**	Sessão teórica - tratamento farmacológico Graça Mesquita
15:00	**15:20**	Apresentação de casos clínicos
15:20	**15:30**	Discussão
15:30	**17:00**	**Como reabilitar?**
15:30	**16:00**	MFReabilitação - como e quando? Francisco Tavares
16:00	**16:20**	Discussão
16:20	**17:00**	Medidas promotoras da saúde da coluna - Projecto SPLIT Eduardo Cruz

IX Congresso da SPPCV
29-31 Outubro 2020

EVENTO VIRTUAL

Desafios no Tratamento da Patologia da Coluna:
no Indivíduo e na Comunidade

Challenges in spinal disease treatment:
in the individual and the community

DIA 3 | **SÁBADO** | **31 OUT** 2020

AUDITÓRIO / *AUDITORIUM*

MANHÃ

10:00	**11:00**	**AO Spine Symposium - Cirurgia de correção de deformidade na idade pediátrica** ***AO Spine Symposium - Pediatric Spinal Deformity Surgery*** Moderadores/*Moderators*: Nelson Carvalho e Pedro Fernandes
10:00	**10:20**	Cirurgia de revisão na deformidade da coluna Pediátrica - O dilema *"Pediatric spinal deformity revision surgery - A dilemma"* Heiko Koller
10:20	**10:30**	Discussão *Discussion*
10:30	**11:00**	Casos Clínicos - Complicações *Clinical cases - Complications* *João Campagnolo (CHLC) | Tah Pu Ling (CHUC) | Armando Campos (CHUP)*
11:00	**11:20**	**Malformações da charneira cranio-cervical - quando e como tratar?** ***Cranio-cervical junction malformations - when and how to treat*** Heiko Koller • Moderador/*Moderator*: Álvaro Lima
11:20	**11:30**	Discussão *Discussion*
11:30	**11:50**	**Conferência Magistral: Aprendizagens numa vida como cirurgião de coluna?** ***Keynote Lecture: What I've learned in my life long experience as a spine surgeon?*** Jorge Mineiro • Moderador/*Moderator*: João Cannas
11:50	**12:00**	Intervalo *Break*
12:00	**13:00**	**Mesa Redonda 4 - Novidades na doença degenerativa discal** ***Round Table 4 - Degenerative disc disease - whats new?*** Moderador/*Moderator*: Luis Barroso
12:00	**12:10**	Actualização da patofisiologia da doença degenerativa discal *Update on the pathophisiology of DDD* Maia Gonçalves
12:10	**12:15**	Discussão *Discussion*
12:15	**12:25**	Tratamentos biológicos *Biological treatment approaches* Joana Caldeira
12:25	**12:30**	Discussão *Discussion*
12:30	**12:40**	Há lugar para tratamentos percutâneos? *Is there a place for percutaneous treatments?* Miguel Casimiro
12:40	**12:45**	Discussão *Discussion*
12:45	**12:55**	Estratégias cirúrgicas da doença degenerativa discal - estado da arte *Surgical strategies for DDD - state of the art* João Cannas
12:55	**13:00**	Discussão *Discussion*
13:00	**13:15**	**Entrega de prémio: Melhor poster | Melhor Comunicação Oral** ***Awards: Best Poster | Best Oral Communication*** Apoio / *Sponsor*: DePuySynthes | Medtronic **Encerramento do Congresso *Closing Ceremony*** Paulo Pereira (Presidente Comissão Científica) Carla Reizinho (Presidente do Congresso) Miguel Casimiro (Presidente SPPCV)

SALA PARALELA / *PARALLEL ROOM*

SESSÃO DE ENFERMAGEM

10:00	10:05	Sessão de Abertura Fernando Santos (CHLO)
10:05	11:40	Mesa Redonda 1 - Cirurgia da Coluna Cervical Degenerativa e Traumática Moderadora: Susana Gaspar (CHLO)
10:05	10:25	Abordagens cirúrgicas à coluna cervical Miguel Brito (CHLO)
10:25	10:45	Cuidados de enfermagem pré e intra-operatórios Inês Ligeiro (H. Luz), Luís Anastácio (H. Luz)
10:45	11:05	Cuidados de enfermagem pós-operatórios Ricardo Cunha (CHLO)
11:05	11:25	O papel do enfermeiro de reabilitação Fátima Rodrigues (CHUSJ)
11:25	11:40	Discussão
11:40	12:10	Intervalo
12:10	13:00	Mesa Redonda 2 - Novos contributos imagiológicos em cirurgia da coluna Moderadora: Daniela Dias
12:10	12:40	Neuronavegação em cirurgia de coluna Susana Francisco (HGO)
12:40	13:00	Discussão

COLABORAÇÃO:

AESOP

IX Congresso da SPPCV
29-31 Outubro 2020

RESUMOS
ABSTRACTS

MCO01

Carlos Magalhães Ribeiro[1]; Raúl Baggen Santos[1]; Tiago Lima[1]; Hugo Romão[1]; Marques Baptista[1]

Palavras-chave: ACDF, Artroplastia, Cervical, Doença do Segmento Adjacente

1 - Departamento de Neurocirurgia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Portugal

ACDF VERSUS ARTROPLASTIA CERVICAL: CONCLUSÕES APÓS 1 ANO DE FOLLOW-UP

INTRODUÇÃO

A discectomia e fusão cervical anterior (ACDF) permanece o tratamento cirúrgico clássico para a doença cervical degenerativa. Estudos sugerem que esta contribui para a aceleração da doença do segmento adjacente. A necessidade de uma alternativa resultou no desenvolvimento da Artroplastia Cervical.

É nosso objetivo analisar os doentes submetidos a ACDF e Artroplastia Cervical após 1 ano de follow-up

MATERIAL E MÉTODOS

Avaliámos uma coorte retrospectiva de doentes submetidos a ACDF ou Artroplastia Cervical monosegmentar, pela mesma equipa cirúrgica, entre 2014 e 2018. Incluímos doentes que realizaram tratamento médico > 3 meses, submetidos a cirurgia por doença discal degenerativa, com cage stand-alone ou prótese, e com follow-up imagiológico de 1 ano. Excluímos doentes com mielopatia, osteoporose, osteófitos em ponte, instabilidade > 2mm, patologia traumática, neoplásica, infeciosa/inflamatória, cirurgia 360º ou antecedentes de cirurgia cervical.

Os outcomes foram colhidos no pré-operatório e ao final de 1 ano, sendo estes: o range of motion (ROM) do segmento operado, do segmento acima, abaixo e de C2-C7; a altura do disco acima e abaixo; a lordose cervical; e o grau de degeneração cervical do segmento acima e abaixo (classificação de Kellgren et al). Analisámos os dados usando o programa IBM® SPSS® Statistics 25. Considerámos significativos valores de $p<0.05$.

RESULTADOS

No total, obtivemos 30 doentes.

A ACDF foi realizada em 17 doentes, com a idade de 52,1 ± 9,2 anos, sendo 76,5% mulheres. Os doentes estiveram 11 meses (IQ=9) em tratamento médico, sendo C5-C6 o segmento mais operado (70,6%). Realizou-se Artroplastia em 13 doentes, cuja idade foi 47,5 ± 8,6 anos, sendo 61,5% mulheres. Os doentes estiveram 8 meses (IQ=9) em tratamento médico, sendo o segmento mais operado C5-C6 (76,9%). Não se observou diferença estatisticamente significativa quanto à idade, género, tempo em tratamento médico e nível operado entre a ACDF e a Artroplastia.

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no ROM do segmento operado, com uma perda de 5.1º na ACDF e um ganho de 1.4º na Artroplastia ($p=0.027$). Não se observou diferença significativa na lordose cervical, na altura do disco acima e abaixo, no ROM do segmento acima, abaixo e de C2-C7, bem como no grau de degeneração cervical.

CONCLUSÃO

A Artroplastia Cervical revela-se uma opção que preserva o movimento segmentar do nível operado. O ganho de lordose cervical foi semelhante entre a ACDF e a Artroplastia. Não se objetivaram diferenças quanto à aceleração do processo de degeneração do segmento adjacente ao final de 1 ano.

MCO02

Maria Adriano[2];
Marisa Cunha[1];
Pedro Santos Silva[1];
Rui Vaz[1]; Paulo Pereira[1]

Palavras-chave: Lumbar spinal stenosis, Spinopelvic alignment, Decompression surgery, Surgical outcome

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

CORRELATION BETWEEN CLINICAL OUTCOMES AND SPINOPELVIC PARAMETERS IN PATIENTS WITH LUMBAR STENOSIS UNDERGOING DECOMPRESSION SURGERY

PURPOSE

The aim of this study is to determine if there is a relation between preoperative sagittal alignment, based on radiographic parameters, and clinical outcomes, after lumbar decompressive procedures, in patients with lumbar spinal stenosis (LSS).

METHODS

This study enrolled patients with LSS who underwent lumbar decompressive procedures, between January 2016 and December 2017. Preoperative spinopelvic parameters were measured, and patients were divided in radiological groups according to the median of the following variables: relative lumbar lordosis (measured minus ideal lumbar lordosis), relative pelvic tilt (measured minus ideal pelvic tilt) and sagittal vertical axis (SVA). Clinical outcomes were compared between these groups and included the Core Outcome Measures Index (COMI), EuroQoL Five Dimension Questionnaire (EQ-5D) and Oswestry Disability Index (ODI) scores before and 1-year after surgery. Further correlation statistics between sagittal radiological measurements and the postoperative outcome scores were performed.

RESULTS

The study included 104 patients. We did not find any clinically important difference in clinical outcomes between radiological groups. However, in correlation analyses we found a significant but weak statistical correlation between relative lumbar lordosis and both preoperative and postoperative ODI, as well as a significant statistical negative correlation between SVA and postoperative EQ-5D.

CONCLUSION

Preoperative spinopelvic parameters did not significantly correlate with clinical outcomes after decompression surgery for LSS on non-deformity patients. Patients had a comparable improvement after surgery, regardless of their preoperative sagittal alignment.

MCO03

João Lixa[1];
André Rodrigues Pinho[1];
Miguel Relvas Silva[1];
Pedro Pereira[1]

Palavras-chave: fraturas toracolombares, fixação transpedicular posterior, Fraturas em idade pediátrica, estudo retrospectivo

FIXAÇÃO TRANSPEDICULAR POSTERIOR DE FRATURAS TORACOLOMBARES EM IDADE PEDIÁTRICA – UM ESTUDO RETROSPECTIVO

INTRODUÇÃO

As fraturas vertebrais pediátricas são ainda um achado raro, correspondendo a cerca de 2-5% das lesões da coluna nesta faixa etária. Contrariamente à população adulta, esta fraturas geralmente envolvem trauma de grande energia e o mecanismo varia consoante as diferentes idades. O pico de incidência ocorre em crianças com idade inferior a 5 anos e superior a 10 anos. Devido à imaturidade óssea e à sua laxidez ligamentar e elasticidade, a hipermobilidade da coluna origina mais lesões ligamentares e de flexão-extensão. Nas crianças mais velhas, dos 9-18 anos, a coluna comporta-se de forma mais semelhante à do adulto, com trauma de alta energia a originar fraturas ósseas e roturas ligamentares francas. Estas especificidades tornam estas lesões um desafio.

O objectivo deste estudo é avaliar o outcome de fraturas vertebrais torácicas e lombares submetidas a fixação transpedicular.

METODOLOGIA

Foram revistas todas fraturas toracolombares submetidas a fixação transpedicular por via posterior em doentes com idade até aos 18 anos no Centro Hospitalar Universitário de São João no período de 2014 a 2019.

Foi analisado o processo clínico, com recolha de dados como a idade, causa, número de vértebras atingidas e parâmetros radiográficos como a cifose, cifose regional e taxa de compressão altura do corpo anterior.

O software de imagem utilizado foi o Sectra uniview e a análise estatística realizada no SPSS.

RESULTADOS

Foram incluídos 22 doentes, 13 do sexo feminino, com uma média de idades no momento da lesão de 13,8 anos (DP 4,5). O mecanismo mais comum foi acidente de viação em 63,6%.

A vértebra mais atingida foi L1 em 54,5% dos casos e de seguida L2 em 27,3%. Verificou-se atingimento do muro posterior em 70,6%. O score de Frankel na admissão foi na maioria E (70,0%).

O número de níveis instrumentados foi na maioria 4 níveis (40,9%).

Parâmetros radiográficos

Foram obtidas correções significativas em 3 dos 4 parâmetros radiográficos analisados, sendo eles a cifose (p=0,018), cifose regional (p=0,010) e taxa de compressão altura do corpo anterior (p=0,043)

No caso da lordose lombar, a correção não foi significativa (p=0,472).

DISCUSSÃO

O tratamento adequado deste tipo de lesões é ainda controverso devido à escassez de guidelines e orientações específicas, sendo guiado frequentemente por critérios utilizados nos adultos. O foco deste estudo foi o tratamento cirúrgico, sendo verificados bons resultados com correções significativas dos parâmetros radiográficos. Contudo, a ausência de correlação com os outcomes clínicos limita a sua aplicabilidade.

1 - Centro Hospitalar Universitário São João

CO01

João Paulo Andrade[1,2];
Sara Nunes De Sequeira[1,2];
Luis Marques[1];
José Cabral[1]

Palavras-chave: Impressão 3d, Charneira crânio-vertebral, Impressão basilar, Neuronavegação

1 - Hospital Egas Moniz;
2 - Instituto de Anatomia da Faculdade de Medicina de Lisboa

IMPORTÂNCIA DO PLANEAMENTO MULTIMODAL E DA NAVEGAÇÃO NA CIRURGIA POR MALFORMAÇÕES DA CHARNEIRA CRÂNIO-CERVICAL – CASO CLÍNICO EXEMPLIFICATIVO

INTRODUÇÃO

A cirurgia por malformações da charneira crânio-cervical é particularmente complexa e desafiante devido à distorção de estruturas anatómicas e consequente modificação dos pontos de referência cirúrgicos. Além disso, as estruturas neurovasculares da região apresentam frequentemente trajetos aberrantes o que dificulta a cirurgia. Assim o planeamento operatório e tecnologia intraoperatória assumem papel fundamental nestas cirurgias. Existem vários métodos para avaliação pré-operatória mas os modelos tridimensionais doente-específicos têm sido progressivamente mais utilizados porque permitem avaliação detalhada e individual da anatomia óssea e vascular. No entanto a utilização destes modelos não substitui o estudo exaustivo dos exames 2D e o planeamento cirúrgico clássico.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste trabalho é descrito o processo de planeamento pré-operatório com recurso a modelos 3D doente-específicos em tamanho real (o processamento das imagens pré-operatórias (tomografia computorizada(TC), angioTC e ressonância magnética(RM)) foi feito com o software de segmentação 3D Slicer e o software de modelagem Meshmixer. O occipital e vértebras cervicais superiores foram impressos individualmente na impressora Anycubic® Photon. As artérias vertebrais foram impressas na impressora 3D Zortrax® M200. As peças resultantes foram combinadas obtendo-se uma réplica da anatomia do doente), e ao método “Two-step” com OsiriX™ (reformatação multiplanar para o real plano axial e sagital de C2 e reformatação para o eixo do pedículo de C2 para avaliação dos diâmetros do mesmo) e a cirurgia com recurso a neuronavegação (StealthStation™ S8 Medtronic). Todo o processo é descrito em relação a caso índice de malformação da charneira (invaginação basilar com assimilação completa do atlas).

RESULTADOS

Na cirurgia foi realizada artrodese crânio-cervical com colocação de cage na articulação C1-C2 esquerda e com parafusos nas massas laterais de C1/côndilos occipitais, parafusos pediculares em C2 e parafusos nas massas laterais de C3 e C4. O resultado foi sobreponível ao simulado no modelo 3d doente-específico e os parafusos utilizados em C2 foram selecionados com base no estudo 2d com a técnica “two-step”. Toda a cirurgia foi realizada com recurso a navegação, optimizando a selecção dos pontos de entrada dos parafusos. Durante o follow-up verificou-se melhoria das queixas mielopáticas da doente, fusão crânio-cervical, adequada correcção da deformidade e adequada descompressão das estruturas neurais.

CONCLUSÃO

A existência de um fluxo de trabalho que inclui várias modalidades de planeamento operatório e tecnologia intraoperatória como a neuronavegação proporciona uma tripla segurança na cirurgia por malformações da charneira crânio-cervical.

CO02

Ana Ferreira[1,2];
Joana Azevedo[2];
Pedro Santos Silva[1,2];
Rui Vaz[1,2]; Paulo Pereira[1,2]

Palavras-chave: Cirurgia Coluna Vertebral, Outcome Cirurgico, Expectativas do Paciente, Outcome Funcional

1 - Serviço Neurocirurgia Centro Hospitalar Universitário São João; 2 - Faculdade Medicina Universidade Porto

ASSOCIAÇÃO ENTRE EXPECTATIVAS DOS PACIENTES E RESULTADOS REAIS EM CIRURGIA A PATOLOGIA DEGENERATIVA DA COLUNA.

INTRODUÇÃO

Cada vez mais é reconhecida a importância da informação prestada ao doente e a verificação da compreensão em relação aos objetivos e potencialidades da cirurgia de coluna vertebral. O objetivo deste trabalho foi comparar as expectativas dos pacientes antes da cirurgia para patologia degenerativa da coluna vertebral com o outcome percebido pelos pacientes no período pós-operatório e identificar quais os fatores que se correlacionam com expectativas mais altas e o seu cumprimento.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional prospectivo com recolha de dadas de doentes submetidos a cirurgia de patologia degenerativa da coluna vertebral, de forma consecutiva, entre Agosto de 2018 e Maio de 2019 num centro hospitalar de coluna vertebral. As expectativas expressas pelo paciente foram registadas usando o Questionário de Expectativas da Cirurgia de Coluna Lombar/Cervical e comparadas com o mesmo três meses após cirurgia. O outcome funcional reportado pelo paciente foi avaliado através do questionário COMI, antes e depois da cirurgia.

RESULTADOS

Um total de 120 paciente foram analisados. O resultado médio de expectativas pré-operatório dos paciente foi de 82.87%±14.57%, sendo o resultado pós operatório significativamente inferior 60.5±20.6% ($p<0.001$). Utilizando uma análise multivariada verificou-se que a história de cirurgia prévia e a maior duração dos sintomas prévios à cirurgia estiveram associados com expectativas inferiores pré-operatórias. Cirurgia lombar mostrou-se associada a racios mais baixos entre as expectativas pós-operatorias e pré-operatórias. Uma melhoria no score COMI após a cirurgia foi atingida em 85% dos pacientes, mas apenas 14% reportaram que as suas expectativas foram atingidas ou superadas.

CONCLUSÃO

As expectativas pré-operatórias foram significativamente mais altas comparativa com resultados pós-operatórios. Expectativas mais baixas e percepção de menor sucesso com a cirurgia poderão ser antecipados em alguns pacientes baseados características específicas. Embora 85% dos paciente tenham melhorado funcionalmente após a cirurgia, as expectativas não foram atingidas na maioria dos casos.

CO03

Leopoldina Pereira1;
Rui Reinas1;
D'jamel Kitumba1;
Carlos Ribeiro1;
Diogo Grade1;
Óscar L'alves1

Palavras-chave:
Articulação Sacroilíaca, Disfunção, Lombalgia, Minimamente Invasiva

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

FUSÃO DA ARTICULAÇÃO SACROILÍACA MINIMAMENTE INVASIVA: AVALIAÇÃO DO OUTCOME

INTRODUÇÃO

A disfunção da articulação sacroilíaca é uma causa de dor lombar potencialmente incapacitante, sendo responsável por 15-30% de todas as lombalgias. As manobras provocatórias de dor dirigidas a esta articulação são úteis para fazer o diagnóstico presuntivo da disfunção sacroilíaca, porém, o goldstandard para o diagnóstico é o bloqueio positivo intra-articular guiado por raio X. Inicialmente, poder-se-á optar por um tratamento conservador com fisioterapia e fármacos analgésicos. Se houver persistência da sintomatologia, os doentes podem ser submetidos a uma intervenção cirúrgica percutânea minimamente invasiva, que resulta na fusão da articulação. Neste estudo prospetivo pretendemos avaliar a qualidade de vida dos doentes antes e após terem sido submetidos à fusão da articulação sacroilíaca por via minimamente invasiva.

MATERIAL E MÉTODOS

Seleccionou-se todos os doentes que desde 2016 até 2020 foram submetidos a fusão da articulação sacroilíaca por via minimamente invasiva, pelo mesmo neurocirurgião. Todos os doentes que aceitaram participar no estudo preencheram, antes e após o procedimento cirurgico, a escala analógica visual (EVA) da dor, o questionário ODI (Oswestry Disability Index) e QBPDS (Quebec back pain disability scale). Foi também recolhida informação clínica e demográfica através da consulta de processos clínicos.

RESULTADOS

Dos dezoito doentes que participaram no estudo, dezasseis (88.9%) eram do sexo feminino e dois (11.1%) eram do sexo masculino. Todos os doentes tinham um tempo mínimo de follow-up de pelo menos três meses, sendo que a média foi de 13.50±11.8 meses. Dos cinquenta e dois implantes colocados no total dos participantes, um doente necessitou de re-intervenção cirurgica por incorreto posicionamento de um dos implantes (1/52=2%). Neste estdudo, verificou-se que após o procedimento cirurgico, houve uma melhoria estatisticamente significativa quer da dor, avaliada pela score da EVA ($p<0.001$), quer da incapacidade gerada pela lombalgia avaliada pelo score do ODI ($p<0.001$) e pelo score do QBPDS ($p<0.001$). Houve também uma redução da medicação analgésica após a cirurgia, sendo que a redução da toma de anti-inflamatórios não esteroides foi estatisticamente significativa ($p=0.004$).

CONCLUSÃO

Com este estudo, para além de alertarmos para as complicações mais comuns desta tecníca cirurgica, conclui-se que a fusão percutânea da articulação sacroilíaca, quando criteriosamente escolhida, é uma tecnica segura e proporciona aos doentes um bom controlo da sintomatologia e uma melhoria da qualidade de vida, reduzindo significativamente o uso de medicação.

CO04

Sara Nunes De Sequeira[1,2];
Mário Vale Campos[1];
João Paulo Andrade[1,2];
Luís Marques[1];
Mafalda Carneiro[2];
Mickael Bartikian[2];
Carla Reizinho[1]

Palavras-chave:
impressão 3D, modelo 3D, charneira occipito-cervical, planeamento cirúrgico

1 - Hospital Egas Moniz, CHLO;
2 - Instituto de Anatomia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

VANTAGEM DO PLANEAMENTO DA CIRURGIA DA CHARNEIRA OCCIPITO-CERVICAL COM RECURSO A MODELOS 3D DOENTE-ESPECÍFICOS EM TAMANHO REAL

INTRODUÇÃO

A cirurgia da charneira occipito-cervical é especialmente desafiante dada a sua complexidade anatómica, frequentemente exacerbada pela presença de malformações ou deformidades. O planeamento pré-operatório baseado na imagiologia é de grande importância para avaliar a anatomia óssea e relações da artéria vertebral. Contudo, frequentemente é difícil fazer esta avaliação com base nas reformatações imagiológicas 2D ou 3D. Assim, uma réplica anatómica do doente em tamanho real pode ser vantajosa. Os autores avaliam a vantagem de uma técnica simples para a criação de modelos 3D doente-específicos em tamanho real para planeamento pré-operatório.

MATERIAL E MÉTODOS

Selecionaram-se dois doentes com quadro de mielopatia por deformidade com instabilidade occipito-cervical, com indicação para cirurgia por abordagem posterior (1 malformação congénita complexa, 1 artrite reumatoide). O processamento das imagens pré-operatórias (tomografia computorizada(TC), angio-TC e ressonância magnética(RM)) foi feito com o software de segmentação 3D Slicer e o software de modelagem Meshmixer. O occipital e vértebras cervicais superiores foram impressos individualmente na impressora Anycubic® Photon. As artérias vertebrais foram impressas na impressora 3D Zortrax® M200. As peças resultantes foram combinadas obtendo-se uma réplica da anatomia do doente. Foi possível analisar a anatomia óssea (morfologia das massas laterais de C1 e dos pedículos de C2) e vascular (trajeto aberrante da artéria vertebral), e o grau de deformidade rotatória, axial e coronal. Procedeu-se a simulação de manobras de distração e rotação, planeamento de pontos de entrada e trajeto de parafusos, e colocação de enxerto articular C1-C2, antecipando assim dificuldades intraoperatórias e resultado esperado.

RESULTADOS

Durante ambas as cirurgias, foram reproduzidas as manobras de distração e rotação previamente ensaiadas no modelo e aplicados os implantes previamente selecionados. Obteve-se um resultado intraoperatório sobreponível ao planeado quanto à correção da deformidade e descompressão. Aos 6 meses de follow-up verificou-se fusão sem falência da instrumentação, adequada correção da deformidade e descompressão e melhoria clínica.

CONCLUSÃO

A existência de um modelo 3D em tamanho real melhora a compreensão espacial da anatomia do doente, possibilitando a elaboração de planos cirúrgicos especializados para cada caso. É, por isso, um bom complemento ao planeamento baseado em imagens e à navegação intraoperatória. Isto assume particular relevância em regiões anatomicamente complexas, como é o caso da charneira occipito-cervical. Além do planeamento operatório, estes modelos permitem uma melhor compreensão da doença e tratamento pelo doente, melhorando a comunicação médico-doente.

CO05

Daniela Linhares[1];
Bernardo Sousa-Pinto[2];
Manuel Ribeiro Da Silva[1];
João Fonseca[2];
Nuno Neves[1]

Palavras-chave: Coluna Vertebral, Ortótese, Tratamento Conservador, Fraturas

1 - Ortopedia e Traumatologia - Centro Hospitalar São João;
2 - MEDCIDS - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

ORTÓTESES EM FRATURAS TORACOLOMBARES - QUESTIONÁRIO EUROPEU E NORTE AMERICANO

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente as ortóteses toracolombares (TL) são usadas no tratamento conservador de fraturas TL. Contudo, revisões sistemáticas recentes têm mostrado uma ausência de benefício nos resultados clínicos e radiológicos destes doentes. Este estudo de questionário tem como objetivo descrever as práticas dos especialistas em coluna vertebral da Europa e América do Norte no que respeita à utilização de ortóteses em adultos com fraturas TL agudas, bem como avaliar o custo deste dispositivo.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi efetuada uma pesquisa por autores correspondentes de publicações sobre fraturas da coluna vertebral de todos os países europeus e norte americanos. Foi enviado um questionário online para obter informação demográfica, sobre volume de fraturas tratadas e utilização de ortóteses aquando da decisão de tratamento conservador, bem como sobre o custo destas. Os dados foram analisados com base em regiões do mundo, ranking económico e gastos em saúde.

RESULTADOS

Recebemos 130 respostas de 28 países europeus e 5 norte americanos. A maioria dos especialistas tinham mais de 9 anos de prática e trabalhavam em hospitais públicos. 6.2% nunca prescreviam ortóteses a doentes com fraturas TL tratadas conservadoramente e 11.5% aplicavam-nas em todos os doentes. Numa escala de 1-5, 21 consideravam que não há benefício na utilização do dispositivo (0) e 14 que este é essencial (5), com uma média de 3.18.

O custo médio foi de $611.4±716.0, significativamente superior na América do Norte, comparativamente com a Europa e em países de alto rendimento, quando comparados com os de médio-alto (ambos $p<0.05$). Embora os custos hospitalares não tenham sido avaliados, o dispositivo é mais caro quando envolve a hospitalização do doente ($p<0.05$). Um aumento do custo da órtotese associou-se ao aumento do PIB per capita e a maior PIB atribuído à saúde.

CONCLUSÃO

Mais de 90% dos especialistas em patologia da coluna vertebral ainda usa ortóteses no tratamento conservador de doentes com fraturas agudas TL. O custo deste dispositivo varia significativamente entre continentes e é influenciado pela economia do país.

CO06

Filipe Carvalho[2];
José Carlos Sarmento Pires[1];
Ana Paula Morais[1];
Ana Margarida Ferreira[2];
Luís Gil Andrade[2]

Palavras-chave: Coluna, Jovens, Raquialgias, Estudo

1 - UCC São Martinho; 2 - CMRRC – ROVISCO PAIS

CUIDADO COM A COLUNA

INTRODUÇÃO

As raquialgias na infância e adolescência são um motivo acrescido de preocupação, pois aumentam o risco de cronicidade na idade adulta.

Pretendeu-se com este trabalho analisar a prevalência de raquialgias em adolescentes eos seus hábitos comportamentais e posturais.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo epidemiológico transversal envolvendo estudantes do 5º ano de escolaridade de três escolas. Foi aplicado um questionário semiestruturado de autopreenchimento sobre raquialgias e hábitos comportamentais e posturais (adaptado do Instrumento de Avaliação Postural e Questionário Nórdico Músculo-esquelético) e realizada a observação postural.

RESULTADOS

Amostra com 180 jovens, 58,8% do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos.

Relativamente às raquialgias dos 12 meses precedentes, 15,6% dos jovens reportaram cervicalgia, 12.2% toracalgia e 15% lombalgia 43.4% dos jovens com dor recorreram a serviços médicos e 28.3% a medicação analgésica.

Quanto aos hábitos comportamentais e posturais, 79,3% possui mochila com 2 alças, 6,1% transporta a mochila de forma assimétrica sobre um ombro e 96,6% transporta material escolar extra2 vezes por semana. Apesar de 90,5% possuir cacifo, 27% não o utiliza de forma regular.

96% dos jovens estudam sentados na secretária, 25,1% veem televisão deitados e 30.3% usam o computador, telemóvel ou tablet deitados. 82,7% assume uma posição errada enquanto estuda sentado à secretária, 77,1% quando utilizam o computador e 76,6% enquanto conversam com os amigos.

Apenas 35,2% dos jovens praticam atividade desportiva 3 a 4 vezes/semana. A maioria ocupa, pelo menos, 30 a 60 minutos diários a ver televisão e 48,6% dorme 8/9 horas por noite.

Da avaliação postural salienta-se que 35,2% apresentavam alterações, sendo que 24,7% apresentavam alterações da curvatura fisiológica da coluna.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstram a elevada prevalência de raquialgias nos adolescentes estudados e a frequência elevada em diversos hábitos comportamentais e posturais considerados fatores de risco de raquialgias.

MPO01

António Cuco[1];
Luis Marques[1]

Palavras-chave:
corpectomia, obliqua, mielopatia, espondilotica

CORPECTOMIA OBLIQUA – QUANDO E COMO

INTRODUÇÃO

A espondilose cervical é uma das causas mais frequentes de mielopatia no mundo. Em casos sintomáticos de mielopatia espondilótica cervical existem várias alternativas para a abordagem cirúrgica da coluna cervical, de acordo com as características da compressão medular ou radicular. A técnica da corpectomia obliqua, descrita em 1999 por Bernard George, é actualmente uma alternativa estabelecida para o tratamento cirúrgico da patologia degenerativa cervical, apesar de permitir também o tratamento de patologia tumoral, vascular ou infecciosa em casos seleccionados. Os autores apresentam os resultados da utilização da corpectomia obliqua em dois casos.

MATERIAL E MÉTODOS

Analise retrospectiva do processo de dois doentes submetidos a corpectomia obliqua para tratamento cirúrgico de mielopatia espondilótica cervical. Foram avaliadas as características demográficas e complicações resultantes ao longo do período de follow-up. Foram também revistos os exames de imagem complementares pré e pós-operatórios.

RESULTADOS

Foram operados dois doentes. A doente 1 do género feminino, 64 anos de idade e a doente 2 do género feminino, 70 anos de idade. A doente 1 apresentava uma mielopatia com compressão medular significativa a 3 níveis: C3-C4-C5-C6. Foi realizada uma artrodese C3-C4 e C4-C5 com corpectomia obliqua no nível C5-C6. A doente 2 foi referenciada por recidiva das queixas apos artrodese anterior C3-C6. Realizada corpectomia obliqua ao nível da recidiva imagiológica da compressão, C4-C5 e colocada placa anterior C3-C4. Em ambos os casos verificou-se uma melhoria das queixas sem registo de complicações.

CONCLUSÃO

Através da remoção parcial do corpo vertebral é possível criar um corredor de acesso ao espaço epidural anterior retrossomático, dificilmente alcançável por outras vias de acesso anteriores sem realizar corpectomia. Outros estudos demonstraram que apesar da corpectomia parcial, a biomecânica da coluna cervical não é significativamente alterada quando comparado com outras técnicas de descompressão onde é promovida a fusão óssea com material implantado. Estes dois doentes exemplificam casos em que a corpectomia obliqua foi realizada com sucesso, tanto como abordagem cirúrgica inicial como em cirurgia de revisão, tendo permitido alcançar resultados positivos de forma segura e eficaz, corroborando assim a literatura existente.

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

MPO02

Joana Tavares1;
António Barata1;
Carla Reizinho1;
Luís Marques1;
José Cabral1

Palavras-chave: fixação occipito-cervical, parafusos nos côndilos occipitais, instabilidade C0-C1-C2, junção crânio-vertebral

1 - Serviço de Neurocirurgia, Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

FIXAÇÃO CRANIOCERVICAL COM PARAFUSOS AOS CÔNDILOS OCCIPITAIS – CASO CLÍNICO

INTRODUÇÃO

A cirurgia da junção crânio-vertebral é desafiadora devido à sua anatomia complexa e à presença de importantes estruturas anatómicas. A fusão occipitocervical está indicada em várias patologias que podem causar instabilidade nesta região. O método mais popular de inclusão do occipital implica a aplicação de uma placa com parafusos aplicados na escama occipital. No entanto, esta técnica não pode ser realizada em doentes com craniectomia da fossa posterior e implica uma dissecção de tecidos moles mais extensa. La Marca descreveu a técnica de aplicação de parafusos nos côndilos occipitais, substituindo a fixação da escama occipital, descrita com bons resultados clínicos e equivalência biomecânica, por Uribe.

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores reportam a utilização desta técnica numa cirurgia de fixação crânio-cervical num doente com mielopatia por compressão e instabilidade C0-C1 e C1-2.

RESULTADOS

Descreve-se o caso de um homem de 77 anos com um quadro de um ano de evolução de sintomas mielopáticos com agravamento rápido recente (Nurick grau 3, Ranawat grau IIIA). No exame neurológico verificou-se parésia dos membros direitos (grau 3-4/5 de predomínio braquial), presença de sinal de Lhermitte e de Hoffmann, hiperreflexia nos membros superiores, disfunção proprioceptiva e diminuição da sensibilidade álgica no hemicorpo direito. A ressonância magnética mostra hipertrofia sinovial e aumento do espaço C1-C2, panus inflamatório periodontóideu com compressão bulbo medular grave e luxação axial C1-2, indicativos de instabilidade C0-C1-C2.

No planeamento pré-operatório foi analisada a volumetria dos côndilos occipitais, trajecto do buraco condiliano anterior, configuração da fossa posterior e relação do ponto de entrada com a veia condiliana posterior e artérias vertebrais, concluindo-se que a técnica era de passível execução. Foi submetido a fixação posterior C0 (côndilos occipitais), C1 (massas laterais) e C2 (pedículos), osteotomia do arco posterior de C1 e laminectomia C3-7 para descompressão subaxial complementar. Constatou-se adequada descompressão bulbo-medular e correcção da luxação axial C1-2. Após seguimento de 10 meses, verificou-se melhoria clínica significativa (Nurick grau 1, Ranawat II), sem falência aparente da fixação.

CONCLUSÃO

A fixação occipito-cervical com a técnica de implante de parafusos nos côndilos occipitais pode ser usada com segurança e eficácia. A sua inclusão no arsenal técnico do cirurgião de coluna permite acrescentar versatilidade, especialmente nos casos em que é necessário proceder a descompressão da fossa posterior ou em que variações da anatomia da fossa posterior dificultem a realização de uma construção com placa occipital, permitindo ainda limitar a dissecção muscular do occipital.

MPO03

Pedro Gonçalo Abreu[1];
Joaquim Pedro Correia[1];
Clara Romero[1];
Artur Lourenço[1];
Lia Pappamikail[1];
Fátima Lopes[1];
Gonçalo Neto D´Almeida[1];
Pedro Teles[1]

Palavras-chave:
laminectomia urgente, anticoagulação, hematoma espinal epidural espontâneo, dor dorso-lombar aguda

1 - Serviço de Neurocirurgia - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

HEMATOMA ESPINAL EPIDURAL ESPONTÂNEO: UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

INTRODUÇÃO

A dor dorso-lombar aguda é extremamente comum e pode requerer tratamento cirúrgico urgente se for associada a défices neurológicos. Dos vários diagnósticos diferenciais possíveis salientamos o hematoma espinal epidural espontâneo (HEEE). Raro e de diagnóstico desafiante, o seu potencial para défices neurológicos permanentes e incapacitantes é bem conhecido. Entre os fatores de risco sugeridos para o HEEE encontra-se a anticoagulação. O tratamento padrão desta patologia é a descompressão cirúrgica, sendo a sua necessidade controversa para alguns autores. Assim, decidimos apresentar um caso clínico de HEEE acompanhado de revisão da literatura atual como forma de difundir e aumentar a evidência científica.

MATERIAL E MÉTODOS

Apresentamos o caso clínico de um doente de 70 anos, internado no seguimento de uma Pneumonia Adquirida na Comunidade. Ao oitavo dia de internamento desenvolve um quadro súbito de dor dorso-lombar intensa, objetivando-se horas depois uma progressiva diminuição da força nos membros inferiores, sem associação a trauma ou intervenção invasiva na coluna. Encontrava-se sob anticoagulação terapêutica por patologia cardiovascular. O diagnóstico de HEEE dorsal foi confirmado por Ressonância Magnética Nuclear, tendo sido submetido a laminectomia urgente para descompressão e evacuação do hematoma. Posteriormente verificou-se uma melhoria objetiva dos défices neurológicos previamente instalados.

Dada a raridade do HEEE e a sua importância clínica, levamos a cabo uma revisão da evidência científica atual, compilando a informação essencial para um correto diagnóstico e tratamento.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

O presente caso clínico e revisão da literatura sublinham o HEEE enquanto diagnóstico diferencial de dor dorso-lombar aguda associada a défices neurológicos. A raridade do HEEE obriga a um alto grau de suspeição diagnóstica, potenciando assim um tratamento atempado e recuperação dos défices neurológicos. O crescente número de doentes sob anticoagulação deve despertar para uma maior suspeição desta patologia.

O conhecimento sobre o HEEE baseia-se maioritariamente em estudos observacionais e a documentação de casos clínicos contribui para um melhor conhecimento sobre o tema.

PO04

Joana Tavares[1];
Sara Casanova[2];
Luís Marques[1];
Carla Reizinho[1];
João Alves[2]; José Cabral[1]

Palavras-chave: Lumbar spinal stenosis, Spinopelvic alignment, Decompression surgery, Surgical outcome

1 - Serviço de Neurocirurgia, Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;
2 - Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

UM CASO RARO DE OSTEOMIELITE A ASPERGILLUS NIDULANS – CASO CLÍNICO

INTRODUÇÃO

A osteomielite a aspergillus é uma manifestação extra-pulmonar incomum e grave da aspergilose invasiva estando, frequentemente, associada a condições predisponentes do hospedeiro como imunossupressão e utilização prolongada de antibióticos. De acordo com uma revisão sistémica levada a cabo por Gentile et al, apenas uma minoria dos casos (0,5%) das espondilodiscites têm etiologia fúngica, sendo que, em revisões levadas a cabo entre 1965-2012 (Gamaletsou et al) e 1947-2013 (Wang et al) foram identificados apenas 3 e 4 casos de espondilodiscite a Aspergillus nidulans, respetivamente.

MATERIAL E MÉTODOS

Dada a raridade, reportamos um caso clínico de osteomielite a Aspergillus nidulans.

RESULTADOS

Descreve-se o caso de um homem de 56 anos, com infecção VIH crónica complicada por linfoma de Burkitt, candidíase esofágica/gástrica e história recente de antibioterapia múltipla por recorrentes intercorrências infeciosas. Foi admitido por lombociatalgia bilateral e paraparésia grau 3 rapidamente progressiva, de início 3-4 dias antes. A TAC da coluna evidenciou massa epidural com expansão paravertebral e osteólise dos corpos de D12 e L1, sugestivo de processo infeccioso. Procedeu-se a tratamento cirúrgico urgente com fixação posterior D10-D11-L2-L3, laminectomia D12-L1 e discectomia em bloco D12-L1, o qual se apresentava macroscopicamente extensamente fibrosado.

O exame anatomo-patológico identificou hifas; e foi isolado em cultura aspergillus nidulans. Procedeu-se a tratamento com voriconazol endovenoso 6mg/Kg de 12/12h dose de carga no primeiro dia e, posteriormente 4mg/Kg de 12/12h. A formulação endovenosa foi substituída pela oral após 1 mês de terapêutica. Atualmente encontra-se com 10 meses de terapêutica antifúngica, com bom resultado clínico, analítico e imagiológico.

CONCLUSÃO

A osteomielite a aspergillus constitui uma infeção grave que, na ausência de tratamento agressivo é potencialmente fatal (mortalidade: 23%). Aspergillus nidulans é frequentemente identificado como espécie contaminante sendo necessário um elevado nível de suspeição para fazer o diagnóstico, devendo ser especialmente considerado em doentes imunocomprometidos. O diagnóstico implica isolamento da estirpe em cultura, não se conhecendo características imagiológicas específicas desta infeção. O tratamento inclui terapêutica antifúngica, sendo de especial relevância o desbridamento cirúrgico e estabilização apropriada da coluna na maioria dos casos, dada a biodisponibilidade reduzida dos antifúngicos no osso e resistência do agente ao tratamento.

PO05

Joana Tavares[1];
Tiago Lorga[2];
Ana Luís[1];
Carlos Casimiro[2];
José Cabral[1]

Palavras-chave:
Ectasia dural, Espondilite Anquilosante, Radiculopatia, Remodelação óssea

1 - Serviço de Neurocirurgia, Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;
2 - Serviço de Neurorradiologia, Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

ECTASIA DURAL COM RADICULOPATIA LOMBAR: UMA MANIFESTAÇÃO RARA DA ESPONDILITE ANQUILOSANTE

INTRODUÇÃO

Ectasia dural (ED) define-se como o alargamento do saco dural, frequentemente observado a nível da região lombossagrada, o qual pode condicionar remodelação/erosão dos elementos vertebrais posteriores e associar-se a herniação das baínhas radiculares. Este quadro está descrito em patologias, como: Síndrome de Marfan, Neurofibromatose tipo 1 e Síndrome de Ehlers-Danlos. Contudo, existem poucos relatos de doentes com espondilite anquilosante (EA) com sintomatologia atribuível à ED. A fisiopatologia não é completamente compreendida, mas parece relacionar-se com alterações crónicas decorrentes da diminuição da elasticidade do saco dural secundária ao processo inflamatório da EA.

As alterações neurológicas na EA são raras (2,1%) e geralmente devidas a subluxação atlanto-axial, deformidade/fractura vertebral ou canal lombar estenótico. As radiculopatias associadas a ED, surgem na EA de longa duração e são bastante incomuns. Postula-se que, neste caso, os sintomas neurológicos se devem à compressão/inflamação do tecido nervoso aderente à dura inflamada.

A RM da ED geralmente, demonstra a expansão característica do canal lombar com remodelação óssea das lâminas (scalloping) e das apófises espinhosas, sendo fundamental para no diagnóstico ao permitir excluir outras patologias intradurais.

MATERIAL E MÉTODOS

Dada a raridade, reportamos um caso clínico de um doente com EA e sintomatologia atribuível à ED.

RESULTADOS

Reporta-se o caso de um homem de 78 anos, com diagnóstico de EA desde os 16 anos, referenciado à consulta de Neurocirurgia por parestesias no membro inferior esquerdo com 2 anos de evolução. Ao exame neurológico observou-se compromisso da sensibilidade termo-álgica no território de L5 e hipostesia distal ipsilateral. A TAC evidenciou calcificação ligamentar, fusão das facetas articulares, anquilose com sindesmófitos difusos e vértebras quadradas - “coluna em bamboo”; expansão do canal espinhal com remodelação/erosão dos elementos vertebrais posteriores desde L1 a L5. A RM mostrou a presença de ED de L1 a L5 com múltiplos divertículos dorsais, condicionando moldagem e erosão óssea até aos buracos de conjugação, expansão do canal e desvio das raízes da cauda equina para dentro da região da ED. Dado que o doente estava paucissintomático, optou-se por tratamento conservador e vigilância clínica.

CONCLUSÃO

Embora raras, as complicações neurológicas tais como radiculopatia, ou mesmo síndrome da cauda equina, podem ocorrer em doentes com EA de longa data associada a fusão da coluna e ED. Ainda que o adequado tratamento seja controverso e dependente das características e gravidade do quadro clínico, é fundamental estar familiarizado com os aspetos imagiológicos típicos da ED por forma a estabelecer o diagnóstico correto.

PO06

Mario Vale Campos[1];
Sara Sequeira[1];
Luis Marques[1];
Carla Reizinho[1]; Jose Cabral[1]

Palavras-chave: enxerto laminoespinhoso de c2, artrite reumatoide, deformidade atlanto-axial, charneira crânio-cervical

1 - Hospital Egas Moniz

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEFORMIDADE COMPLEXA C1-C2 ASSOCIADA A ARTRITE REUMATÓIDE COM RECURSO A ENXERTO ÓSSEO AUTÓLOGO TRICORTICAL DE APÓFISE ESPINHOSA DE C2 INTERARTICULAR – NOTA TÉCNICA.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatóide(AR) afecta a coluna vertebral, mais frequentemente a charneira crânio-cervical. Pode traduzir-se por subluxação atlantoaxial e invaginação basilar e/ou combinação de ambas, levando a deformidades da charneira occipito-cervicais complexas, que podem conduzir a compressão do eixo neural, com consequentes défices neurológicos, dor e incapacidade funcional. O tratamento é desafiante dada a anatomia regional complexa acrescida da singularidade da deformidade. Como tal, é necessário planeamento extensivo e tratamento cirúrgico individualizado, com recurso a soluções criativas.

MATERIAL E MÉTODOS

Pretende-se descrever uma técnica inédita de utilização de enxerto autólogo intra-articular C1-2 no tratamento cirúrgico de um doente com AR e deformidade da charneira crânio-cervical nos planos sagital, axial e coronal. O planeamento cirúrgico incluiu análise imagiológica (TAC, Angio-TAC e Ressonância) 2D e 3D. Usou-se modelo 3D impresso da anatomia C0-C1-C2-C3-C4 (peças individualizadas) da doente de forma a ensaiar manobras de rotação e distração para correcção da deformidade nos 3 planos e determinar características volumétricas do enxerto.

RESULTADOS

Mulher de 73 anos, com AR de longa evolução, com cervicalgia-nucalgia e mielopatia de agravamento rapidamente progressivo (Ranawat IIIb). Imagiologicamente destaca-se deformidade C1-C2 com erosão das massas laterais de C1 e C2, assimétrica, mais grave à esquerda, com consequente luxação rotatória atlanto-axial e invaginação basilar, condicionando grave estenose do canal cervical com compressão mielobulbar e inclinação lateral esquerda da cabeça. Apresentava também subluxações escalonadas subaxiais, com compressão medular, mais marcada em C5-6. Foi submetida a artrodese posterior occipito-cervico-dorsal sob monitorização neurofisiológica, com placa occipital, parafusos às massas laterais de C1, pedicular direito de C2, massas laterais de C3 a C6 (Magerl) e transpediculares de D1 e D2 e laminectomia C1-C7. A correcção da deformidade foi conseguida com sacrifício das raizes de C2 e manobras de distração e rotação, com interposição de enxerto C1-C2. À direita foi colocado espaçador intersomático cervical em peek 6x12mm. O defeito interarticular C1-2 à esquerda era trapezoidal, com altura mediana de 13mm. Foi colhido enxerto autólogo tricortical laminoespinho de C2, adaptação ao defeito e interposição C1-2 esquerda. Clinicamente verificou-se melhoria da cervicalgia e tetraparésia após um follow-up de 6 meses. Imagiologicamente verificou-se correcção de invaginação basilar (Mc Gregor:10 para 3), deformidade coronal (Cobb coronal C1-2: 14,9º para 6,5º) e rotacão (C1-C2 MIA: 11,1º para 1,1º).

CONCLUSÃO

O tratamento da deformidade atlanto-axial em doentes com AR é desafiante e o uso de enxerto ósseo intra-articular laminoespinhoso tricortical de C2 teve um papel eficaz na distração e redução da deformidade.

PO07

Joana Tavares[1];
Tiago Lorga[2]; Ana Luís[1];
Carla Reizinho[1];
Carlos Casimiro[2];
José Cabral[1]

Palavras-chave: atlas, defeitos congénitos, arco posterior, fratura de Hangman

1 - Serviço de Neurocirurgia, Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;
2 - Serviço de Neurorradiologia, Hospital Egas Moniz – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

APLASIA CONGÉNITA DO ARCO POSTERIOR DE C1 E FRATURA DE HANGMAN – CASO CLÍNICO

INTRODUÇÃO

Defeitos congénitos do arco de C1 ocorrem em cerca de 0,95 a 5,6% da população e são classificados, de acordo com Currarino et al, em cinco tipos distintos: tipo A – ausência de fusão dos dois hemi-arcos na linha média posterior; tipo B – defeito parcial ou completo de um hemi-arco; tipo C – defeito de ambos os hemi-arcos laterais com conservação da parte mais dorsal do arco posterior; tipo D – ausência completa do arco posterior com preservação do tubérculo posterior; tipo E – ausência completa do arco posterior e do tubérculo posterior. Estes defeitos frequentemente não são descritos (aproximadamente em 45% dos casos) por subdiagnóstico e/ou ausência de relevância clínica.

MATERIAL E MÉTODOS

Os autores descrevem um caso clínico de doente com fractura de C2 e esta malformação, enfatizando a repercussão no diagnóstico e orientação terapêutica.

RESULTADOS

Reporta-se o caso de um homem de 81 anos, vítima de queda da própria altura. Apresentou-se com cervicalgia mecânica e o exame neurológico era normal. A TAC-CC evidenciou ausência do arco posterior do atlas do tipo E e fratura do tipo espondilolistese traumática de C2, tipo 1 Levine-Edwards. Foi proposto tratamento com ortótese cervical rígida (Philadelphia).

CONCLUSÃO

Embora os defeitos congénitos do atlas sejam na sua maioria assintomáticos, podem constituir causas potenciais de morbilidade neurológica significativa, quando enquadrados num contexto malformativo mais abrangente. Ademais, perante uma história de trauma cervical, é importante fazer a distinção entre defeitos congénitos e fraturas, uma vez que, o diagnóstico incorreto, ou o não reconhecimento diagnóstico, podem condicionar ausência de tratamento ou tratamento inapropriado, podendo em última instância levar a incapacidade severa/morte.

PO08

João Lixa[1];
André Rodrigues Pinho[1];
Miguel Relvas[1];
Vitorino Veludo[1]

Palavras-chave: fratura sagrada, politrauma, fixação lombopélvica, fixação sacroilíaca

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Universitário de São João; 2 - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto

FRATURA DO SACRO NO DOENTE POLITRAUMATIZADO - UM CASO CLÍNICO

INTRODUÇÃO

As fraturas do sacro em doentes jovens devem se geralmente a traumas de alta energia como acidentes de viação ou quedas em altura, com uma incidência à volta de 2,1 casos por 100.000 pessoas. Associam-se em 80 a 90 % dos casos a fraturas do anel pélvico e representam um desafio no seu tratamento.

CASO CLÍNICO

Homem de 30 anos, autónomo, com antecedentes de Doença de Crohn medicado com azatioprina. Sofreu politrauma, por acidente de viação com projeção de carrinha de caixa aberta. Apresentou uma fratura da asa direita sagrada - Denis 2 associada a uma fratura por cisalhamento vertical da bacia Tile C, com luxação da sínfise púbica. Ainda, uma fratura exposta GA 2a do 1/3 distal ossos perna direita e uma fartura exposta GA 1dos ossos perna esquerda.

Foi submetido a osteotaxia com fixadores externos da bacia e dos ossos da perna bilateralmente. Esteve internado em UCI durante 8 dias. De seguida, foi transferido para hospital de referência para tratamento da fratura do anel pélvico.

Foi submetido a redução aberta de fractura do sacro após identificação e descompressão da raiz de S2 e realizada fixação lombopélvica com parafusos pediculares bilaterais em L5 e ilíacos, com cross-link, e fixação da sacro-ilíaca direita com parafusos em S1 e S2. Num segundo tempo cirúrgico, com uma abordagem suprapúbica, foi realizada a osteossíntese da sínfise púbica com placa bloqueada curva.

Teve como intercorrência uma infeção da ferida cirúrgica por Klebsiella Pneumoniae multi-resistente, sendo submetido a dois desbridamentos cirúrgicos com retenção do material.

Iniciou precocemente um programa de reabilitação. De momento, encontra-se a realizar reabilitação com treino marcha e reforço muscular e apresenta apenas hipostesia do hálux direito e défice de dorsiflexão da tibiotársica.

DISCUSSÃO

Para fraturas do sacro com instabilidade a osteossíntese está recomendada e divide-se fundamentalmente em técnicas de fixação posterior da pelve e técnicas de fixação lombopélvica. Associadamente, nos casos de lesões do anel pélvico, poderá ser realizada também fixação da pelve anterior.

As técnicas de fixação lombopélvica permitem a correção da instabilidade das fraturas, utilizando parafusos transpediculares em L4 e L5 e fixando aos ilíacos.

Estas lesões apresentam uma elevada taxa de complicações, com mau posicionamento dos implantes, lesões neurológicas e vasculares iatrogénicas e infeções pós operatórias a serem as mais comuns.

O outcome clínico é em regra desanimador, com a dor residual crónica a ser uma das principais queixas.

PO09

António Themudo Barata1; Lidia Dias1; Carla Reizinho1

Palavras-chave: pandemia, COVID19, actividade, restrição

ANÁLISE DO IMPACTO DA COVID19 NA ACTIVIDADE CIRÚRGICA DE COLUNA VERTEBRAL NUM SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA DE UM HOSPITAL CENTRAL DE LISBOA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

INTRODUÇÃO

A pandemia COVID19 surgiu como uma ameaça de saúde pública que implicou a re-estruturação do SNS com vista a salvaguardar recursos necessários para o tratamento de doentes COVID19 e minimizar a transmissão da doença. A actividade cirúrgica electiva foi restrita também na cirurgia da coluna vertebral, com implicações previsíveis para a saúde dos doentes.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo descritivo com análise da actividade cirúrgica de patologia da coluna dum Serviço de Neurocirurgia de centro hospitalar da ARS Lisboa e Vale do Tejo, em períodos homólogos (87 dias) período pré-pandemia, durante a fase de restrição da actividade assistencial não urgente e durante o período de retoma da atividade. A análise estatística foi feita com recurso a IBM SPSS 2.5.

RESULTADOS

Não houve diferença estatisticamente significativa na distribuição demográfica da população tratada entre os vários períodos.Verificou-se uma redução da actividade total no período de restrição (50%) e um aumento estatisticamente significativo das cirurgias em contexto urgente (92%, p:0,047) que se manteve no período de retoma. Houve uma redução marcada na cirurgia de patologia degenerativa (40,7%), sem diferença significativa na distribuição patológica (degenerativa, infeciosa, oncológica, traumática) (p:0,234) verificando-se uma redução ligeira da patologia traumática.

CONCLUSÃO

A pandemia tem tido um impacto significativo no tratamento cirúrgico de doentes com patologia da coluna. A reestruturação dos serviços de saúde implicou dificuldades logísticas que complicaram o tratamento dos doentes, que não foi possível ainda retomar face ao período pré-pandemia, como se verifica pela proporção de doentes tratados em sala de urgência, face aos cortes nos tempos cirúrgicos electivos. Contudo, foi possível manter a actividade cirúrgica nos casos mais graves. Existe vantagem de uma análise global do impacto da restrição de actividade de forma multicêntrica, bom como do impacto clínico que o atraso no tratamento terá, para cada área patológica.

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

PO10

Joao Oliveira[1];
Mario Campos[1];
Pedro Ribeiro Da Cunha[1];
Jose Cabral[1]

Palavras-chave: Metastase espinhal,, Timoma,, Metastase timoma D1, Metastase Epidural

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

CASO RARO DE METASTASE EPIDURAL DE TIMOMA

Timoma é um tumor raro de crescimento lento, do mediastino anterior. Invasão local e disseminação intratorácica é relativamente comum. Apesar do alto grau disseminação e agressividade do Timoma, metástases espinhais são excepcionalmente raras, com menos de 50 casos descritos na literatura.

Trata-se de um homem de 48 anos, com antecedentes pessoais de Timoma operado em 2013, com quadro inicial de discreta parésia distal de ambos os membros superiores, sobretudo das mãos.Posteriormente referiu dor axial intensa na transição cervicodorsal com irradiação ao membro superior direito. Fez TC e RMN-cervical que revelaram infiltração de todo corpo D1, predominante áreas líticas, com componente epidural anterior e posterior com extensão de C7 a D2 com contacto dural, mas sem deformação, sem hipersinal medular.

Realizou Biopsia guiada por TC que confirmou metástase de timoma em D1. O Doente foi submetido a radioterapia noutra instituição, com alivio da dor. Referenciado depois à Neurocirurgia por agravamento neurológico, objectivou-se dor intensa à palpação axial na transição cervicodorsal, paresia de ambas as mãos grau 3 e hipostesia C6-C8 direita. O doente foi submetido a cirurgia por via posterior com descompressão circunferencial C7-D2 e fixação cervico-dorsal

A Anatomia patológica confirmou o diagnóstico de metástase de Timoma. No pós-operatório verificou-se melhoria neurológica progressiva e alivio da dor. Foi referenciado para radiocirurgia.

Concluindo, as metástases vertebrais de timoma são raras, mas devem ser consideradas em doentes com história de timoma, clinica de dor axial e radiculopatia. A cirurgia é uma opção em tumores radioresistentes com extensão epidural.

PO11

Joao Oliveira[1];
Lidia Dias[1];
Joao Paulo Andrade[1];
Jose Nuno Marques[1];
Jose Nuno Cabral[1]

Palavras-chave: metastase vertebral, carcinoma da prostata, metastase espinhal, compressao medular

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE METÁSTASE VERTEBRAL DE CARCINOMA DE PRÓSTATA

Carcinoma da próstata é uma das principais causas de metástases ósseas, frequentemente na coluna vertebral. Metástase espinhas torácicas são mais frequentes, seguidas pela coluna vertebral lombar, cervical e raramente sagrada (embora com um aumento de incidência nos últimos anos devido a disseminação loco-regional tumoral).

Dor axial ao nível da lesão é o sintoma mais comum (75-100%), seguido por dor irradiada por compressão nervosa, ou hipostesia ou paresia, no momento do diagnóstico. Menos frequente e de diagnostico tardio, disfunção autonómica pode ocorrer.

Trata-se de um homem, com 79 anos, com diagnostico inicial de carcinoma de próstata há 16 anos, submetido a prostatectomia radical e radioterapia, com recidiva 14 anos depois com disseminação visceral, linfática e óssea, sob Hormonoterapia. Com queixas recentes de obstipação e dor abdominal difusa nos quadrantes superiores, inicialmente assumida de causa visceral, por disseminação loco-regional tumoral conhecida. Recorre de novo ao serviço de urgência por apresentação tardia com dor axial dorsal irradiada em cinturão para a região epigástrica, com cerca de 15 dias de evolução. Ao exame objetivo com dor axial dorsal território D7-8, sem défices neurológicos. Realizou TAC dorso-lombar que revelou formação expansiva intracanalar epidural posterior em D7-8. Realizou RMN dorsal que confirmou lesão epidural posterior D7-8 com compressão medular.

Submetido descompressão cirúrgica, com laminectomia total de D7-8 e parcial de D9, bem como exérese lesional da massa intracanalar extramedular e vertebroplastia de D8.

A Anatomia Patológica confirmou metástase de carcinoma da próstata. Pós-operatório sem intercorrências de relevo, sem resolução dos sintomas abdominais. Manteve seguimento por equipa multidisciplinar, mantendo-se em GCS 15, sem défices neurológicos e com ligeira dor axial dorsal no follow up a 6 meses.

Concluindo, com este caso pretendemos salientar a constante dificuldade, em estabelecer a conexão entre a apresentação atípica de sintomas abdominais num doente com metástase conhecida de metástase espinhal de carcinoma da próstata, sem apresentação clínica de dor axial, perda de sensibilidade ou força muscular ou disfunção autonómicas.

SECRETARIADO
SECRETARIAT

Norahs EVENTS

Tel: +351 220 164 206
Tlm: +351 933 205 202
eventos@norahsevents.pt

ORGÃOS SOCIAIS 2019/2020

DIREÇÃO
Presidente: Miguel Casimiro
Vice-Presidentes: Jorge Alves e Carla Reizinho
Tesoureiro: Bruno Santiago
Secretário-Geral: Nuno Neves
Suplente: Pedro Varanda

ASSEMBLEIA GERAL
Presidente: Manuel Tavares de Matos
1º Secretário: Ana Isabel Luís
2º Secretário: Artur Teixeira

CONSELHO FISCAL
Presidente: Luís Caiano Cardoso
1º Secretário: João Pedro Maia Gonçalves
2º Secretário: Pedro Santos Silva

SECRETARIADO EXECUTIVO
D. Cristiana Mota
Tel: +351 962 539 452
sppcv_secretariado@yahoo.com