



SPPCV
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PATOLOGIA
DA COLUNA
VERTEBRAL

XI 27 a 29
Outubro
2022

CONGRESSO DA SPPCV

TIVOLI ORIENTE LISBOA

26 de Outubro de 2022
Curso prático SPPCV/CSRS-E
Nova Medical School



Estimados colegas e amigos,

Sejam muito bem-vindos a Lisboa, ao **XI Congresso da Sociedade Portuguesa de Patologia da Coluna Vertebral**, o primeiro em formato presencial pós-pandemia.

É uma excelente oportunidade de nos revermos pessoalmente, no principal evento da nossa jovem e dinâmica sociedade, fortalecer laços de relação profissional e amizade, criar outros novos e partilhar experiências e dificuldades no tratamento dos doentes com patologia da coluna vertebral, que diariamente nos desafiam.

Este ano mantivemos o espírito de colaboração institucional com importantes sociedades científicas internacionais, nomeadamente com a **SILACO**, num simpósio dedicado à resolução dos problemas complexos que a **Cirurgia de Revisão da Coluna** nos levanta. Também estabelecemos uma parceria com **CSRS-Europe**, naquela que é uma das novidades deste ano: a organização dum curso prático em cadáver, dedicado a técnicas cirúrgicas mais **complexas da Coluna Cervical**, área em que as oportunidades de treino são mais escassas, e cumprindo o propósito da SPPCV na formação de grande qualidade para novas gerações de cirurgiões.

Uma vez mais a **AO Spine**, principal fórum mundial dedicado à formação em coluna, terá uma sessão científica, desta vez dedicada a **situações mais complexas de Fraturas Osteoporóticas**, cada vez mais frequentes no contexto do envelhecimento populacional.

Estes e outros temas a serem discutidos ao longo dos trabalhos, de que são exemplo a

Estenose Vertebral, da coluna cervical e lombar, têm a sua inspiração nas situações mais comuns com que nos deparamos clinicamente e que, pela sua prevalência, obrigam a uma resposta médica e cirúrgica alinhada com o atual estado da arte.

A **inovação e as novas tecnologias** que temos à disposição para melhorar a eficácia do tratamento dos nossos doentes não foram esquecidas, complementando, sem repetir, assuntos que já foram debatidos em congressos anteriores.

Teremos oportunidade de discutir alguns temas que me são muito queridos e que considero absolutamente vitais no nosso exercício profissional. A **Ética** é essencial, tendo em conta o benefício (ou não) de tratamentos, por vezes com escassa evidencia científica, e os potenciais conflitos interesses implicados em cada uma das nossas decisões. O **Direito biomédico** e o **consentimento informado** são áreas cujos conceitos devem estar bem sólidos no léxico de qualquer médico em exercício. Por fim, a relevância das competências não técnicas será discutida, tal é a sua importância na qualidade do nosso trabalho e nas relações com todos os profissionais que conosco colaboram.

À semelhança de edições anteriores foi possível organizar dois simpósios paralelos, um dedicado aos profissionais de **Enfermagem** e outro aos médicos de **Medicina Geral e Familiar** (MGF). Muito obrigado a todos os colegas e enfermeiros que contribuirão para a formação destes importantes intervenientes na prestação de cuidados de qualidade em coluna vertebral.

A campanha **Olhe pelas Suas Costas** simpaticamente ajudará a promover o Simpósio de MGF, através da sua gravação, que ficará disponível na Tonic APP, devido à dificuldade de muitos colegas em estarem presentes.

Tentámos ainda não descurar a componente social da reunião, naquela que é outra novidade desta edição, através do **jantar oficial do Congresso**, momento ideal para estabelecer contactos, fazer pontes e robustecer amizades.

Muito obrigado ao **Presidente da SPPCV**, representando os órgãos sociais, **Prof. Dr. Nuno Neves**, pela decisão de me atribuir a organização deste congresso e pela confiança que me foi demonstrando no decorrer do último ano.

Agradeço a todos os elementos da **Comissão Organizadora** e da **Comissão Científica**, à nossa incansável **secretária da SPPCV - Cristiana Mota** — e às empresas Norahsevents e Miligram, que comigo trabalharam para levar a bom porto este Congresso. Estendo a gratidão todos os **colegas, nacionais e estrangeiros**, que altruisticamente darão o seu contributo como **preletores e moderadores**, nos vários momentos deste evento. Estou muito orgulhoso de contar com amigos, colegas que admiro e outros que muito me têm inspirado ao longo dos anos como cirurgiões de coluna.

Um agradecimento ainda a todos os **autores** que contribuíram com trabalhos científicos, cujo número de submissões foi um recorde este ano, demonstrando a necessidade, importância e dinâmica da nossa Sociedade.

Não posso deixar de destacar todas as **Empresas** que nos deram um relevante apoio financeiro e logístico, sem o qual a ambição deste congresso não teria sido possível. Espero que seja correspondido por todos nós, através da **interação com a indústria na área de exposição**, que a todos motivo.

Por último, permitam-me uma nota pessoal dedicada aos meus mestres: **Álvaro Lima**, Presidente da Comissão Científica do XI Congresso da SPPCV, que contribuirá em vários momentos deste evento e **Manuel Cunha e Sá**, que nos fará uma palestra sobre o tratamento microcirúrgico dos tumores intradurais da coluna vertebral. Sem o seu exemplo de excelência técnica, paixão pelo raciocínio clínico, sentido ético e adesão à inovação, não me teria sido possível almejar uma carreira clínica, de dedicação à formação e de contributo às Sociedades Científicas, que tanto prazer e orgulho me tem proporcionado.

**Espero sinceramente
que se divirtam!
Este Congresso é
para todos vós!**

Dear colleagues and friends,

Welcome to the **XI Congress of the Portuguese Society of Vertebral Spine Pathology** (Portuguese Spine Society) in **Lisbon**, the first in a post-pandemic face-to-face format.

This is an excellent opportunity to us all to meet in-person, for networking and friendship, but also to share our personal experiences and difficulties in the treatment of patients with spinal disorders, that challenge us in an everyday basis, in what is the main event of our young and dynamic society.

This year we maintained the spirit of institutional collaboration with important international Scientific Societies, namely with **SILACO**, in a symposium dedicated to solving the demanding problems that **Revision Spine Surgery** raises. We also established a partnership with **CSRS-Europe**, in what is one of the novelties of this year, with the organization of a practical specimen pre-congress course, dedicated to the more **Complex Surgical Techniques of the Cervical Spine**, an area with scarce training opportunities, fulfilling the SPPCV's purpose of providing high-quality training for new generations of surgeons.

Once again, **AO Spine**, the world's leading forum dedicated to spine training, will have a dedicated scientific session, this time discussing **difficult situations of Osteoporotic Fractures**, increasingly frequent in the context of the aging population.

These topics and others that will be discussed throughout the meeting, such as **Spinal Stenosis**, are inspired by common situations we face in our daily practice, which, due to their prevalence, require a state-of-the-art medical and surgical management.

Innovation and new technologies currently available to improve the effectiveness of our patients' treatment have not been forgotten, complementing, without repeating, subjects already discussed in previous editions.

We will also have the opportunity to discuss some subjects quite dear to me, that I consider vital in our professional practice. **Ethics**, that is essential considering not only the benefit (or not) of some treatments with a week scientific evidence, but also the potential conflicts of interest involved in each of our decisions. **Biomedical Law** and **informed consent** are areas whose concepts must be very solid in the lexicon of any practicing physician. Finally, the relevance of **Non-technical Skills** will be presented, due to their importance for our work quality and inter-personal relationships, with all the professionals who work with us.

As in previous editions, we were able to organize two parallel symposia, one dedicated to **Nursing staff** and the other to **General Practitioners (GP) doctors**. A thank you note to all the colleagues and nurses, who will contribute to this educational initiative to improve the quality of spine care. The public awareness campaign "Olhe Pelas Suas Costas" will kindly

help us to promote the GP Symposium, through its recording and later diffusion through the Tonic APP, given the difficulty of many colleagues to be present.

We also tried not to neglect the social agenda of the meeting, in what is another novelty of this year's event, through the official **Dinner of the Congress**, an ideal moment to establish contacts, network and build bridges in a more relaxed environment.

I would like to express my deepest gratitude to the **President of SPPCV**, representing its executive board, **Prof Dr. Nuno Neves**, for the kind decision to entrust me with this organization and for the confidence he has shown me over the last year.

I thank all the members of the **Organizing Committee** and the **Scientific Committee**, our tireless **SPPCV secretary - Cristiana Mota** - and the outsourcing companies Norahsevents and Miligram, who worked with me to bring this Congress to a successful conclusion. I extend my gratitude to all **Colleagues, national and international**, who will altruistically give their contribution as **Speakers and Moderators**, in the various moments of this event. I am very proud to have with us some friends, colleagues I admire and others who have inspired over the years as a spine surgeon.

I also dedicate a huge thank you to all the **Authors** who contributed with scientific abstracts, whose number of submissions was a record this year, proving the need, importance and current dynamics of our Society.

I must also highlight the contribute of all the **Sponsors**, that gave us an outstandingly relevant financial and logistical support. Without it, it would have been impossible to aim for the ambition of this national meeting. I sincerely hope we show our due retribution, through the **interaction with the industry supporters in the exhibition area**, to which I motivate you all.

Finally, allow me a very personal note dedicated to my surgical masters: **Álvaro Lima**, President of the Scientific Committee of the XI Congress of the SPPCV, who will contribute to several moments of this event and **Manuel Cunha e Sá**, who will give us a lecture on the microsurgical treatment of intradural spinal tumors. Without their example of technical excellence, passion for clinical reasoning, ethical sense and adherence to innovation, I could not had aspired for such a clinical career, dedication to surgical training and contribution to Scientific Societies, which has given me such a pleasure and pride.

**I sincerely hope
you all have fun!
This Congress
is for you!**

FACULTY

Álvaro Lima	Lisboa	Portugal
Ana Luís	Lisboa	Portugal
Ana Sofia Gonçalves	Almada	Portugal
André Barros	Lisboa	Portugal
Andr Yee	Almada	Portugal
António Seco	Lisboa	Portugal
Armando Lopes	Coimbra	Portugal
Artur Teixeira	Santa Maria da Feira	Portugal
Avelino Ramos	Lisboa	Portugal
Bruno Direito Santos	Braga	Portugal
Bruno Santiago	Lisboa	Portugal
Carla Barbosa	Coimbra	Portugal
Carla Reizinho	Lisboa	Portugal
Carmen L.A. Vleggeert-Lankamp	Leiden	The Netherlands
Claudius Thomé	Innsbruck	Austria
Daniela Linhares	Porto	Portugal
Diana Lopes	Lisboa	Portugal
Eduardo Mendes	Viseu	Portugal
Filipa Cabrita	Almada	Portugal
Frank Kandziora	Frankfurt	Germany
Gonçalo Freitas	Almada	Portugal
Inês Luciano	Lisboa	Portugal
Jaime Moyano	Quito	Ecuador
James Haroop	Philadelphia, Pennsylvania	United States of America
João Nuno Rossa	Sintra	Portugal
João Paulo Oliveira	Lisboa	Portugal
João Pedro	Lisboa	Portugal
João Ricardo Moreira	Lisboa	Portugal
Joaquim Brito	Lisboa	Portugal
Jorge Alves	Porto	Portugal
Jorge Mineiro	Setúbal	Portugal
Jose Antonio Soriano	City of Mexico	Mexico
José Miguel Sousa	Lisboa	Portugal
Lino Fonseca	Lisboa	Portugal
Lorin Benneker	Bern	Switzerland
Luis Anastácio	Lisboa	Portugal
Luis Barroso	Lisboa	Portugal

Luís Marques	Lisboa	Portugal
Luis Soares	Ponta Delgada	Portugal
Luis Teixeira	Coimbra	Portugal
Maia Gonçalves	Vila Nova de Gaia	Portugal
Manuel Cunha e Sá	Lisboa	Portugal
Maria João Sá	Porto	Portugal
Miguel Casimiro	Lisboa	Portugal
Miguel Loureiro	Porto	Portugal
Nelson Carvalho	Lisboa	Portugal
Neuza Ferreira	Lisboa	Portugal
Nicolas Plais	Granada	Spain
Nuno Cristiano	Setúbal	Portugal
Nuno Lança	Lisboa	Portugal
Nuno Neves	Lisboa	Portugal
Oscar L. Alves	Vila Nova de Gaia	Portugal
Paulo Castro	Lisboa	Portugal
Paulo Pereira	Porto	Portugal
Paulo Sancho	Lisboa	Portugal
Pedro Cacho Rodrigues	Porto	Portugal
Pedro Fernandes	Lisboa	Portugal
Pedro Pais	Lisboa	Portugal
Pedro Santos Silva	Porto	Portugal
Peter Forsth	Stockholm	Sweden
Philippe Bancel	Paris	France
Ralhp Mobbs	Sidney	Australia
Ratko Yurac	Santiago	Chile
Ricardo Pimentel	Lisboa	Portugal
Ricardo Rodrigues-Pinto	Porto	Portugal
Rodrigo Amaral	São Paulo	Brazil
Rui Duarte	Braga	Portugal
Susana Francisco	Almada	Portugal
Tavares de Matos	Lisboa	Portugal
Tiago Baptista	Lisboa	Portugal
Timothy Witham	Baltimore, Maryland	United States of America
Uwe Spetzger	Karlsruhe	Germany
Vicent Hagel	Lindau	Germany
Vitor Castro	Lisboa	Portugal

COMISSÃO ORGANIZADORA

Bruno Santiago (Presidente)
Ana Luís
José Miguel Sousa
Manuel Tavares de Matos
Nuno Lança
Pedro Pais
Vitor Castro

COMISSÃO CIENTÍFICA

Álvaro Lima (Presidente)
Carla Reizinho
João Maia Gonçalves
Jorge Alves
Óscar L. Alves
Pedro Varanda

SECRETARIADO SECRETARIAT

Norahs
EVENTS

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

LOCAL DO CONGRESSO VENUE

Tivoli Oriente Lisboa
Av. Dom João II, 27
1900-083 Lisboa
Telf. +351 218 915 100

PLATINUM SPONSORS / PATROCINADORES PLATINA



GOLD SPONSORS / PATROCINADORES OURO



SILVER SPONSORS / PATROCINADORES PRATA



BRONZE SPONSORS / PATROCINADORES BRONZE



COLLABORATION / COLABORAÇÃO





XI 27 a 29
Outubro
2022 **CONGRESSO
DA SPPCV**
TIVOLI ORIENTE LISBOA

- **PRÉ CONGRESSO**
PRE MEETING
- **CONGRESSO**
CONGRESS
- **SIMPÓSIOS: MEDICINA GERAL
E FAMILIAR | ENFERMAGEM**
- **COMUNICAÇÕES ORAIS**
ORAL COMMUNICATIONS
- **E-POSTERS**

26 QUARTA-FEIRA
DE OUTUBRO DE 2022

PRE MEETING
PRÉ CONGRESSO

SPPCV/ CSRS-E Advanced Cervical Spine Techniques Curso de técnicas cervicais avanzadas SPPCV/ CSRS-E

Chairpersons: Nuno Neves / Óscar L. Alves

Faculty: Álvaro Lima, Carmen Vleggeert-Lankamp
Luís Marques, Nuno Neves, Óscar L. Alves, Philippe Bancel

SESSION I | SESSÃO I

- 08h00** **Course Introduction**
Introdução
Oscar L. Alves
- 08h10** **Key Anatomy Concepts for Complex
Cervical Spine Surgery**
*Conceitos Anatômicos para Cirurgia
Complexa da Coluna Cervical*
Luís Marques
- 08h30** **Cervical Corpectomy**
Corpectomia Cervical
Carmen Vleggeert-Lankamp
- 08h45** **Handling the Vertebral Artery**
Como lidar com a Artéria Vertebral
Oscar L. Alves
- 09h00** **High Cervical Approach**
Abordagem Cervical Alta
Philippe Bancel
- 09h15** **Discussion - Discussão**
- 09h30** **Coffee break | Intervalo**
- ### SESSION II | SESSÃO II
- 09h45** **Occipito-Cervical Fusion**
Fusão Occipito-Cervical
Álvaro Lima
- 10h00** **C1-C2 Fixation Options and Technical Steps**
Opções para Fixação C1-C2 e Respetivas Técnicas
Nuno Neves
- 10h20** **Cervical Pedicle Screws**
Parafusos Pediculares Cervicais
Philippe Bancel
- 10h30** **Managing Common Complications**
Manejo das Complicações Mais Frequentes
Luís Marques



SPPCV
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PATOLOGIA
DA COLUNA
VERTEBRAL

XI 27 a 29
Outubro
2022 **CONGRESSO
DA SPPCV**

**CONGRESSO
CONGRESS**

SPPCV/ CSRS-E Advanced Cervical Spine Techniques Curso de técnicas cervicais avançadas SPPCV/ CSRS-E

Chairpersons: Nuno Neves / Óscar L. Alves

- 10h45 | **Discussion - Discussão**
- 11h00 | **Coffee break / Intervalo**
- 11h30 | **SPECIMEN LAB I - SESSÃO PRÁTICA I**
Multilevel Cervical Corpectomy
Corpectomia cervical multinível
Álvaro Lima, Carmen Vleggeert-Lankamp, Luís Marques,
Nuno Neves, Óscar L. Alves, Philippe Bancel
- 13h00 | **Lunch / Almoço**
- 14h00 | **SPECIMEN LAB II - SESSÃO PRÁTICA II**
Occipito-Cervical Fusion
Fusão Occipito-Cervical
Álvaro Lima, Carmen Vleggeert-Lankamp, Luís Marques,
Nuno Neves, Óscar L. Alves, Philippe Bancel
- 15h30 | **SPECIMEN LAB III - SESSÃO PRÁTICA III**
C1-C2 Screws
Parafusos C1-C2
Álvaro Lima, Carmen Vleggeert-Lankamp, Luís Marques,
Nuno Neves, Óscar L. Alves, Philippe Bancel
- 17h00 | **Coffee break / Intervalo**
- 17h30 | **SPECIMEN LAB IV - SESSÃO PRÁTICA IV**
Cervical and High Thoracic Pedicle Screws
Parafusos Pediculares Cervicais e Torácicos Altos
Álvaro Lima, Carmen Vleggeert-Lankamp, Luís Marques,
Nuno Neves, Óscar L. Alves, Philippe Bancel
- 19h00 | **End of Course - Fim do Curso**

27

SALA 1

QUINTA-FEIRA
DE OUTUBRO DE 2022

XI 27 a 29
Outubro
2022 CONGRESSO
DA SPPCV

**SILACO / SPPCV'S SYMPOSIUM - SIMPÓSIO SILACO / SPPCV
REVISION SPINE SURGERY - CIRURGIA DE REVISÃO
DA COLUNA VERTEBRAL**

SESSION I - SESSÃO I

Jorge Alves / José Antônio Soriano

- 08h30 **SILACO - History and Current Activities**
SILACO - História e Atividades Atuais
Jaime Moyano
- 08h40 **The Etiology of "Failed Back Surgery"**
Etiologia do "Síndrome de Cirurgia de Coluna Falhada"
José Antônio Soriano
- 08h55 **Pre-Operative Judgement to Avoid Complications**
Avaliação Pré-Operatória para Evitar Complicações
Ratko Yurac
- 09h10 **How I Manage Recurrent Lumbar Disc Herniations**
A Minha Abordagem à Recidiva de Hérnia Discal Lombar
Paulo Pereira
- 09h25 **Discussion - Discussão**
- 09h35 **Finding Generators for Persistent Pain After Lumbar Fusion**
Causas de Dor Persistente Após Artrodese Lombar
Luís Barroso
- 09h50 **Adjacent Segment Pathology**
Doença do Nível Adjacente
Jaime Moyano
- 10h05 **Implant Related Complications**
Complicações Relacionadas com os Implantes
Pedro Fernandes
- 10h20 **Discussion - Discussão**
- 10h30 **Coffee-Break / Intervalo**
Technical Exhibiton / Visita Exposição
- SESSION II - SESSÃO II**
Paulo Pereira / Jaime Moyano
- 11h00 **Surgery for Failed Anterior Cervical Fusion/Arthroplasty**
Cirurgia de Revisão Após Artrodese/Artroplastia Cervical
Álvaro Lima
- 11h15 **Revision Strategies for Lumbar Pseudarthrosis**
Estratégias de Revisão nas Pseudartroses Lombares
Rodrigo Amaral
- 11h30 **Tips to Avoid Anterior Lumbar Revision Surgery**
Estratégias para Evitar Cirurgia de Revisão Anterior
Tavares de Matos
- 11h45 **Symptomatic PJF and DJF in Deformity Surgery**
Cifose Juncional Proximal e Distal na Cirurgia de Deformidade
Rodrigo Amaral

- 12h00 **Discussion - Discussão**
- 12h15 **Case Discussion and e-voting: Cervical Revision Case**
Discussão de Caso e e-voting: Caso Clínico de Revisão Cervical
Miguel Casimiro
- 12h30 **Case Discussion and e-voting: Lumbar Pseudarthrosis**
Discussão de Caso e e-voting: Pseudartrose Lombar
Jorge Alves
- 12h45 **Case Discussion and e-voting: Proximal Junctional Failure**
Discussão de Caso e e-voting: Cifose Juncional Proximal
Ratko Yurac
- 13h00 **End of Symposium - Fim do Simpósio**
- 13h00 **Lunch / Almoço**
- 14h00 **OPENING SESSION - SESSÃO DE ABERTURA DO CONGRESSO**
President of the Organizing Committee XI SPPCV Congress - Presidente of SPPCV
Presidente da Comissão Organizadora do XI Congresso - Presidente da SPPCV
- PLENARY SESSION - SPINAL STENOSIS I / CERVICAL
SESSÃO PLENÁRIA - ESTENOSE VERTEBRAL I / CERVICAL**
Oscar L. Alves / Ricardo Rodrigues-Pinto
- 14h15 **Cervical Foraminal Stenosis - The Role of Endoscopy**
Estenose Foraminal Cervical - O Papel da Endoscopia
Oscar L. Alves
- 14h30 **AO Spine RECODE & Hot Topics in Degenerative Cervical Myelopathy**
Ao Spine Recode & Tópicos Emergentes em Mielopatia Cervical Degenerativa
Ricardo Rodrigues-Pinto
- 14h50 **Advanced Imaging Methods**
Técnicas Avançadas de Imagem
Tiago Baptista
- 15h10 **Discussion - Discussão**
- 15h25 **The Controversy on the Asymptomatic Patient and Mild Myelopathy**
Controvérsia na Orientação do Doente Assintomático com Mielopatia Ligeira
Carmen Vleggeert-Lankamp
- 15h40 **Tailoring the Surgical Approach to the Patient**
Estratégia Cirúrgica Individualizada
James Harrop
- 16h00 **Discussion - Discussão**
- 16h15 **Case Discussion and e-voting**
Discussão de caso e e-voting
Artur Teixeira
- 16h30 **Coffee-Break / Intervalo**
Technical Exhibiton / Visita Exposição
- 17h00 **ORAL COMMUNICATIONS I - COMUNICAÇÕES ORAIS I (CO1-CO12)**
Lino Fonseca / Luís Soares
- 19h00 **POSTERS DISCUSSION - DISCUSSÃO DE POSTERS (EP1-EP12)**
Daniela Linhares / Gonçalo Freitas
- 19h30 **End of day 1 - Encerramento do dia 1**

28

SALA 1

SEXTA-FEIRA
DE OUTUBRO DE 2022

- 08h00 **ORAL COMMUNICATIONS II - COMUNICAÇÕES ORAIS II (CO13-CO21)**
Bruno Direito Santos / Armando Lopes
- PLENARY SESSION - SPINAL STENOSIS II / THORACIC**
SESSÃO PLENÁRIA - ESTENOSE VERTEBRAL II / TORÁCICA
Nelson Carvalho / Eduardo Mendes
- 09h30 Thoracic Spinal Stenosis and Epidural Lipomatosis
Estenose Torácica e Lipomatose Epidural
Rui Duarte
- 09h45 Thoracic Disc Herniation - State Of The Art
Hérnia Discal Dorsal - Estado da Arte
Rodrigo Amaral
- 10h00 **Discussion - Discussão**
- 10h10 **INDUSTRY SPONSORED SESSION BRAINLAB**
NEW TECHNOLOGIES FOR IMAGING AND NAVIGATION IN SPINE SURGERY
NOVAS TECNOLOGIAS PARA IMAGEM E NAVEGAÇÃO
EM CIRURGIA DA COLUNA
Uwe Spetzger / Moderator/Moderador: Maia Gonçalves
- 10h30 **INDUSTRY SPONSORED SESSION DEPUYSYNTHES**
THE BENEFIT OF NAVIGATION IN POSTERIOR CERVICAL SPINE SURGERY
SESSÃO PATROCINADA PELA INDÚSTRIA DEPUYSYNTHES
BENEFÍCIO DA NAVEGAÇÃO EM CIRURGIA DA COLUNA CERVICAL POSTERIOR
Claudius Thomé / Moderator/Moderador: Carla Reizinho
- 11h00 **Coffee-Break / Intervalo**
Technical Exhibiton / Visita Exposição
- ROUND TABLE - ETHICAL AND LEGAL ISSUES IN SPINE SURGERY**
MESA REDONDA - ÉTICA E DIREITO EM PATOLOGIA DA COLUNA
Jorge Mineiro / Paulo Pereira
- 11h30 Ethical Perspective in Spine Surgery
Perspectiva Ética da Cirurgia da Coluna Vertebral
Jorge Mineiro
- 11h50 Informed Consent
Consentimento Informado
Paulo Sancho
- 12h10 Biomedical Law and Litigation
Direito biomédico e litigância
Carla Barbosa
- 12h30 **Discussion - Discussão**
- 13:00 **Lunch / Almoço**

XI 27 a 29
Outubro
2022 **CONGRESSO**
DA SPPCV

- 14h00 **GUEST CONFERENCE - 5G INNOVATION IN MEDICINE**
CONFERÊNCIA CONVIDADO - INOVAÇÃO 5G EM MEDICINA
João Ricardo Moreira / Moderator | Moderador: Nuno Neves
- HYBRID PLENARY SESSION - NEW PERSPECTIVES IN SPINE SURGERY**
SESSÃO PLENÁRIA HÍBRIDA - NOVAS PERSPECTIVAS
EM CIRURGIA DA COLUNA
Miguel Casimiro / Luis Teixeira
- 14h30 Post-operative Patient Tracking
Monitorização Remota dos Doentes no Pós-operatório
Ralph Mobbs
- 14h50 **Discussion - Discussão**
- 14h55 Pushing the Limits of Spinal Endoscopy
Desafiando os Limites da Endoscopia da Coluna
Vincent Hagel
- 15h15 **Discussion - Discussão**
- 15h20 Augmented Reality in Spine Surgery
Realidade Aumentada em Cirurgia de Coluna
Timothy Witham
- 15h40 **Discussion - Discussão**
- 15h45 **INDUSTRY SPONSORED SESSION MEDTRONIC**
PREDICTIVE ANALYTICS AND PATIENT INDIVIDUALITY
IS THE PARAMOUNT MOVING
ANÁLISE PREDITIVA E INDIVIDUALIDADE DO PACIENTE
É A MUDANÇA PRIMORDIAL
Nicolas Plais / Moderator/Moderador: Artur Teixeira
- 16h15 **Coffee-Break / Intervalo**
Technical Exhibiton / Visita Exposição
- AO SPINE SYMPOSIUM - ADVANCED OSTEOPOROSIS**
SIMPÓSIO AO SPINE - OSTEOPOROSE AVANÇADA
Maia Gonçalves
- 16h45 Introduction
Introdução
Maia Gonçalves
- 16h50 Classification of Osteoporotic Fractures - Impact on Management
Classificação das Fraturas Osteoporóticas - Impacto no Tratamento
Frank Kandziora
- 17h10 **Discussion - Discussão**
- 17h15 Case Discussion and e-voting
Discussão de Caso e e-voting
Carla Reizinho
- 17h35 Case Discussion and e-voting
Discussão de Caso e e-voting
Ratko Yurac
- 17h55 **ORAL COMMUNICATIONS III - COMUNICAÇÕES ORAIS III (CO22-CO27)**
Nuno Cristino / Pedro Cacho Rodrigues
- 19h00 **GENERAL ASSEMBLY SPPCV**
ASSEMBLEIA GERAL SPPCV
- 20h30 **CONGRESS DINNER**
JANTAR DO CONGRESSO

29

SALA 1

SÁBADO DE OUTUBRO DE 2022

XI 27 a 29
Outubro
2022 **CONGRESSO
DA SPPCV**

PLENARY SESSION - SPINAL STENOSIS III / LUMBAR SPINE
SESSÃO PLENÁRIA / ESTENOSE VERTEBRAL III: COLUNA LOMBAR
Jaime Moyano / Luis Barroso

- 09h00 How It Started And How It's Going: Lumbar Stenosis and Sagittal Balance
Canal Lombar Estenótico e Balanço Sagital - Qual a Perspectiva Actual?
Pedro Santos Silva
- 09h15 Old Problem, New Tricks I: MISS Unilateral Approach for Decompression
Novas Soluções para Problemas Antigos: Descompressão por Abordagem Unilateral Minimamente Invasiva
Jose Antonio Soriano
- 09h30 Old Problems, New Tricks II: Endoscopic Surgery for LSS
Novas Soluções para Problemas Antigos: Cirurgia Endoscópica para a Estenose Lombar
Miguel Loureiro
- 09h45 How I Select Patients for Fusion
Como Seleciono os Doentes para Artrodese?
Luis Teixeira
- 10h00 LSS - What The Swedish Spine Registry Tells Us
Canal Lombar Estenótico: O Que Nos Diz o Registo Sueco de Coluna?
Perter Forsth
- 10h15 **Discussion - Discussão**
- 10h30 **CONFERENCE: INTRADURAL SPINAL TUMORS**
CONFERÊNCIA: TUMORES INTRADURAIS DA COLUNA VERTEBRAL
Manuel Cunha e Sá

11h00 **Coffee-Break / Intervalo**
Technical Exhibiton / Visita Exposição

11h30 **BEST ORAL COMMUNICATIONS**
MELHORES COMUNICAÇÕES ORAIS (CO28-CO30)
Jorge Alves / Nuno Neves

12h05 **BEST POSTERS**
MELHORES POSTERES (EP13-EP15)
Jorge Alves / Nuno Neves

12h30 **CONFERENCE: NON-TECHNICAL SKILLS IN SPINE SURGERY**
CONFERÊNCIA: COMPETÊNCIAS NÃO TÉCNICAS NA CIRURGIA DE COLUNA
Lorin Benneker

13h00 **AWARDS AND CONGRESS CLOSING**
ENTREGA DE PRÉMIOS E ENCERRAMENTO
Bruno Santiago





SPPCV
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PATOLOGIA
DA COLUNA
VERTEBRAL

XI 27 a 29
Outubro
2022

**CONGRESSO
DA SPPCV**

TIVOLI ORIENTE LISBOA

SIMPÓSIOS:

**MEDICINA GERAL
E FAMILIAR**

ENFERMAGEM

28

SALA 2

SEXTA-FEIRA
DE OUTUBRO DE 2022XI 27 a 29
Outubro
2022 CONGRESSO
DA SPPCVSIMPÓSIO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR:
DIAGNÓSTICO E ABORDAGEM DA PATOLOGIA
DA COLUNA VERTEBRAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EM PATOLOGIA DA COLUNA

José Miguel Sousa

- 08h30 Importância da História Clínica para o Diagnóstico
João Nuno Rossa
- 08h45 Noções Básicas de Imagiologia da Coluna
Ricardo Pimentel
- 09h05 Patologia do Ombro vs Radiculopatia Cervical
André Barros
- 09h20 Patologia da Anca vs Radiculopatia Lombar
António Seco
- 09h35 Patologias Mais Frequentes no Serviço Urgência
Ana Luís
- 09h55 **Discussão**

TRATAMENTO DA PATOLOGIA DA COLUNA I

Vitor Castro

- 10h10 Atualização na Gestão da Dor
Neuza Ferreira
- 10h30 Reabilitação em Patologia da Coluna
André Yee
- 10h50 **Discussão**

11h00 **Intervalo / Visita à exposição**

TRATAMENTO DA PATOLOGIA DA COLUNA II

Ana Luís

- 11h30 Técnicas Específicas de Fisioterapia
Filipa Cabrita
- 11h50 Importância do Exercício Físico
Maria João Sá
- 12h10 Técnicas Percutâneas
José Miguel Sousa
- 12h30 Tratamento Cirúrgico
Vitor Castro
- 12h50 **Discussão**

13h00 **Lunch / Almoço**14h00 **SALA 1**

CONFERÊNCIA CONVIDADO - INOVAÇÃO 5G EM MEDICINA

João Ricardo Moreira / Moderador: Nuno Neves

28

SALA 2

SEXTA-FEIRA
DE OUTUBRO DE 2022XI 27 a 29
Outubro
2022 CONGRESSO
DA SPPCVSIMPÓSIO DE ENFERMAGEM
EM CIRURGIA DA COLUNA VERTEBRAL13h00 **Lunch / Almoço**14h00 **SALA 1**

CONFERÊNCIA CONVIDADO - INOVAÇÃO 5G EM MEDICINA

João Ricardo Moreira / Moderador: Nuno Neves

SESSÃO I - CONCEITOS ESSENCIAIS

Pedro Pais / Nuno Lança

- 14h30 Anatomia da Coluna Vertebral
Daniela Linhares
- 14h45 Revisão de Indicações Cirúrgicas
João Pedro
- 15h00 Otimização Pré-operatória do Doente
Gonçalo Freitas
- 15h10 **Discussão**

SESSÃO II - ATITUDES INTRA-OPERATÓRIAS

Moderadores: Pedro Pais / Daniela Linhares

- 15h25 Otimização da Sala Operatória
Luis Anastácio
- 15h40 Posicionamento do Doente
Pedro Pais
- 15h50 O Enfermeiro Instrumentista
Avelino Ramos
- 16h05 O Enfermeiro Circulante / Anestesia
Inês Luciano
- 16h20 Eventos Críticos Intraoperatórios
Diana Lopes
- 16h45 **Discussão**

17h00 **Intervalo / Visita à Exposição**

SESSÃO III - TECNOLOGIA E CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Moderadores: Nuno Lança / Gonçalo Freitas

- 17h30 Tratamento do Instrumental Cirúrgico
João Paulo Oliveira
- 17h45 Tecnologia Intra-operatórios
Susana Francisco
- 18h00 Cuidados Pós-operatórios Imediatos
Paulo Castro
- 18h15 Cuidados Pós-operatórios em Enfermaria
Ana Sofia Gonçalves
- 18h30 Reconhecimento de Complicações
Pós-operatórias Precoces
Joaquim Brito

18h45 **Discussão**19h00 **FIM DO SIMPÓSIO**



SPPCV
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PATOLOGIA
DA COLUNA
VERTEBRAL

XI 27 a 29
Outubro
2022 **CONGRESSO
DA SPPCV**

**COMUNICAÇÕES
ORAIS**
ORAL
COMMUNICATIONS



CO 1

APLICAÇÃO DE PARAFUSOS PEDICULARES EM C2 - UMA OPÇÃO SEGURA? - RESULTADOS PRELIMINARES DE UM ESTUDO MORFOLÓGICO

Rui Sousa¹; Eduardo Pinto²; Ana Flávia Resende¹; Manuel Carrapatoso³; Tânia Veigas²; Pedro Balau²; Manuel Godinho²; João Alves²; António Madureira²; António Miranda²; Ricardo Frada²; Artur Teixeira²

1- Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2- Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; 3- Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A fixação pedicular de C2 está descrita como sendo biomecanicamente mais robusta comparativamente com as restantes. Não obstante, sendo considerável a variabilidade anatómica do eixo e dada a sua proximidade com estruturas nobres, a sua aplicação ad initium poder-se-á considerar questionável dado o seu potencial lesional.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo populacional da morfologia do eixo, tendo sido aleatoriamente recolhidas e analisadas 133 tomografias computadorizadas de um pool total de tomografias da coluna cervical realizadas no ano de 2021 na nossa instituição.

Foi efetuada a medição da largura dos pedículos em corte axial e analisada a prevalência de High riding vertebral artery (HRVA) com base na definição de Neo et al (isthmus height <5mm e/ou internal height <2mm medidas 3mm lateralmente à margem do canal medular). O diâmetro mínimo do parafuso que se considerou passível de colocação foi de 3,5mm. O género, idade e lateralidade foram também discriminados. Foram excluídos todos os doentes com antecedentes de fratura, cirurgia ou lesão neoplásica da coluna cervical.

RESULTADOS

A prevalência de HRVA foi máxima na faixa etária dos 81-90 anos em ambos os géneros e lateralidades. Observou-se uma prevalência de 32,3% de HRVA à direita (81,3% género feminino e 18,7% no masculino), 22,6% à esquerda (80% género feminino e 20% no masculino) sendo bilateral em 15,8% de todos os casos. A proporção de doentes com ≥ 1 HRVA foi de 39%. Constatou-se que 33,8% dos doentes possuíam pedículos à direita com diâmetro < 3,5mm, 28,6% à esquerda e, conjuntamente, 39,8% apresentavam ≥ 1 pedículo não instrumentável. Quando associadas ambas as variáveis, a percentagem combinada aumentou para 44,4% à direita, 35,3% à esquerda e a presença de pelo menos 1 variável em pelo menos 1 lateralidade foi de 48,8%.

CONCLUSÃO

A fixação pedicular do eixo pode resultar em lesão da artéria vertebral com consequências catastróficas. Considerando que a presença de HRVA (≥ 1 de 39%) ou pedículos de tamanho diminuto (33,8% a direita e 28,6% a esquerda) constituem factores de risco, verificamos proporções de valor não desprezível inerentes a este método de fixação. Os valores obtidos para cada uma das variáveis singularmente contrastam ainda com a literatura onde estão descritas prevalências de 25,3% e 20%, respectivamente.

Apesar de constituir a opção biomecanicamente mais atrativa, a fixação pedicular do eixo deverá ser cautelosamente selecionada. Os resultados relativos à nossa região vêm reforçar a obrigatoriedade de avaliação radiológica da morfologia do eixo quando ponderada instrumentação a este nível.

Palavras-chave:

Transpedicular, Eixo, Morfológico, Vertebral

CO 2

RESULTADOS DE UMA SÉRIE DE DOENTES SUBMETIDOS A FIXAÇÃO TRANS-ARTICULAR C1-C2 PELA TÉCNICA DE MAGERL.

Sofia Caldeira-Dantas^{1,2}; André D. Carvalho¹; Arnaldo Sousa¹; Ricardo Rodrigues-Pinto¹

1 - Unidade Vertebral-Medular (UVM), Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal; 2 - Serviço de Ortopedia, Hospital do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal

INTRODUÇÃO

As fraturas da odontóide correspondem a cerca de 20% das lesões cervicais e nos idosos estas estão associadas a uma elevada incidência de pseudartrose, morbilidade e mortalidade. Embora a maioria dos doentes geriátricos sejam complexos e frágeis, a literatura sugere que o tratamento cirúrgico deve ser considerado em fraturas do tipo II e fraturas instáveis do tipo III. Contudo, nem as indicações nem a abordagem cirúrgica nas fraturas da odontóide são consensuais.

MATERIAIS E MÉTODOS

Análise retrospectiva de doentes com fraturas da odontóide submetidos a fixação trans-articular C1-C2 pela técnica de Magerl entre 2008 e 2022. Dados clínicos e imagiológicos foram recolhidos de modo a analisar as complicações e taxa de reintervenção.

RESULTADOS

Dezoito casos foram incluídos (9 homens e 9 mulheres). Os últimos quatro casos foram realizados com uma abordagem percutânea enquanto os casos iniciais foram submetidos a uma abordagem aberta. A idade média foi de 75,8 anos (min. 56; máx. 88 anos). A maioria dos casos apresentava uma fratura tipo II após trauma (acidente de viação ou queda da própria altura). O tempo médio de cirurgia foi de 116,5 \pm 40,2 minutos e não se relataram complicações intra-operatórias. A mediana de tempo de internamento foi de 9,9 dias (min. 2; máx. 76). Dos 18 doentes incluídos no estudo, 5 perderam seguimento. A mediana de tempo de seguimento dos restantes foi de 256 dias (min. 64; máx. 944). Durante esse tempo, complicações como infeção, défice neurológico, patologia cardiovascular de novo, insuficiência respiratória e mau posicionamento do material foram registadas apenas em 1 doente (7,7%), que necessitou de uma reintervenção. Dois doentes relataram também rigidez e cervicalgia (15,4%).

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico das fraturas da odontóide nos idosos é ainda controverso. Este estudo demonstra que a fixação trans-articular C1-C2 pela técnica de Magerl é um método seguro e viável para o tratamento cirúrgico destas fraturas, mesmo na população geriátrica.

Palavras-chave:

Fratura odontóide, Trauma, Tratamento Cirúrgico, Fixação C1-C2

CO 3

ACUIDADE E SEGURANÇA DA INSERÇÃO DE PARAFUSOS EM C1 E C2 SEM NAVEGAÇÃO COMPUTORIZADA

Óscar L Alves^{1,2}; Carlos Ribeiro¹; Leopoldina Pereira¹; Vítor Pinto¹; Rui Reinas^{1,2}

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2 Hospital Lusíadas Porto; 2 - 1 Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Hospital Lusíadas Porto

INTRODUÇÃO

Dada a anatomia peculiar e a amplitude movimento da região, a instrumentação de C1 e C2 pode originar consequências neurovasculares potencialmente letais. A navegação computadorizada pode melhorar a acuidade da implantação de parafusos, contudo esta tecnologia não está disponível de forma universal e tem custos associados elevados. Baseado nos resultados radiológicos, este estudo pretende avaliar a acuidade e a segurança da inserção de parafusos de massa lateral em C1 e pedicular em C2 com uso de fluoroscopia lateral.

MÉTODOS

Dezanove doentes consecutivos operados pelo mesmo cirurgião até 2018 foram identificados. A acuidade de inserção foi avaliada no TAC pós-operatório de acordo com a classificação de Gertzbein e Robbins (GRGr). Adicionalmente, o eixo final do parafuso foi comparado com trajectória ideal lateromedial como definida por um sistema de navegação, se o mesmo tivesse sido utilizado. Foi avaliado o ângulo delta (diferença entre o ângulo ideal e o ângulo obtido). A análise estatística foi feita com recurso ao SPSS® Statistics 25.

RESULTADOS

Um total de 43 parafusos, 20 de massas laterais em C1 e 23 pediculares em C2 foram avaliados em 19 doentes. A distribuição segundo a classificação de GRGr foi a seguinte: GRGr A 60.4% (n=26), GRGr B 20.4% (n=9), GRGr C in 13.9% (n=6) and GRGr D in 4.6% (n=2). Não foi observado nenhum caso de GRGr E. A acuidade do posicionamento foi ligeiramente superior em C2 mas sem significado estatístico. O ângulo Δ médio foi de 15.8.1° (\pm 11.1). Não se registou diferença estatisticamente significativa entre a acuidade posicionamento do parafuso (classificação GRGr) e o ângulo Δ ($p=0.42$) ou com o ângulo lateromedial ideal ($p=0.51$). O diâmetro do pedículo de C2 não se correlacionou a acuidade dos parafusos. Não se registou qualquer complicação neurovascular ou falência de material

CONCLUSÃO

Os parafusos de massas laterais em C1 e pediculares em C2 podem ser inseridos com elevada acuidade e segurança sem a ajuda de navegação robotizada desde que a avaliação radiológica meticulosa pré-OP seja realizada bem como uma técnica cirúrgica meticulosa seja aplicada. Sob controlo fluoroscópico lateral, o ângulo de inserção dos parafusos obtido não diferiu significativamente do ângulo ideal.

CO 4

FIXAÇÃO PERCUTÂNEA DE FRATURAS TORACOLOMBARES - A REALIDADE DE UMA ILHA

João Cruz¹; Emanuel Homem¹; Tiago Canas¹; Joana Rodrigues¹; Luís Soares¹; Ricardo Simões¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo

INTRODUÇÃO

As fraturas toracolombares são as lesões vertebrais mais comuns, mais predominantes em homens (rácio homem-mulher 2:1) e cerca 50-70% ocorrem no segmento toracolombar (T11-L2). A fixação posterior transpedicular continua a ser a técnica cirúrgica mais utilizada para estas fraturas e, contrariamente à cirurgia aberta clássica, a colocação percutânea dos parafusos pediculares implica uma menor incisão, menor perda de sangue, menor dissecação da musculatura paravertebral, menor dor pós-operatória e reabilitação mais célere. Os autores estudaram retrospectivamente os pacientes que submetidos a fixação transpedicular percutânea por fraturas toracolombares.

MATERIAL E MÉTODOS

De abril de 2019 a março de 2022, todas as cirurgias consecutivas da coluna vertebral relacionadas com trauma numa única instituição foram revistas e foram selecionados os casos de fixação transpedicular percutânea (n=39). Foram recolhidos retrospectivamente dados demográficos, clínicos e radiológicos, incluindo ângulo Cobb, percentagem da altura vertebral anterior (AVH%), classificação AO e tempo cirúrgico. A escala visual analógica (EVA) foi avaliada no pré, pós-operatório e 6 meses de seguimento e o índice de incapacidade de Oswestry (ODI) foi avaliado aos 6 meses de pós-operatório.

RESULTADOS

Considerações à técnica cirúrgica: foi utilizado um sistema de fluoroscopia C-arm para determinar a incisão na pele, controlar a inserção de parafusos pediculares e confirmar o seu posicionamento final. A neuromonitorização foi utilizada em 3 casos. Após a cirurgia: todos os pacientes começaram a reabilitação no dia da cirurgia e não foram utilizadas ortótese ou cintas. O follow-up mínimo foi de 6 meses. 39 pacientes foram submetidos a fixação pedicular posterior percutânea (72,73% com colocação de parafusos intermédios): 27 homens e 12 mulheres, com idade média de 46,7 anos. A principal causa de trauma foi a queda de altura, o nível mais comum de fratura foi L1, e o tipo mais frequente de fratura AO Spine A4. O tempo médio de cirurgia foi de 79 minutos. Não houve complicações intra-operatórias. Das complicações no seguimento a salientar 1 infeção e 1 pull-out de parafuso. Sem casos de lesão neurológica. A EVA média foi 6,2 pré-operatória, 2,4 pós-operatória e 1,4 na última consulta. Resultados radiográficos: O ângulo Cobb melhorou de 11,84° antes da cirurgia para 6,98° após e 7,84° no último seguimento. O AVH% aumentou de 64,1% para 75,9% e 72,3%, respetivamente.

CONCLUSÃO

Na nossa experiência, a fixação percutânea pedicular é segura e eficaz no tratamento das fraturas toracolombares.

Palavras-chave:

Fraturas, Percutânea, Toracolombares, Fixação

CO 5

O IMPACTO DA CIRURGIA PRECOCE EM DOENTES COM LESÃO NEUROLÓGICA PÓS-TRAUMÁTICA DA COLUNA SUB-AXIAL.

Joana Páscoa Pinheiro¹; Ângela Pinto¹; Rui Freitas¹; Mariana Nabais¹; João Pedro¹; Joaquim Soares Do Brito¹; Nuno Lança¹; António Tirado¹; Pedro Fernandes¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A cirurgia precoce no trauma vertebro-medular é reconhecida como segura, estando relacionada com melhores outcomes sobretudo na coluna cervical. Dado sentirmos vários obstáculos logísticos à pronta colocação dos doentes no bloco operatório, procuramos definir o panorama atual da abordagem do TVM na instituição e a relação deste com os resultados.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise descritiva, retrospectiva dos doentes operados a fratura sub-axial da coluna cervical entre Janeiro de 2016 e Julho de 2022. Foram avaliados os dados demográficos dos doentes, idade, género, nível da lesão, tempo até à cirurgia (<24 horas ou > 24 horas), mecanismo do trauma, estado neurológico pré e pós-operatório (classificação ASIA), tempo de internamento e as complicações pós-operatórias. Em nenhum doente foi realizado o protocolo de corticoterapia.

RESULTADOS

No período foram operados 53 doentes, 43 do género masculino (81,1%), com idade média de 55,9 ± 24,3 anos; 8 doentes apresentavam fratura em C3-C4, 9 doentes em C4-C5, 14 em C5-C6 e 22 em C6-C7. Trinta doentes apresentavam défice neurológico (ASIA A-16, ASIA B-7, ASIA C-3, e ASIA D-4) e destes, treze (43,3%) melhoraram pelo menos 1 nível na escala ASIA após a cirurgia. Apenas 10 doentes (18,9%) foram operados <24 horas.

Em relação aos doentes em que se verificou melhoria do ASIA, 8 (61,5%) foram operados nas primeiras 24 horas e 5 (38,5%) depois das 24 horas, sendo que a precoce intervenção cirúrgica (<24h) se correlacionou com a melhoria do ASIA $r(11) = .049$, $p = .003$ ($p < .01$). As melhorias verificadas foram ASIA B-C em 4 doentes, ASIA C-D em 1, ASIA D-E em 6, ASIA A-D em 1 e ASIA B-D em 1, com uma correlação relevante com a gravidade inicial da lesão ($p = 0.001$, $p < .01$).

As complicações no pós-operatório ocorreram em 15 doentes (28,3%), 10 dos quais com complicações cardio-respiratórias, quatro infeções de ferida operatória e uma necessidade de re-intervenção. Verificou-se uma correlação positiva entre o maior tempo de espera até à cirurgia e o número de complicações ($p = .021$, $p < .05$). O tempo de internamento foi de 15,3 dias no grupo operado precocemente e 22,7 no grupo operado após 24 horas.

CONCLUSÃO

A descompressão e estabilização cirúrgica precoce (<24 horas) revelou-se segura e associou-se a melhoria nos outcomes neurológicos, complicações e período de internamento. Apesar de corroborarmos os resultados da literatura e alguns dos doentes apresentarem situações clínicas impeditivas de uma abordagem precoce consideramos estar ainda longe de alcançar as condições ideais na abordagem destes doentes.

Palavras-chave:

Trauma, Coluna Cervical, Estabilização Precoce, Lesão Neurológica

CO 6

UM ANO DE TRAUMATISMO VERTEBRO-MEDULAR NUM CENTRO DE TRAUMA NÍVEL 2 - INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Diogo Luz¹; Melissa Silva¹; Sérgio Costa¹; Carlos Casimiro¹; Miguel Azevedo¹; Vítor Castro¹; Pedro Pais¹; Gonçalo Freitas¹

1 - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

A patologia traumática da coluna vertebral é um dos principais motivos de admissão hospitalar e uma proporção importante dos doentes operados à coluna vertebral nos hospitais portugueses. Destes, a complicação cirúrgica mais importante é a infeção do local cirúrgico (ILC). Os autores propuseram-se a recolher e analisar a população operada com o diagnóstico de traumatismo vertebro-medular num centro de trauma nível 2 durante o ano de 2021, procurando elucidar sobre a taxa de infeção e os fatores de risco associados.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados de forma retrospectiva os registos clínicos pré e pós-operatórios de todos os doentes operados por traumatismo vertebro-medular durante um ano num serviço de Neurocirurgia. Foram excluídos doentes em idade pediátrica e doentes submetidos apenas a vertebroplastia. Foram colhidas múltiplas variáveis demográficas e não demográficas, incluindo o tempo de internamento, a existência de défice neurológico à admissão, a necessidade transfusional intraoperatória, o tempo de estadia em unidade de cuidados intensivos, o tipo de procedimento efetuado, a localização do mesmo, a invasividade cirúrgica e o tempo cirúrgico, entre outras.

RESULTADOS

Foram incluídos 62 doentes, 39% do sexo masculino, com idade média de 60 anos. A região de charneira toracolombar foi a mais intervencionada, compreendendo 37% das intervenções. Identificaram-se 5 infeções de local cirúrgico, totalizando uma taxa de infeção de 8%. Não se observou nenhuma infeção em procedimentos exclusivamente minimamente invasivos. Das variáveis em estudo identificou-se o sexo feminino ($p = 0,048$), tempo cirúrgico > 120 min ($p < 0,016$), a existência de complicações médicas no internamento ($p < 0,001$) como associações estatisticamente significativas em análise univariada. O grau de invasividade apresentou tendência para a significância, sem a atingir ($p = 0,095$).

CONCLUSÃO

A análise retrospectiva efetuada demonstra uma taxa de infeção ligeiramente superior à taxa de infeção global relatada noutros estudos e confirma fatores de risco como o tempo cirúrgico no desenvolvimento de infeções pós-operatórias. Embora não tendo atingido significância, demonstrou-se também uma tendência para um benefício da cirurgia minimamente invasiva, não tendo havido infeções cirúrgicas nos doentes submetidos a estes procedimentos.

Palavras-chave:

Trauma, Infeção, Trauma Vértebro Medular, Retrospectivo

CO 7

FATORES PREDITORES DE MORBI-MORTALIDADE EM FRATURAS DA APÓFISE ODONTOIDE NO DOENTE IDOSO - COORTE DE 33 DOENTES.

Rui Cró Freitas¹; Joana Pascoa Pinheiro¹; João Pedro¹; Nuno Lança¹; António Tirado¹; Pedro Fernandes¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Norte

As fraturas da apófise odontoide do tipo II (AOII) representam a fratura cervical mais comum nos idosos e o seu tratamento é controverso, devido por um lado, ao potencial diminuído de consolidação e morbidade associada à imobilização cervical prolongada, e por outro, aos riscos cirúrgicos. O objetivo deste estudo foi comparar, as taxas de complicações e de mortalidade a curto prazo em doentes operados e submetidos a tratamento conservador (>65 anos).

Foram identificados 45 doentes com o diagnóstico de fratura aguda AOII (33 com mais de 65 anos) num centro terciário entre 2009-2020. Foram colhidos e analisados dados demográficos, história médica prévia, tipo e mecanismo de lesão, tratamento, presença de outras lesões, complicações, mortalidade, tempo de internamento e de unidade de cuidados intensivos (UCI).

A idade média foi de 80.1 anos (61% género masculino). Ocorreram 6 óbitos intra-hospitalares. O tempo médio de internamento foi 9.9 dias e de UCI 12.9 dias. 16 (48.5%) doentes foram tratados cirurgicamente e 14 (42.4%) conservadoramente, 3 (9%) doentes morreram a aguardar cirurgia/sem condições cirúrgicas. A mortalidade global foi de 12% aos 30 dias e 24% ao fim de 1 ano. O procedimento cirúrgico predominante foi a fixação posterior (42.4%), sendo o Harms modificado (39%) o mais utilizado. Em média por cirurgia 3h30min de tempo e 300cc de perdas hemáticas. Um caso de infeção de ferida operatória e outro doente sofreu lesão iatrogénica da a. Vertebral, ocorreram duas falências de material de osteossíntese. Dois doentes desenvolveram sepsis respiratório. Um doente desenvolveu intolerância ao colar cervical pelo morfotipo do mesmo. Os dois grupos eram comparáveis para o mecanismo de lesão, género, comorbilidades e lesões associadas (incluindo TCE grave), necessidade de UCI e tempo de permanência na mesma. Numa análise univariável de mortalidade a 12 meses, o odds ratio com o tratamento conservador foi de 10.53 (95% CI: 0.010-0.090; $p=0.04$) que se manteve na análise multivariável, quando corrigido para o TCE grave e grau de lesões associadas.

A prevalência de fraturas da AO tem aumentado nos idosos. A estabilização cirúrgica posterior é segura e eficaz com baixas taxas de complicação e mortalidade. O tratamento conservador parece ter um risco associado de mortalidade 10 vezes mais alto que o tratamento cirúrgico, não influenciado por fatores conhecidos de mau prognóstico como o TCE grave ou o grau de lesões associadas. Na base destes resultados, o tratamento precoce cirúrgico de fraturas AOII na população geriátrica está associado a um melhor prognóstico.

Palavras-chave:

Coluna Cervical, Fratura, Idosos, Odontoide

CO 8

O IMPACTO DA CIRURGIA PRECOCE EM DOENTES COM LESÃO NEUROLÓGICA PÓS-TRAUMÁTICA DA COLUNA SUB-AXIAL.

Joana Páscoa Pinheiro¹; Ângela Pinto¹; Rui Freitas¹; Mariana Nabais¹; João Pedro¹; Joaquim Soares do Brito¹; Nuno Lança¹; António Tirado¹; Pedro Fernandes¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

INTRODUÇÃO

A cirurgia precoce no trauma vertebro-medular é reconhecida como segura, estando relacionada com melhores outcomes sobretudo na coluna cervical. Dado sentirmos vários obstáculos logísticos à pronta colocação dos doentes no bloco operatório, procuramos definir o panorama atual da abordagem do TVM na instituição e a relação deste com os resultados.

MATERIAL E MÉTODOS

Análise descritiva, retrospectiva dos doentes operados a fratura sub-axial da coluna cervical entre Janeiro de 2016 e Julho de 2022. Foram avaliados os dados demográficos dos doentes, idade, género, nível da lesão, tempo até à cirurgia (<24 horas ou > 24 horas), mecanismo do trauma, estado neurológico pré e pós-operatório (classificação ASIA), tempo de internamento e as complicações pós-operatórias. Em nenhum doente foi realizado o protocolo de corticoterapia.

RESULTADOS

No período foram operados 53 doentes, 43 do género masculino (81,1%), com idade média de 55,9 ± 24,3 anos; 8 doentes apresentavam fratura em C3-C4, 9 doentes em C4-C5, 14 em C5-C6 e 22 em C6-C7. Trinta doentes apresentavam défice neurológico (ASIA A-16, ASIA B-7, ASIA C-3, e ASIA D-4) e destes, treze (43,3%) melhoraram pelo menos 1 nível na escala ASIA após a cirurgia. Apenas 10 doentes (18,9%) foram operados <24 horas.

Em relação aos doentes em que se verificou melhoria do ASIA, 8 (61,5%) foram operados nas primeiras 24 horas e 5 (38,5%) depois das 24 horas, sendo que a precoce intervenção cirúrgica (<24h) se correlacionou com a melhoria do ASIA $r(11) = .049$, $p=.003$ ($p<0.01$). As melhorias verificadas foram ASIA B-C em 4 doentes, ASIA C-D em 1, ASIA D-E em 6, ASIA A-D em 1 e ASIA B-D em 1, com uma correlação relevante com a gravidade inicial da lesão ($p=0.001$, $p<.01$)

As complicações no pós-operatório ocorreram em 15 doentes (28.3%), 10 dos quais com complicações cardio-respiratórias, quatro infeções de ferida operatória e uma necessidade de re-intervenção. Verificou-se uma correlação positiva entre o maior tempo de espera até à cirurgia e o número de complicações ($p=.021$, $p<.05$)

O tempo de internamento foi de 15,3 dias no grupo operado precocemente e 22,7 no grupo operado após 24 horas.

CONCLUSÃO

A descompressão e estabilização cirúrgica precoce (<24 horas) revelou-se segura e associou-se a melhoria nos outcomes neurológicos, complicações e período de internamento. Apesar de corroborarmos os resultados da literatura e alguns dos doentes apresentarem situações clínicas impeditivas de uma abordagem precoce consideramos estar ainda longe de alcançar as condições ideais na abordagem destes doentes.

Palavras-chave:

Trauma, Coluna Cervical, Estabilização Precoce, Lesão Neurológica

CO 9

FIXAÇÃO ILIOLOMBAR PERCUTÂNEA NO TRATAMENTO DE FRATURAS COMPLEXAS DO SACRO COM DISSOCIAÇÃO ESPINOPÉLVICA - A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Eduardo Pinto¹; Artur Teixeira¹; Ricardo Frada¹; Tânia Veigas¹; Manuel Godinho¹; Pedro Balau¹; Alexandre Castro¹; Raquel Cunha¹; António Miranda¹

1 - CHEDV

INTRODUÇÃO

As fraturas do sacro correspondem a 1% de todas as fraturas da coluna vertebral, estando associadas, na maioria dos casos, a lesões do anel pélvico. Normalmente associam-se a traumatismos de elevada energia e aproximadamente 60% não são diagnosticadas na avaliação inicial do paciente politraumatizado.

O tratamento varia de acordo com a estabilidade da fratura. Em traumatismos associados a fraturas instáveis do sacro, existem várias opções cirúrgicas, desde fixação isolada da articulação sacroilíaca a placas sacrais. Nos casos de fraturas complexas do sacro com instabilidade vertical, é benéfica a estabilização cirúrgica entre a coluna lombar e a bacia com construções que ofereçam maior estabilidade. A fixação iliolumbar providencia uma estabilização robusta, possibilitando uma progressão mais rápida na carga e deambulação. A realização deste procedimento de forma percutânea permite reduzir a morbilidade associada ao procedimento e, potencialmente, obter melhores outcomes.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com inclusão de pacientes com fraturas complexas do sacro com instabilidade vertical e dissociação espinopélvica tratados com fixação iliolumbar percutânea no período compreendido entre Janeiro de 2019 e Janeiro de 2021. Foram excluídos pacientes com fraturas estáveis ou unilaterais do sacro, sem dissociação espinopélvica, fraturas patológicas ou por insuficiência, fraturas tratadas conservadoramente ou cirurgicamente por outra técnica diferente da descrita, ou pacientes sem um follow-up mínimo de um ano. Foram colhidos dados relativos a fatores epidemiológicos individuais, presença de lesões neurológicas ou lesões associadas, mecanismo de ação, complicações clínicas relacionadas com o traumatismo e procedimento cirúrgico e evolução clínica.

RESULTADOS

Foram incluídos 4 pacientes, 2 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com uma média de idades de 63,2 anos (51-79 anos). Pelas condições inerentes à fratura e qualidade óssea, metade da amostra foi submetida a fixação percutânea com parafusos transpediculares em L4 e L5 e parafusos ilíacos e a restante a uma fixação de L5 e ilíacos. Três pacientes foram submetidos a extração de material até um ano após o procedimento. Verificou-se uma ligeira melhoria clínica após a extração de material, com uma evolução da intensidade de dor média de 4/10 na escala numérica de dor para 2/10. A taxa de complicações inerente à intervenção cirúrgica foi nula.

CONCLUSÃO

As fraturas complexas de sacro com instabilidade lombopélvica caracterizam-se por serem traumatismos associados a importantes taxas de complicações peri-operatórias e altos índices de morbilidade e mortalidade. A sua correta avaliação e tratamento, devolvendo a estabilidade espinopélvica, é essencial na abordagem destas lesões. A fixação iliolumbar percutânea é uma técnica cirúrgica que permite uma estabilização robusta destas fraturas associada a uma menor invasibilidade e agressão cirúrgica.

Palavras-chave:

Fraturas do Sacro, Sacro, Dissociação Espinopélvica, Fixação Iliolumbar

CO 10

ANÁLISE INTER-OBSERVADOR DE PARÂMETROS DE TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA PARA PREDIÇÃO DE LESÃO DO COMPLEXO LIGAMENTAR POSTERIOR NO TRAUMA TORACOLOMBAR

Carolina Martins¹; Joana Azevedo¹; Nuno Oliveira¹; Pedro Varanda¹; Bruno Santos¹

1 - Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

As fraturas toracolombar (FTs) estão entre as lesões da coluna mais frequentes nas Unidades de Trauma dos Serviços de Urgência. A avaliação da integridade do complexo ligamentar posterior (CLP), enquanto elemento fulcral na caracterização de lesão instável, é difícil mas determinante na escolha do tratamento. Melhorar a acuidade da tomografia computadorizada (TC) no diagnóstico de lesão do CLP é fundamental para agilizar a decisão clínica e o tratamento das FTs.

OBJETIVOS

Avaliar o valor diagnóstico da TC na previsão de lesões do CLP em doentes com fratura traumática da coluna toracolombar, recorrendo a parâmetros combinados da TC e usando a Ressonância Magnética (RM) como referência. Validar um método reprodutível para a medição de cada parâmetro da TC.

MÉTODOS

Estudo observacional, retrospectivo e analítico. Incluídos doentes com fratura vertebral toracolombar traumática aguda, submetidos a TC e RM da coluna toracolombar no serviço de urgência de uma única instituição, entre janeiro de 2016 e janeiro de 2022. Quatro investigadores avaliaram de forma independente os seguintes parâmetros da TC: ângulo cifótico local (ACL), ângulo cifótico regional (ACR), ângulo de deformidade segmentar de Gardner (ADG), desalinhamento da articulação facetária (DAF), fratura horizontal da lâmina ou pedículo (FHLP), fratura da apófise espinhosa (FPE), alargamento da distância interespinhosa (ADI), razão sagital-transversal (RST), percentagem de oclusão do canal vertebral (POC), razão de altura vertebral (RAV) e percentagem de perda de altura vertebral anterior (RPAV).

RESULTADOS

Foram incluídos 154 doentes, dos quais 62 com lesão do CLP. Todos os parâmetros revelaram excelente ou boa confiabilidade inter-observador. Verificou-se uma associação significativa entre lesão do CLP detetada na RM e a presença de FHLP ($p < 0,001$), FPE ($p < 0,001$) e ADI ($p = 0,045$). Os Scores de risco para prever lesão ligamentar revelaram um total de 75,9% classificações corretas ($p < 0,001$).

CONCLUSÕES

Os resultados sugerem que os procedimentos padronizados pré-estabelecidos no protocolo de recolha dos parâmetros da TC foram eficazes. Os parâmetros FHLP, FPE e ADI revelaram uma relação estatisticamente significativa com a presença de lesão do CLP na RM.

Palavras-chave:

Complexo Ligamentar Posterior, Fraturas Toracolombar, Tomografia Computorizada, Trauma Toracolombar

CO 11

FRATURAS CERVICAIS EM IDADE GERIÁTRICA - SERÁ POSSÍVEL DETERMINAR PROGNÓSTICO E TERAPÊUTICA EFICAZ? UM MODELO PREDITIVO

Tiago Pereira¹; Carole Cruz¹; João Pedro¹; Nuno Lança¹; António Tirado¹; Pedro Fernandes¹

1 - Hospital Santa Maria

CONTEXTO

Devido ao seu prognóstico reservado, as fraturas da coluna cervical na população envelhecida apresentam um grande desafio para os pacientes e para os serviços de saúde. O tratamento cirúrgico é frequentemente indicado, no entanto a superioridade deste método de tratamento poderá vir a ser colocada em causa futuramente de acordo com cada caso.

OBJETIVOS

Avaliar as complicações e mortalidade associadas às fraturas da coluna cervical na população idosa e definir os fatores de risco associados a mau prognóstico.

MÉTODOS

Fez-se um estudo retrospectivo englobando pacientes com mais de 65 anos, com fratura da coluna cervical, tratados cirurgicamente entre 2007 e 2020 num centro hospitalar terciário. As fraturas foram divididas em dois grupos, axial (C0-C2) e sub-axial (C3-C7). Definiu-se cirurgia precoce a realizada nas primeiras 72h. Foram registadas as complicações, tempo total de internamento, tempo de internamento em UCI e mortalidade a 1 ano. Os dados foram colhidos numa base de dados no Microsoft Excel e utilizou-se o SPSS IBM para avaliar as variáveis relevantes na análise dos outcomes e sobrevida. Realizou-se regressão logística multinomial para analisar os fatores preditivos na mortalidade.

RESULTADOS

Foram incluídos 65 pacientes neste estudo. A média de idade foi 76,55 anos. As comorbilidades mais frequentes foram hipertensão arterial (69,2%) e diabetes mellitus (32,3%). 75,4% dos pacientes sofreram fratura subaxial e 56,9% apresentavam lesão neurológica. 22 pacientes (33,9%) foram submetidos a cirurgia precoce. 41 pacientes (63,1%) foram operados por via posterior. Registou-se 52 complicações em 36 pacientes (55,38%). A mortalidade a 1 ano foi de 35,19% (79% das quais no primeiro trimestre após intervenção cirúrgica). Os défices neurológicos ($Odds=7,0$; $P=0,007$), coluna subaxial ($Odds=6,538$; $P=0,086$); complicações nos pós-operatório ($P=0,043$; $B=2,051$) e idade superior a 75 anos ($Odds=3,250$; $P=0,059$) foram considerados relevantes e significativos no modelo preditivo ($R^2=0,504$).

CONCLUSÃO

A mortalidade a curto prazo em pacientes idosos com fratura da coluna cervical é elevada. Apresentamos um modelo preditivo que inclui a idade, lesão neurológica, nível vertebral e número de complicações no pós-operatório, de forma a auxiliar os cirurgiões na decisão do tipo de tratamento.

Palavras-chave:

Fraturas coluna cervical, Mortalidade, Tratamento, Idosos

CO 12

FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS DURAIS ESPINHAIS TIPO 1 - CASUÍSTICA ANUAL DE UM SERVIÇO TERCIÁRIO E REVISÃO DA LITERATURA

Bernardo de Smet¹; Teresa Pinheiro¹; Amets Iraneta¹; Lino Fonseca¹; Ines Ramadas¹; Rui Rato¹

1 - CHULC - Hospital de São José

INTRODUÇÃO

A Fistula Dural Arteriovenosa Espinhal (FDAVE) é uma entidade clínica rara e subdiagnosticada, sendo a malformação vascular raquidiana mais comum. Tem uma localização usual a nível toraco-lombar e divide-se classicamente em 4 tipos, sendo o tipo intradural radicular (tipo I) o mais frequente. A ausência de tratamento adequado pode conduzir a défices neurológicos progressivos potencialmente irreversíveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram revistos retrospectivamente 4 casos de FDAVE tratados num centro hospitalar terciário no período de um ano. A avaliação das manifestações clínicas, achados imagiológicos, abordagem terapêutica e outcomes clínicos serão descritos.

RESULTADOS

Os 4 doentes tratados eram do sexo masculino, cuja idade média de apresentação foi de 61 anos. Todas as lesões corresponderam FDAVE alimentadas por um ramo arterial único. Todos os doentes foram submetidos a embolização prévia com recorrência que motivou posterior intervenção cirúrgica com exclusão do ponto fistuloso sob angiografia por subtração digital intraoperatória. Após a alta, todos os pacientes foram referenciados para avaliação e tratamentos pela Fisioterapia, tendo-se verificado melhoria dos défices neurológicos sensitivo-motores. A RMN de controlo ao 6º mês confirmou exclusão da FDAVE nos três casos.

CONCLUSÃO

FDAVE tipo I é uma doença rara, geralmente associada a agravamento neurológico, potencialmente tratável. A presença da tríade na Ressonância Magnética de edema medular, vasos perimedulares e realce do cordão pelo contraste, em doentes do sexo masculino em idade avançada deve aumentar o índice de suspeição para o diagnóstico desta entidade, que deve ser confirmado por angiografia diagnóstica seletiva.

Atendendo à sua complexidade, o tratamento deverá ser realizado em centros com equipa multidisciplinar (neurocirurgia, Neurorradiologia de intervenção e Fisioterapia).

Palavras-chave:

Fistula Arteriovenosa Dural, Angiografia, Tratamento Cirúrgico, Paraparesia

CO 13

CONHECIMENTO E CONSCIENCIALIZAÇÃO SOBRE MIELOPATIA DEGENERATIVA CERVICAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL: RESULTADOS DE UM QUESTIONÁRIO

Catarina Nogueira^{1,2}; Carolina Lemos²; Oliver Mowforth³; Benjamin Davies³; Ricardo Rodrigues-Pinto¹

1 - Unidade Vertebro-Medular (UVM), Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Universitário do Porto;
2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 3 - University of Cambridge, Reino Unido

INTRODUÇÃO

A mielopatia degenerativa cervical (MDC) é a principal causa de disfunção medular, mas é frequentemente sub-diagnosticada. A deteção precoce de MDC é imperativa, pois afeta o resultado do tratamento e a qualidade de vida dos doentes. Os médicos de cuidados de saúde primários (MCSP) são, geralmente, os primeiros a contactar com estes doentes. Desta forma, é necessário assegurar que estes profissionais tenham um bom conhecimento sobre MDC.

OBJETIVOS

Este estudo pretendeu avaliar, não só o conhecimento sobre MDC entre os MCSP em Portugal, mas também identificar fatores que possam perpetuar os problemas relacionados com o reconhecimento desta patologia.

MÉTODOS

Foi criado um questionário online, posteriormente partilhado com médicos internos e especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) e médicos sem especialidade que exercem funções de MGF em Portugal. O questionário foi publicitado nas redes sociais e através de listas de endereço de email, com ajuda de instituições médicas. O questionário era constituído por 42 perguntas, divididas nos temas: Informação geral; Grau de informação; Conhecimentos; Prática clínica; Opiniões (tal como recomendado pela Association for Medical Education in Europe). O grau de conhecimento foi classificado com base em três premissas (Deteção, Tratamento e Impacto) e pontuado em "baixo", "médio" e "elevado".

RESULTADOS

Foram colhidas 341 respostas. A maioria dos participantes pontuou "baixo" em questões relacionadas com a apresentação da MDC. A maioria dos MCSP ignorou sintomas relacionados com os membros inferiores e sintomas autonómicos como possíveis manifestações de MDC. A maioria identificou hiporreflexia como um sinal típico de MDC. Todos os outros sinais e sintomas apresentados no questionário foram muito menos selecionados, apesar de todos estarem relacionados com a MDC. Os MCSP reconhecem a falta de conhecimento sobre MDC nos Cuidados de Saúde Primários e afirmam que se este deve à insuficiente abordagem desta patologia durante a sua formação. Ter tido contacto com a doença (através de formação ou pela prática clínica) relacionou-se com resultados "médios" nas questões relacionadas com a Deteção da doença. O tratamento conservador foi reportado como primeira escolha em 28% dos inquiridos. Os participantes reportaram que o principal motivo para o atraso na referenciação é a demora no acesso às consultas hospitalares.

CONCLUSÃO

Há um baixo conhecimento sobre MDC na população de MCSP, que é reconhecido pelos próprios. Esse baixo conhecimento atrasa a referenciação e tratamento de uma patologia altamente incapacitante. O estudo reforçou a necessidade de criar instrumentos que facilitem a deteção desta patologia.

Palavras-chave:

Mielopatia Degenerativa Cervical, Diagnóstico, Deteção Precoce, Compressão Medular

CO 14

SOBREVIDA EM DOENTES SUBMETIDOS A CIRURGIA DE SEPARAÇÃO POR METÁSTASES TORACO-LOMBARES: ANÁLISE DE FATORES PREDITIVOS

Miguel Azevedo¹; Diogo Luz¹; Sérgio Costa¹; Carla Sousa¹; Gonçalo Freitas¹; Pedro Pais¹; Vitor Castro¹; Manuel Cunha E Sá¹

1 - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

As metástases vertebrais são o tumor mais frequente do ráquis, e quando sintomáticas são causa de grande incapacidade e morbilidade. O conceito de cirurgia de separação surge da necessidade de estabilizar a coluna vertebral e descomprimir as estruturas neurológicas, permitindo a melhoria rápida dos sintomas até ao tratamento adjuvante (radiação de alta dose). É uma cirurgia com elevado grau de invasividade numa população particularmente fragilizada, sendo o grande desafio a selecção dos doentes que possam dela beneficiar em termos de qualidade de vida e sobrevida, tendo em conta os custos associados. Os autores propuseram-se a recolher e analisar a população submetida a cirurgia de separação num hospital central ao longo de 4 anos, focando-se na sobrevida total e nos factores contribuintes para a mesma.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados de forma retrospectiva os registos clínicos pré e pós-operatórios de todos os doentes com lesões metastáticas raquidianas submetidos a cirurgia de separação torácica e lombar num serviço de Neurocirurgia entre 2018 e 2021. Foram colhidas múltiplas variáveis demográficas e não demográficas. O outcome primário é perceber a sobrevida destes doentes e que percentagem sobreviveu mais de 6 meses, com melhoria funcional. Como outcomes secundários procurou-se perceber os factores preditores da sobrevida

RESULTADOS

Foram incluídos 54 doentes, com idade mediana de 65 anos. Estes doentes, apresentaram à data de realização deste trabalho uma sobrevida mediana de 15,5 meses, estando 55,6% dos doentes ainda vivos. A percentagem de doentes que sobreviveu mais de 6 meses foi de 68,5%, sendo que destes apenas um agravou do ponto de vista funcional com a cirurgia. Das variáveis em estudo identificou-se a presença de metástases extra raquidianas de todos os tipos (p 0,009) e extra raquidianas não ósseas (p 0,017) como associações estatisticamente significativas para a sobrevida em análise bivariada. Não se verificou significância estatística entre as diferentes histologias tumorais e uma sobrevida superior a 6 meses.

CONCLUSÃO

A análise retrospectiva efetuada demonstra uma sobrevida mediana sobreponível à da literatura. A presença de metástases extra raquidianas parece influenciar esta sobrevida. A maioria dos doentes operado beneficiou da cirurgia, tendo vivido mais de 6 meses com melhoria da autonomia funcional e controlo dólgo, o que nos remete para a seleção criteriosa dos candidatos a cirurgia de separação

Palavras-chave:

Metástases, Cirurgia de Separação, Sobrevida, Oncologia

CO 15

QUALIDADE DE VIDA NA ESCOLIOSE IDIOPÁTICA DO ADOLESCENTE APÓS CIRURGIA

Maria Clara Correia¹; Leonor Figo Rocha²

1 - Centro Hospitalar Universitário São João; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

A Escoliose Idiopática do Adolescente (EIA) é uma deformidade multiplanar da coluna vertebral muito frequente e sem causa identificável. Nas suas formas mais graves pode associar-se a complicações respiratórias e dor, dificuldade na prática desportiva e a maior predisposição para distúrbios psicológicos. Apenas 0,1% dos doentes são submetidos a tratamento cirúrgico, e o conhecimento sobre o seu impacto na melhoria da qualidade de vida dos doentes é ainda escasso.

O objetivo deste trabalho foi, primariamente, avaliar a qualidade de vida após a cirurgia de doentes com EIA, quando comparados com indivíduos saudáveis e, secundariamente, determinar a relação entre os resultados radiológicos e de qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo transversal foram incluídos 1) doentes com EIA tratados cirurgicamente, entre 2014 e 2019, num hospital com uma unidade diferenciada em patologia da coluna vertebral; e 2) um grupo de controlo, em que indivíduos saudáveis, com idades correspondentes, foram selecionados por conveniência. Foram excluídos doentes com escoliose neuromuscular ou secundária a síndromes, doenças metabólicas, infecciosas ou tumorais, e re-intervenções. A qualidade de vida foi avaliada pelos questionários SF36 e SRS24. Os ângulos de Cobb foram medidos no pré e pós-operatório, por dois investigadores de forma independente. As discordâncias foram resolvidas por consenso. A análise estatística foi realizada usando o programa IBM SPSS versão 26. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital de São João e conduzido seguindo as guidelines Strobe para estudos observacionais.

RESULTADOS

Foram incluídos 43 adolescentes com EIA e 50 controlos. O tempo médio de follow-up foi 4,91±1,76 anos. Todos os parâmetros de qualidade de vida foram significativamente mais baixos nos doentes com EIA comparativamente com o grupo controlo ($p < 0,05$), à exceção dos critérios de saúde geral e alteração da saúde no SF36, e a auto-imagem geral e função por condição das costas no SRS24. O único parâmetro com correlação significativa com a redução do ângulo de Cobb foi a auto-imagem pós-cirúrgica no SRS24, em doentes com curvas lombares.

CONCLUSÃO

Os doentes com EIA apresentam uma qualidade de vida globalmente inferior, quando comparados com indivíduos saudáveis. A evolução do ângulo de Cobb relaciona-se precariamente com os parâmetros da qualidade de vida, à exceção da auto-imagem. É assim essencial a avaliação integrada do sucesso da intervenção cirúrgica no tratamento da EIA, que vai muito para além da melhoria isolada de critérios radiológicos.

Palavras-chave:

Escoliose, Qualidade de Vida, Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente, Adolescente

CO 16

COMPLICAÇÕES DO APIFIX®: É POSSÍVEL PREVER?

Maria Pia Monjardino¹; Oliana Tarquini¹; Pedro Sá Cardoso¹; Tah Pu Ling¹

1 - Serviço de Ortopedia Pediátrica - Hospital Pediátrico de Coimbra - CHUC, EPE

INTRODUÇÃO

O *gold standart* do tratamento cirúrgico da Escoliose Idiopática do Adolescente (EIA) consiste na correção da deformidade e instrumentação rígida com fusão (cirurgia definitiva). Novas técnicas menos invasivas e não artródosantes têm surgido, como o dispositivo de correção posterior dinâmico (DCPD) (Apifix®), com resultados iniciais promissores mas poucos relatos das suas complicações. Pretendemos avaliar as complicações deste novo dispositivo, bem como identificar possíveis causas.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizamos um estudo retrospectivo que incluiu os doentes com EIA submetidos a tratamento cirúrgico com DCPD (Apifix®) entre 2017 e 2020. Foram registados os dados demográficos e radiológicos, bem como as complicações.

RESULTADOS

Um total de 20 doentes foi incluído, todos do sexo feminino, com idade média de 15±2 anos, a maioria Risser 3/4 (75%), Lenke 1 e 5 na mesma proporção, seguidos por 24 ± 9 meses. A curva major reduziu de 50±7° (pré-operatório) para 24±7° (pós-operatório) ($p < 0,001$). Foram registadas 12 complicações em 8 doentes (40%) (duas doentes com 2 complicações e uma doente com 3 complicações), que motivaram extração do material (n=3) ou cirurgia definitiva (n=3). As complicações ocorreram aos 19±8 meses, sendo que a primeira complicação ocorreu aos 16±8 meses. Em três doentes ocorreu inversão do mecanismo, com descolamento séptico tardio numa doente. Em duas doentes foi constatada falência dos parafusos proximais (uma submetida a revisão dos parafusos, com posterior descolamento séptico tardio por *Staphylococcus epidermidis* multiresistente). Numa doente ocorreu falência do parafuso distal tendo sido revisto; posteriormente ocorreu falência da barra por 2 vezes. Numa doente ocorreu falência da barra e noutra dor sem causa desconhecida, na qual foi constatada metalose na re-intervenção (cirurgia definitiva).

A curva major aumentou para 27±14° no último follow-up ($p = 0,332$), tendo sido inferior a 30° em 16 (60%) dos doentes. O grupo de doentes com complicações teve uma curva major significativamente maior no último follow-up (39±10° vs 19±8° $p < 0,001$), independentemente da gravidade da curva no pré-operatório. As complicações ocorreram tendencialmente mais ($p > 0,05$) em curvas mais graves (52±8° vs 49±7°), nas hipocifóticas (18±7° vs 26±12°), nas mais lordóticas (55±11° vs 51±8°) e nas menos flexíveis (49±10% vs 56±17%) no pré-operatório, embora sem significado estatístico.

CONCLUSÃO

O uso do DCPD (Apifix®) teve resultados clínicos e radiológicos promissores, no entanto com altas taxas de complicações, mais recentemente descritas. Estudos prospetivos em larga escala são necessários para melhor avaliar a segurança e a eficácia a longo prazo deste dispositivo.

Palavras-chave:

Escoliose Idiopática do Adolescente, Dispositivo de Correção Posterior Dinâmico, Apifix, Complicações

CO 17

ABORDAGEM ENDOSCÓPICA LOMBAR BIORTAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E INCAPACIDADE DOS DOENTES COM ESTENOSE CANALAR LOMBAR - RESULTADOS CLÍNICOS APÓS 6 MESES DE CIRURGIA

Filipe Vaz da Silva¹; Tiago Costa¹; Sérgio Sousa¹; Armindo Picão Fernandes¹; Rodrigo Batata¹; Joaquim Reis¹; Alfredo Calheiros¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

A recalibração lombar (RL) por abordagem aberta ou por abordagens minimamente invasivas, como a técnica endoscópica uniportal (UESS) ou biportal (BESS), é uma cirurgia standard no tratamento da estenose canalar lombar (ECL). A BESS possibilita o uso e manuseamento de instrumentos cirúrgicos de forma semelhante à realizada na técnica microcirúrgica e a sua visualização direta através de um endoscópio. Em Portugal e restantes países Europeus, contrariamente à UESS, a BESS ainda não é habitualmente realizada na prática clínica.

Pretende-se descrever a técnica BESS - as suas particularidades e dificuldades técnicas e as suas vantagens e desvantagens - e apresentar os resultados clínicos dos primeiros 12 doentes com ECL submetidos a esta cirurgia após 6 meses de seguimento - lombalgia e cialgia (Escala Visual Analógica - VAS), incapacidade (Oswestry Disability Index - ODI) e qualidade de vida (EuroQol-5D).

Realizou-se um estudo prospetivo durante o período de um ano. Foram analisados dados demográficos, intra-operatórios (duração, nível lombar abordado, tamanho da incisão, perdas hemáticas, complicações), pós-operatórios (tempo de internamento, tempo até mobilização, analgésicos), clínicos (pontuação da lombalgia e cialgia na escala VAS, défices neurológicos) e funcionais (pontuação na escala ODI) e impacto na qualidade de vida (pontuação na escala EuroQol-5D) ao 1º, 3º e 6º mês pós-operatório.

O nível mais abordado foi L4-L5 e a duração da cirurgia foi progressivamente menor após os dois casos iniciais (curva de aprendizagem expectável). Não se registaram complicações intra-operatórias e as perdas hemáticas foram ≤ 20 mL. A maioria dos doentes conseguiu mobilização nas primeiras 6 horas após cirurgia e regressou ao emprego em 2-3 semanas após cirurgia com escassa analgesia.

Verificou-se melhoria significativa desde o período pré-operatório até aos 6 meses após a cirurgia na intensidade da lombalgia (média de 6.33 no período pré-operatório para 2 aos 6 meses após a cirurgia, $p=0.0006$) e da cialgia (média de 6.83 no período pré-operatório para 2.6 aos 6 meses após a cirurgia, $p=0.0007$), incapacidade (média de 48 no período pré-operatório para 22.83 aos 6 meses após a cirurgia, $p=0.0274$) e qualidade de vida (média de 0.18 no período pré-operatório para 0.52 aos 6 meses após a cirurgia, $p=0.019$).

A RL pela técnica BESS é segura e de fácil aprendizagem, possibilita mobilização precoce após cirurgia com escassa analgesia e regresso ao emprego mais precoce, com bons resultados clínicos até aos 6 meses após a cirurgia.

Palavras-chave:

Endoscopia Lombar Biportal, Estenose Canalar Lombar, Qualidade De Vida, Incapacidade

CO 18

RESULTADOS CLÍNICOS, COMPLICAÇÕES E TAXAS DE FUSÃO NA FUSÃO INTERSOMÁTICA LOMBAR INTRAFORAMINAL ASSISTIDA POR ENDOSCOPIA (ILIF) VERSUS FUSÃO INTERSOMÁTICA LOMBAR TRANSFORAMINAL MINIMAMENTE INVASIVA (MI-TLIF): REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

José Miguel Sousa¹; Hugo Ribeiro¹; João Luís Silva¹; José Miguel Consciência¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

Incentivada pelo sucesso da discectomia endoscópica, a fusão intersomática lombar por via intraforaminal assistida por endoscopia (iLIF) tem aumentando sua popularidade. Embora várias técnicas cirúrgicas tenham sido descritas, a abordagem através do triângulo de Kambin preservando as facetas articulares é a mais comum e com maior potencial para reduzir o trauma iatrogénico dos tecidos moles e ósseos. Estudos recentes mostraram resultados promissores em relação à redução de perdas hemáticas, diminuição do tempo de internamento, outcomes clínicos, complicações e fusão. No entanto, a comparação entre MI-TLIF e iLIF é escassa na literatura, e as preocupações sobre a segurança e os benefícios efetivos da técnica endoscópica persistem.

Foi realizada uma revisão sistemática e meta-análise para sintetizar e comparar os dados disponíveis na literatura sobre outcomes clínicos, complicações e taxas de fusão das duas técnicas cirúrgicas, MI-TLIF e iLIF.

MATERIAL E MÉTODOS

As bases de dados MEDLINE, Embase e Cochrane Library foram pesquisadas. Os critérios de inclusão foram: cinco ou mais doentes consecutivos submetidos a iLIF ou MI-TLIF por doenças degenerativas lombares; descrição da técnica cirúrgica; registo de outcomes clínicos, complicações e avaliação imagiológica; seguimento mínimo de 12 meses. O tempo cirúrgico, perdas hemáticas e tempo de internamento foram extraídos. As melhorias médias foram agrupadas e comparadas com as diferenças mínimas clinicamente relevantes (MCID).

RESULTADOS

Foram identificados 42 estudos elegíveis. O grupo iLIF teve perda hemática intra-operatória média significativamente menor (UMD 110,61 mL; IC 95% 70,43, 150,80; valor $p < 0,0001$) e tempo de internamento também significativamente menor (UMD 2,36; IC 95% 1,77, 2,94; valor de $p < 0,0001$). VAS back, VAS leg e ODI base até à última avaliação: as melhorias médias foram estatisticamente significativas (p valor $< 0,0001$) e clinicamente importantes para ambos os grupos (MCID VAS back $> 1,16$; MCID VAS leg $> 1,36$; MCID $> 12,40$). Não houve diferença significativa nas taxas de complicações nem de fusão entre ambas os grupos.

CONCLUSÃO

A fusão intersomática usando iLIF ou MI-TLIF leva a melhorias significativas e clinicamente importantes nos resultados clínicos para doenças degenerativas lombares. Ambos os procedimentos proporcionam altas taxas de fusão aos 12 meses, sem diferença significativa nas taxas de complicações. O iLIF está associado a perda hemática intraoperatória significativamente menor e a menor tempo de internamento.

Palavras-chave:

Endoscopia, Fusão Intersomática, Doença Degenerativa Lombar, Coluna Lombar

CO 19

CONSIDERAÇÕES ANATÓMICAS E TÉCNICAS DA FUSÃO INTERSOMÁTICA LOMBAR INTRAFORAMINAL ASSISTIDA POR ENDOSCOPIA POR VIA TRANSILÍACA: ESTUDO EM CADÁVER

José Miguel Sousa¹; Hugo Ribeiro¹; João Gamelas¹; José Miguel Consciência¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

A cirurgia endoscópica da coluna tem vindo a aumentar a sua, e é suportada por meta-análises recentes que favorecem a discectomia endoscópica lombar em relação à microdiscectomia em outcomes clínicos, tempo cirúrgico, tempo de internamento e menor risco de complicações. No entanto, os benefícios da abordagem endoscópica vão além das cirurgias de descompressão. Uma meta-análise recente comparando a fusão intersomática lombar intraforaminal assistida por endoscopia (iLIF) e a fusão intersomática lombar transforaminal minimamente invasiva (MI-TLIF) mostrou que, para o tratamento de doenças degenerativas lombares, a iLIF tem significativamente menos perdas hemáticas intraoperatórias e menor tempo de internamento. Contudo, as particularidades anatómicas de L5/S1 colocam algumas limitações para a expansão da técnica a este nível. Para superar algumas dessas limitações, foi descrita uma abordagem transilíaca para abordar hérnias disciais e patologia estenótica. O objetivo deste estudo é demonstrar a viabilidade de uma abordagem transilíaca L5/S1 para realização de iLIF e caracterizar as correlações anatómicas da via transilíaca endoscópica.

MATERIAL E MÉTODOS

Dez iLIF por via transilíaca e dez iLIF por via suprailíaca foram realizados bilateralmente em L5/S1 em cinco cadáveres selecionados aleatoriamente. Foram registadas as seguintes medidas: Distâncias da via transilíaca até a crista ilíaca, crista ilíaca póstero-superior e feixe neurovascular glúteo superior; parâmetros pélvicos; ângulos da abordagem; relação do ponto central lateral e AP da cage(CPR); percentagem da cage cruzando a linha média nas incidências AP e perfil. A integridade dos pratos vertebrais foi avaliada através de visualização endoscópica. Foi verificada através de dissecação anatómica a integridade das articulações facetárias, sacroilíacas, ligamento iliolumbar e raízes de L5 e S1.

RESULTADOS

Na técnica transilíaca, os ângulos de abordagem axial e coronal foram significativamente menores em 13,5° (IC95% -15,5;-11,5; p<0,001) e 13,2° (IC95% -15,3;-11,1; p<0,001), respectivamente, o ângulo de abordagem sagital aumentou significativamente em 5,4° (IC 95% 1,8,8,9; p = 0,008), e o AP CPR foi significativamente maior (MD 0,16; IC 95% 0,12,0,20; p <0,001). A percentagem da cage cruzando a linha média em AP foi superior em 31,6% (IC 95% 19,8,43,4; valor p<0,001). A integridade pratos vertebrais, articulações facetárias, articulações sacroilíacas, ligamento iliolumbar, raízes de L5 e S1 estava mantida.

CONCLUSÃO

A realização de iLIF L5/S1 por via transilíaca é uma técnica cirúrgica viável. Permite que a cage seja colocada mais centrada no plano coronal sem comprometer a posição anterior no plano sagital. A integridade das principais estruturas anatómicas em risco foi preservada.

Palavras-chave:

Palavras-Chave : Endoscopia, iLIF, Crista Ilíaca, Coluna Lombar

CO 20

IMPACTO DO TEMPO DE ESPERA PARA CIRURGIA NO RESULTADO CLÍNICO DA DISCECTOMIA ENDOSCÓPICA LOMBAR

Joana Almeida¹; Diogo Tomaz¹; Maria Clara Correia¹; Daniela Linhares¹; Nuno Neves²

1 - CHUSJ; 2 - HCP

INTRODUÇÃO

O tempo de espera para cirurgia é um problema emergente nos países ocidentais e transversal à patologia ortopédica. Na cirurgia da coluna vertebral, diversos estudos sugerem que este período parece correlacionar-se com a permanência de sintomatologia residual, nomeadamente neurológica. Contudo, esta relação está sub-estudada no que respeita à discectomia lombar endoscópica. Assim, este estudo pretende avaliar o impacto do tempo de espera no resultado clínico de doentes submetidos a discectomia lombar endoscópica.

METODOLOGIA

Neste estudo retrospectivo foram incluídos consecutivamente os doentes operados pelo mesmo cirurgião e submetidos a discectomia endoscópica lombar entre maio de 2019 e junho de 2022, num hospital com uma unidade dedicada à coluna vertebral. Foram colhidos dados demográficos e clínicos — idade, sexo, comorbilidades, duração do procedimento, necessidade de conversão, complicações imediatas, recidiva clínica e desenvolvimento de sequelas — e avaliada a dor pós-operatória através de uma *visual analogue scale* (VAS).

RESULTADOS

Foram incluídos 45 doentes (19 mulheres). A mediana do tempo de espera para cirurgia foi 53 dias com intervalo de quartis (IQR) 25-119 dias e o tempo mediano de duração de cirurgia foi 84 minutos (IQR 68-92). Foi encontrada relação entre o tempo de espera e o tempo de cirurgia (p=0,049); a cirurgia dos doentes que aguardaram mais de 119 dias demorou, em média, 108 minutos. Cerca de 25 doentes esperaram até 53 dias para cirurgia, sendo que 84% destes evoluíram sem recidiva clínica e 12% apresentou dor crónica. Dos doentes que esperaram mais de 53 dias, 60% evoluiu favoravelmente, com 45% dos doentes com dor crónica. Estas diferenças não foram estatisticamente significativas (p=0,295 e p=0,281, respetivamente). Dos doentes que realizaram ressonância de controlo, dois apresentavam tecido de fibrogranulação, ambos com tempo de espera >119 dias. Não foi encontrada correlação entre o score funcional VAS e o tempo de espera. Sem relação entre o tempo de cirurgia e recidiva clínica (p=0,211) ou existência de sequelas (p=0,586).

CONCLUSÃO

A cronicidade da sintomatologia herniária lombar origina alterações estruturais e bioquímicas no disco intervertebral e estruturas vizinhas, mais concretamente inflamatórias, podendo ser esta a razão pela qual o procedimento foi mais demorado nos doentes que estavam há mais tempo em lista de espera. Além disso, os doentes que aguardaram menos tempo (<53 dias), evoluíram com menor percentagem de recidiva clínica e menos dor crónica, apesar desta relação não ser estatisticamente significativa. Mantém-se a ausência no consenso sobre qual será o melhor timing para intervir estes doentes, sendo necessário mais estudos.

Palavras-chave:

Hérnia Discal Lombar, Lombalgia, Tempo de Espera, Resultado Clínico

CO 21

RESULTADOS CLÍNICOS DA DISCECTOMIA ENDOSCÓPICA LOMBAR

Joana Almeida¹; Diogo Tomaz¹; Maria Clara Correia¹; Daniela Linhares¹; Nuno Neves²

1 - CHUSJ; 2 - HCP

INTRODUÇÃO

A popularidade da cirurgia endoscópica da coluna lombar tem aumentado exponencialmente ao longo dos últimos anos pelas suas inúmeras vantagens, nomeadamente, menor agressividade cirúrgica e retorno precoce às atividades de vida diárias. Este estudo pretende avaliar o resultado clínico de doentes submetidos a discectomia endoscópica lombar.

METODOLOGIA

Neste estudo retrospectivo foram incluídos consecutivamente os doentes operados pelo mesmo cirurgião e submetidos a discectomia endoscópica lombar entre maio de 2019 e junho de 2022, num hospital com uma unidade dedicada à coluna vertebral. Foram colhidos dados demográficos e clínicos — idade, sexo, comorbilidades, duração do procedimento, necessidade de conversão, complicações imediatas, recidiva clínica e desenvolvimento de sequelas — e avaliada a dor pós-operatória (*visual analogue scale*, VAS).

RESULTADOS

Foram incluídos 45 indivíduos (19 mulheres). O tempo mediano de duração de cirurgia foi 84 minutos com intervalo interquartil (IQR) 68-92 minutos. Não foi encontrada relação entre o tempo de cirurgia e o sexo ($p=0,064$), depressão ($p=0,491$) ou obesidade ($p=0,725$). 51,1% dos doentes foram operados via transforaminal e os restantes por via interlamina. Quanto ao nível intervencionado, 53,3% foram intervencionados em L5-S1 e 35,6% L4-L5. Apenas 1 doente teve necessidade conversão em cirurgia aberta e apenas num foi documentada lesão dural. 73,3% doentes evoluíram favoravelmente e cerca de 4,4% foram re-intervencionados.

O resultado mediano do VAS foi de 5 com IQR 0-9. Não foi encontrada correlação positiva entre o score funcional VAS e o tempo de cirurgia ($p=0,312$). Não foi encontrada relação entre o tempo de cirurgia e recidiva clínica ($p=0,211$) ou existência de sequelas ($p=0,586$).

CONCLUSÃO

Cerca de ¾ dos doentes submetidos a discectomia endoscópica apresentam uma evolução favorável, com melhoria clínica e uma baixa incidência de complicações peri-operatórias. A necessidade de conversão para cirurgia aberta foi diminuta.

Palavras-chave:

Discectomia, Endoscopia, Lombalgia, Resultados Clínicos

CO 22

INFILTRAÇÃO ADIPOSITIVA, DEGENERESCÊNCIA DO DISCO E ALTERAÇÕES DE MODIC PRÉ-OPERATÓRIAS NÃO INFLUENCIAM OS RESULTADOS DE ARTRODESE LOMBAR

Filipa de Carvalho Cordeiro¹; Tiago Amorim Barbosa¹; João Seixas¹; Ricardo Rodrigues-Pinto¹

1 - Unidade Vertebral-Medular (UVM), Departamento de Ortopedia, Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A musculatura lombar é um estabilizador fundamental da coluna vertebral. Vários estudos associaram a infiltração adiposa, em especial do *multifidus* e do eretor da espinha, à dor lombar e radiculopatia. Além disso, a lombalgia discogénica é considerada a causa mais comum de dor lombar crónica. Desta forma, a condição pré-operatória da coluna lombar poderá interferir com os resultados do tratamento cirúrgico.

O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados clínicos após artrodese lombar em função do estado prévio de infiltração adiposa, degenerescência do disco intervertebral e alterações de Modic.

MÉTODOS

Foram avaliados, retrospectivamente, doentes submetidos a artrodese lombar, entre 2014 e 2019, num único centro. Foram analisados o grau de infiltração adiposa e o grau de degenerescência do disco intervertebral pré-operatórios, através das classificações de Pfirrmann e Modic, e foram correlacionados com os resultados clínicos pós-operatórios, através do Oswestry Disability Index (ODI), Escala Visual Analógica (EVA) e melhoria subjetiva da dor lombar e dor radicular.

RESULTADOS

Foram incluídos 139 doentes, dos quais 64 foram submetidos a artrodese posterolateral (APL) e 75 a artrodese intersomática (51 via transforaminal - TLIF - e 24 por via posterior - PLIF). A indicação cirúrgica mais frequente foi a espondilolistese (77%). Os doentes submetidos a fusão intersomática reportaram uma maior melhoria subjetiva da dor lombar e da dor radicular comparativamente aos doentes submetidos a APL ($p<0,05$), independentemente do grau de infiltração adiposa. Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre o tipo de cirurgia (artrodese intersomática vs. APL) com o ODI (30.32 vs. 31.70), EVA para dor lombar (5.4 vs. 4.2), ou EVA para dor radicular (4.1 vs. 2.8), respetivamente.

Não se encontrou relação entre o estado prévio do disco com ODI, EVA dor lombar/dor radicular ou regresso à atividade laboral.

Foi encontrada uma correlação entre doentes com maior grau de infiltração adiposa e maior persistência de dor radicular pós-operatória ($p=0,041$). Não se verificou associação entre o grau de infiltração adiposa com outros parâmetros clínicos pós-operatórios, como ODI, EVA dor lombar/dor radicular ou regresso à atividade laboral.

CONCLUSÃO

De acordo com este estudo, não há associação entre o grau de degenerescência do disco intervertebral ou infiltração adiposa com os resultados clínicos objetivos no pós-operatório, independentemente da técnica cirúrgica utilizada.

Palavras-chave:

Lombar, Artrodese, Alterações Pré-Operatórias, Resultados Clínicos

CO 23

AVALIAÇÃO DO EFEITO DO TLIF A UM NÍVEL NA LORDOSE LOMBAR E POSSÍVEL ASSOCIAÇÃO COM A ALTURA DISCAL ADQUIRIDA E POSIÇÃO DA CAGE - UMA SÉRIE DE CASOS

Tânia Veigas¹; Eduardo Pinto¹; Rui Sousa²; Manuel Godinho¹; Raquel Cunha¹; Alexandre Castro¹; António Madureira¹; João Alves¹; Ricardo Frada¹; António Miranda¹; Artur Teixeira¹

1 - Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; 2 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

O TLIF (*Transforaminal lumbar interbody fusion*) é uma das técnicas mais utilizadas de artrodese intersomática 360°, mas o seu potencial como técnica lordosante não é claro e parece dependente de fatores não totalmente compreendidos, com alguns artigos a referir um efeito cifosante. Este trabalho propõe-se a avaliar o efeito dos TLIFs a um nível na lordose lombar e possíveis associações.

Foram revistos retrospectivamente todos os doentes submetidos a TLIF de 2017 a 2020. Foram incluídos os doentes com TLIF a um único nível, com cages do mesmo modelo em forma de banana, com radiografias pré e pós operatórias em carga. Foram excluídos os TLIFs multinível ou associados a outras artrodeses e doentes que não tivessem exames de imagiologia adequados. Foi avaliada a lordose lombar (LL) e segmentar (LS) e a altura intersomática (AS) pré e pós-operatórias e a posição anteroposterior da cage. Considerou-se que o procedimento era lordosante se houvesse uma diferença da LL pré e pós-operatória > 0 mm e cifosante se ≤ 0 mm.

Dos 39 doentes incluídos no estudo, 62% tiveram um TLIF com um efeito cifosante com uma diminuição média de 4,7° ± 3,94° de LL e de 0,2° ± 4,4° de LS, e 38% doentes tiveram um TLIF com efeito lordosante com um aumento médio de 7,9° ± 7,9° da LL e de 3,2° ± 6,71° da LS. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre a LL pré e pós operatória quer nos TLIFs cifosantes (pré 55,3° ± 13,61° e pós operatória 50,4° ± 14,1°; t (23) = -5,976, p < 0,001), quer nos lordosantes (pré 54,6° ± 17,39° e pós-operatória 62,4° ± 15°; t (14) = -3,845 p = 0,002), mas tal não se verificou em relação à LS. Não houve diferença de aumento de AS pós operatória entre o grupo de TLIFs cifosante e lordosante, com um aumento da altura médio de 4,5mm ± 2,1mm e 4,6 ± 2,7 mm respetivamente. Nem o posicionamento anteroposterior da cage nem a LS pré-operatória apresentaram uma associação com um efeito lordosante ou cifosante. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre TLIFs no segmento L4-L5 e L5-S1, nem entre cirurgias minimamente invasivas (MIS) e não MIS.

À semelhança de alguns estudos, o TLIF parece ter quer um efeito lordosante quer cifosante. Uma cage em posição anterior e uma menor lordose segmentar pré-operatória são referidos como possíveis fatores relacionados com um aumento da lordose lombar após TLIF. Neste trabalho essa associação não foi verificada.

Palavras-chave:

TLIF, Lordosante, Cifosante, Cage

CO 24

TLIF ABERTO VS TLIF MIS - UM ESTUDO RETROSPETIVO DE 105 DOENTES.

Belmiro Alves¹; Bárbara Choupina¹; Pedro Seabra¹; Moisés Ventura¹; Filipe Lima Santos¹; José Gomes Marinhos¹

1 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

INTRODUÇÃO

A artrodese intersomática lombar por via transforaminal (TLIF) é uma técnica cirúrgica usada no tratamento de diversas patologias da coluna lombar. É aplicada usando a via aberta (TLIF-A) ou a via minimamente invasiva (TLIF-MIS). Apesar de um aumento da popularidade da TLIF-MIS, mantem-se controvérsia relativamente à melhor via de abordagem.

MATERIAL E MÉTODOS

Com o objetivo de comparar as técnicas cirúrgicas TLIF-A e TLIF-MIS, foi realizado um estudo observacional retrospectivo unicêntrico, que incluiu doentes submetidos a TLIF durante 5 anos (2017-2022), resultando uma população de 105 doentes. Critério de inclusão: realização de TLIF. Critérios de exclusão: TLIF mais do que 1 nível e instrumentação lombar prévia.

Foram analisadas variáveis relativas à demografia, diagnóstico, parâmetros peri-operatórios e pós-operatórios. Na análise estatística foi utilizado o *IBM SPSS Statistics v29*. Diferenças entre TLIF-A e TLIF-MIS foram analisadas perante variáveis categóricas com o Teste Chi-Quadrado e variáveis contínuas com o Teste T. Considerou-se uma diferença estatisticamente significativa o resultado de p < 0,05.

RESULTADOS

105 doentes submetidos a TLIF de 1 nível (48 TLIF-A; 57 TLIF-MIS). Idade média de 59 anos na TLIF-A e 52 anos na TLIF-MIS (p < 0,194). 56% dos doentes submetidos a TLIF-A e 66% a TLIF-MIS foram mulheres (p < 0,274). Das TLIF-A, 4% foram classificados quanto ao risco anestésico em ASA I, 60% em ASA II e 35% em ASA III; na TLIF MIS 9% em ASA I, 86% em ASA II e 5% em ASA III (p < 0,001).

Quanto ao diagnóstico, na TLIF-A destacam-se 35% Espondilolistesis, 38% Doença Degenerativa Discal (DDD) e 27% Canal Estreito Lombar (CEL), enquanto que na TLIF-MIS 42% Espondilolistesis, 54% DDD e 4% CEL (p < 0,002). Na TLIF-A foram abordados os níveis L3-L4 em 4%, L4-L5 em 77% e L5-S1 em 19%, enquanto no TLIF-MIS L4-L5 em 56% e L5-S1 em 44% (p < 0,010).

O tempo cirúrgico médio foi de 148 minutos na TLIF-A e 99 minutos na TLIF-MIS (p < 0,001). A média de tempo de internamento foi de 4,1 dias na TLIF-A e 2,6 dias na TLIF-MIS (p < 0,001).

Ocorreram complicações intraoperatórias em 6% na TLIF-A e 2% na TLIF-MIS (p < 0,231) e complicações pós-operatórias em 23% na TLIF-A e 12% na TLIF-MIS (p < 0,150). Realizada cirurgia de revisão aos 30 dias em 6% das TLIF-A e em nenhum caso na TLIF-MIS (p < 0,057). Aos 120 dias foi realizada cirurgia de revisão em 10% das TLIF-A e 2% na TLIF-MIS (p < 0,055).

CONCLUSÃO

Verifica-se que existe uma maior tendência a usar a TLIF-MIS em jovens, mulheres e com score ASA inferior. A TLIF-A leva a um maior tempo cirúrgico e de internamento. Apesar de parecer haver uma tendência para um aumento das complicações na TLIF-A, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Palavras-chave:

Artrodese intersomática lombar, Via transforaminal, TLIF Aberto, TLIF MIS

CO 25

TRATAMENTO CIRÚRGICO MINIMAMENTE INVASIVO DA ESTENOSE FORAMINAL ISOLADA

Leopoldina Pereira¹; Vítor Pinto¹; Rui Reinas¹; Óscar L. Alves¹

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2Hospital Lusíadas Porto

INTRODUÇÃO

A estenose foraminal é uma causa comum de radiculopatia cervical. A distração interfacetária com cage pode aumentar de forma indirecta a altura do foramen, descomprimindo a raiz nervosa no seu trajeto foraminal, e promover a fusão interfacetária. Neste estudo prospectivo, pretendemos avaliar os resultados clínicos e imagiológicos dos doentes que foram submetidos a fusão cervical posterior minimamente invasiva com cage interfacetária.

MÉTODOS

Todos os doentes submetidos a fusão interfacetária com cage cervical posterior por técnica percutânea, foram avaliados de forma prospectiva segundo a Visual Analogic Scale (VAS) e o questionário Neck Disability Index (NDI). Os resultados radiológicos foram avaliados em radiografia cervical, antes e após a cirurgia, tendo como parâmetros a lordose cervical, o ângulo segmentar, a altura discal anterior, posterior e mediana, e a eventual translação vertebral.

RESULTADOS

Dos 13 doentes envolvidos neste estudo, 8 doentes eram do género feminino e 5 doentes do género masculino. Registaram-se 23 níveis operados, sendo que 4 doentes foram operados a um nível, 8 doentes a dois níveis e 1 doente a três níveis. Com um seguimento médio de 3 anos, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa quer da dor, avaliada pelo score do VAS ($p=0.001$), quer da incapacidade funcional, avaliada pelo score do NDI ($p<0.001$). Houve um aumento estatisticamente significativo da altura posterior do disco nos níveis operados ($p=0.012$) que avalia de forma indirecta a altura do foramen. A taxa de fusão foi de 100%. Não foram registadas complicações.

CONCLUSÃO

A implantação bilateral de cages interfacetárias origina um aumento estatisticamente significativo da altura foraminal cervical ao nível operado, promovendo a descompressão indirecta da raiz nervosa. Estes achados radiológicos corroboram a melhoria da sintomatologia e da qualidade de vida. Esta técnica é segura e proporciona um resultado benéfico de longo prazo para o qual concorre a elevada taxa de fusão.

CO 26

VALIDAÇÃO PARA PORTUGUÊS DO COMI E DEFINIÇÃO DO MCID PARA DOENTES COM PATOLOGIA DEGENERATIVA DA COLUNA LOMBAR

Pedro Valente Aguiar^{1,2}; Pedro dos Santos Silva^{1,2}; Diana Lucas^{1,2}; Rui Vaz^{1,2,3}; Paulo Pereira^{1,2,3}

1 - Centro Hospitalar Universitário São João; 2 - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 3 - Centro de Neurociências, Hospital CUF, Porto

INTRODUÇÃO

O Core Outcome Measures Index for the back (COMI) é um questionário breve que procura avaliar no mesmo instrumento cinco domínios: dor, função, bem-estar, qualidade de vida e incapacidade. O objetivo deste trabalho consistiu em realizar a tradução e adaptação cultural do COMI para português europeu e validação psicométrica para utilização em doentes com patologia degenerativa da coluna lombar. Adicionalmente, pretendeu-se definir a diferença mínima clinicamente importante (MCID) para esta versão.

MATERIAL E MÉTODOS

A tradução e adaptação cultural do COMI para português foi realizada por quatro tradutores bilingues, dois falantes nativos de português e dois de inglês. Foram efetuadas traduções inglês-português e depois português-inglês, um consenso foi obtido após análise das traduções. Doentes com patologia degenerativa lombar a aguardar cirurgia no serviço de neurocirurgia de um hospital universitário português preencheram a versão traduzida do COMI pré-operatório, Oswestry Disability Index (ODI), EQ-5D e escala visual analógica da dor (VAS). Para assegurar a reprodutibilidade do COMI, os mesmos doentes responderam aos mesmos questionários num espaço máximo de 2 semanas e a uma pergunta para excluir alterações ao estado clínico durante este período. O MCID foi obtido após análise das respostas ao questionário COMI pós-operatório aos 3 meses, por método de ancoragem com uma pergunta com cinco opções sobre o resultado da cirurgia, definido pelo doente.

RESULTADOS

Foram avaliados questionários de 100 doentes, (61 do sexo feminino e 39 do sexo masculino), com idade mediana de 57 anos sendo que 96 destes doentes responderam aos segundos questionários. A validade da construção do COMI foi confirmada com a boa correlação de cada domínio do questionário COMI (Spearman $> 0,4$) com o questionário correspondente (ODI, EQ-5D ou VAS) e através da adequada correlação (Spearman $> 0,6$) da pontuação total do COMI com os questionários ODI e EQ-5D. As correlações intraclasse entre cada domínio do COMI e a pontuação total do COMI também foram adequadas (ICC $> 0,8$). Obtiveram-se 59 respostas nos questionários pós-operatórios do COMI sendo que o MCID foi definido como 1,3.

CONCLUSÃO

Apresenta-se neste trabalho a versão para português europeu do COMI, adaptado para população portuguesa com patologia degenerativa da coluna lombar, com critérios de validação adequados e com uma proposta de MCID.

Palavras-chave:

COMI, Diferença Mínima Clinicamente Importante, Patologia Degenerativa Coluna Lombar, PROM

CO 27

AUDITORIA AOS PEDIDOS DE CONSULTA EXTERNA POR PATOLOGIA DEGENERATIVA DE COLUNA EM UM CENTRO NEUROCIRÚRGICO - CONHECER A REALIDADE ATUAL PARA MELHORAR O FUTURO

Filipe Vaz Da Silva¹; Tiago Costa¹; Joaquim Reis¹; Isabel Ribeiro¹; Alfredo Calheiros¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Diariamente são realizadas inúmeras consultas externas de Neurocirurgia (CENC) em vários centros em Portugal devido a patologia degenerativa de coluna (PDC), sobretudo lombar (PDCL) e cervical (PDCC). Apesar de os dados não serem conhecidos, pensa-se que grande parte desses doentes não são orientados para tratamento cirúrgico e, como tal, é fundamental otimizar a referenciação à CENC destes doentes para maximizar os recursos humanos, produtividade laboral, qualidade de vida e benefício clínico com tratamento conservador e cirúrgico.

Pretende-se conhecer a epidemiologia de referenciação à CENC num centro neurocirúrgico, avaliar a orientação dada aos doentes com PDC e apresentar uma proposta para melhorar a eficiência da referenciação à CENC destes doentes.

Foram analisados todos os pedidos de CENC realizados a um centro neurocirúrgico entre janeiro e junho de 2021, com base em registos clínicos e exames complementares de diagnóstico disponíveis. O seguimento e os outcomes dos doentes foram avaliados durante o período de um ano após o pedido de CENC.

Dos 1138 pedidos de CENC efetuados, 1048 deveram-se a PDC (92.1%; 61% do género feminino; idade média de 55.93±14.01 anos), sendo que 706 deveram-se a PDCL (62%; 59% do género feminino; idade média de 56.16±13.81 anos) e 342 deveram-se a PDCC (30.1%; 63.3% do género feminino; idade média de 55.46±12.19 anos). Os pedidos de CENC por PDC foram maioritariamente originários do distrito do Porto (n=567/54.1%; 378/53.5% por PDCL e n=187/54.7% por PDCC), sendo que 163/15.6% pedidos foram aceites (n=129/18.3% por PDCL e n=34/9.9% por PDCC) e 885/84.4% (577/81.7% por PDCL e n=308/90.1% por PDCC) foram recusados. Apenas 43/4.1% dos doentes apresentavam PDC potencialmente cirúrgica ou foram submetidos a tratamento cirúrgico (n=27/3.8% por PDCL e n=16/4.7% por PDCC). Os restantes doentes apresentavam patologia do sistema nervoso periférico ou não neurocirúrgica, foram orientados para tratamento conservador, faltaram ou desistiram à primeira CENC ou foi-lhes recusado pedido de CENC por diversos motivos.

Os números evidenciados suportam a necessidade de mudança na referenciação à CENC e na orientação dos doentes com PDC. Nesse sentido, o projeto GLIA - teleconsulta médica multidisciplinar, foi idealizado para maximizar os benefícios do tratamento conservador e cirúrgico destes doentes.

Palavras-chave:

GLIA, Consulta externa, Patologia Degenerativa de Coluna, Epidemiologia

CO 28

ARTROPLASTIA CERVICAL MULTINÍVEIS: RESULTADOS CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS

Óscar L Alves^{1,2}; Rui Reinas^{1,2}; Vítor Pinto¹; Leopoldina Pereira¹; Djamel Kitumba¹

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2 Hospital Lusíadas Porto;
2 - 1 Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, Hospital Lusíadas Porto

INTRODUÇÃO

A artroplastia cervical (AC) é uma opção validada para o tratamento cirúrgico da doença discal cervical monosegmentar como alternativa à artrodese. O seu uso em doença discal cervical multiníveis (DDCM) tem sido vagamente reportado na literatura. O presente estudo tem por objectivo avaliar os resultados clínicos e imagiológicos da AC nos pacientes com DDCM.

MÉTODOS

Análise retrospectiva de registos clínicos, Rx cervical neutro e dinâmico pré/pós-operatório de doentes submetidos a AC por DDCM (2-4 níveis). Foi estudado o balanço sagital (ângulo segmentar e C2-7, cSVA), amplitude de movimento (ROM) global e segmentar, VAS cervical e braço (n/aVAS, respectivamente), critérios de Odom, calcificação heterotópica (CH) para doentes com seguimento >2 anos. Foi realizada uma análise de subgrupos, comparando procedimentos a 2 níveis com 3-4 níveis.

RESULTADOS

Foram estudados 32 doentes, 6 homens e 26 mulheres, idade média de 46 anos (30-63). Setenta e sete níveis cervicais foram tratados com o mesmo implante – 21 doentes a 2 níveis, 9 a 3 níveis, e 2 doentes a 4 níveis. No pós-operatório, o SVA diminuiu (-2,2±8.36mm, p=0.098). O ROM global (3.7±9.6°, p=0.042) e segmentar (1.3±6.1°, p=0.071) aumentaram. O nVAS e o aVAS diminuiu (7.5±1.1 to 2.5±1.5; 6.3±1.9 to 2.2±1.7, p<0.05). O SVA diminuiu nos dois subgrupos (1.6±9.4° p=0.44 para 2 níveis; 7.2±11.7° p=0.07 para 3-4 níveis), e o ROM global e segmentar aumentou (1.6±9.4° p=0.44 global e 1.1±4.7° p=0.12 segmentar para 2 níveis; 7.2±11.7° p=0.07 global e 1.3±8.1° p=0.35 segmentar para 3-4 níveis). 9.9% (7/71) dos níveis operados apresentou CH.

CONCLUSÃO

A AC multiníveis proporciona bons resultados clínicos e imagiológicos, preservado a mobilidade global e segmentar e protegendo o balanço sagital cervical, tornando esta técnica uma opção válida para doentes seleccionados com DDCM. Não se verificaram disparidades de resultados entre 2 níveis e 3-4 níveis

CO 29

INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO APÓS CIRURGIA DA COLUNA VERTEBRAL - EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

André Santos Moreira¹; João Carvalho Pereira¹; Ana Catarina Águas²;
Joana Araújo De Azevedo¹; Nuno Oliveira¹; Pedro Varanda^{1,2}; Bruno Direito-Santos^{1,2}

1 - Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal;
2 - Escola de Medicina, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, Braga, Portugal

INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) constitui uma complicação após cirurgia da coluna, estando associada a morbimortalidade e custos socioeconómicos elevados. No entanto, a incidência do TEV e o perfil da população em risco são ainda desconhecidos, podendo variar entre 0,3-31%. O principal objetivo do estudo é avaliar a incidência e os fatores de risco associados ao TEV após cirurgia da coluna. O objetivo secundário é avaliar o impacto da tromboprofilaxia na ocorrência de eventos tromboembólicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados, retrospectivamente, todos os doentes submetidos a cirurgia da coluna, entre 2015 e 2019, no nosso hospital com, pelo menos, um ano de follow-up.

RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 1247 doentes. Dezassete doentes (1,4%) desenvolveram um evento tromboembólico durante o período de follow-up. O tempo mediano até à ocorrência do evento foi de 28 dias e cerca de 50% dos casos ocorreram durante o primeiro mês pós-operatório. Dez doentes (58%) foram submetidos a cirurgia aberta da coluna lombar e oito doentes (47%) foram submetidos a cirurgia minimamente invasiva. A idade média aquando da cirurgia foi de cinquenta e sete anos. A cirurgia da coluna associada a doença oncológica (n = 2; 11,8%) e os procedimentos cirúrgicos que envolveram uma abordagem combinada anterior e posterior (n = 5; 29,4%) foram associados a uma maior incidência do TEV (p < 0,05). Entre os doentes que desenvolveram um evento tromboembólico, oito doentes (47,1%) usaram pelo menos um método de tromboprofilaxia. A profilaxia do TEV não foi associada a uma menor incidência de eventos tromboembólicos (p= 0,184) e a administração de ácido tranexâmico não constituiu um fator de risco para a sua ocorrência (p= 0,176).

CONCLUSÃO

A incidência do TEV após cirurgia da coluna vertebral é baixa. A tromboprofilaxia não demonstrou ser um fator preditor independente da ocorrência de eventos tromboembólicos no nosso estudo. A idade, o sexo, a região anatómica, a cirurgia minimamente invasiva e a administração de ácido tranexâmico não influenciaram a incidência do TEV. No futuro, serão necessários mais estudos para esclarecer o benefício clínico da tromboprofilaxia após cirurgia da coluna.

Palavras-chave:

Cirurgia da Coluna Vertebral, Tromboembolismo Venoso, Tromboprofilaxia, Complicação Pós-Operatória

CO 30

VALIDAÇÃO DO SCORE MSI-20 NUMA COORTE RETROSPECTIVA DE DOENTES COM INFEÇÃO RAQUIDIANA TRATADOS CIRURGICAMENTE

Mariana Casqueiro¹; Carla Reizinho¹; Mário Vale Campos¹; José Cabral¹; Ding Zhang¹

1 - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

A infeção raquidiana é uma condição potencialmente fatal com incidência crescente nas últimas décadas, englobando qualquer processo infeccioso da coluna vertebral ou tecidos para-vertebrais. O tratamento destas condições é desafiante e o limiar para o tratamento cirúrgico ainda é uma questão amplamente debatida. Recentemente foi criado o score MSI-20 (Mortality in Spinal Infection) que consiste numa escala de avaliação clínica que tenta estimar a mortalidade neste tipo de infeções de modo a facilitar a decisão clínica. No entanto, este score foi elaborado com base numa coorte heterogénea que incluiu doentes tratados tanto cirurgicamente como conservadoramente. O objetivo deste estudo foi validar e verificar a aplicabilidade do score MSI-20 numa população de doentes tratada de forma estritamente cirúrgica.

MATERIAL

Cento e dezasseis doentes com infeção raquidiana tratados cirurgicamente num centro hospitalar foram retrospectivamente analisados, num intervalo de 10 anos, com um mínimo de seis meses de follow-up.

MÉTODOS

Avaliaram-se os diferentes parâmetros para a contabilização do score MSI-20, nomeadamente (1) IMC, (2) score ASA, (3) presença de sépsis (4) "age-adjusted Charlson Comorbidity Index", (5) presença e o grau de insuficiência renal, (6) presença de doença hepática, (7) défices neurológicos e (8) valor de PCR ao diagnóstico.

Procedeu-se a análise uni e multivariada do score MSI-20 assim como das suas variáveis individualmente para verificar a respetiva influência na mortalidade e outcome funcional aos 6 meses.

RESULTADOS

Relativamente ao principal objetivo deste estudo, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o score MSI-20 e a mortalidade dos doentes (p<0,001), bem como entre este score e o outcome funcional aos 6 meses (p<0,001). Quanto à análise individual de cada parâmetro clínico, na análise univariada demonstrou-se que o valor de PCR ao diagnóstico, o score ASA, a presença de sépsis, o "age-adjusted Charlson Comorbidity Index", a presença de insuficiência renal e hepática, e a força muscular ao diagnóstico influenciaram de forma estatisticamente significativa a mortalidade e o outcome funcional. Destes, apenas a força muscular ao diagnóstico (p<0,001) e o IMC (p=0,013) mantiveram significância estatística para o outcome funcional. Nenhuma das variáveis apresentou, em análise multivariada, significância estatística no que concerne à mortalidade.

CONCLUSÃO

O score MSI-20 apresentou uma robusta correlação com a mortalidade e outcome funcional na nossa coorte de doentes com infeção raquidiana tratada cirurgicamente, comprovando a sua validade nesta população. O grau de força muscular ao diagnóstico e o IMC foram os únicos parâmetros que influenciaram de forma independente o outcome funcional.

Palavras-chave:

Infeção Raquidiana, Score Msi-20, Mortalidade, Outcome Funcional



SPPCV
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PATOLOGIA
DA COLUNA
VERTEBRAL

XI 27 a 29
Outubro
2022 **CONGRESSO
DA SPPCV**

E-POSTERS



EP 01

TRATAMENTO DE LESÕES MEDULARES AGUDAS: ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM CENTRO PORTUGUÊS DE REFERÊNCIA

Sara Elisa Diniz¹; Rita Faria¹; Sofia Dantas¹; Ricardo Rodrigues-Pinto¹

1 - Unidade Vertebral-Medular, Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

As lesões medulares agudas afetam significativamente a qualidade de vida dos doentes e acarretam elevados custos para o sistema de saúde e para a sociedade. O acesso atempado a cuidados especializados e a descompressão cirúrgica nas primeiras 24 horas pós-lesão têm sido associados a melhores resultados neurológicos e funcionais, pelo que têm vindo a ser recomendados. O Centro Hospitalar Universitário do Porto dispõe de uma Unidade Vertebral-Medular e tem uma escala de prevenção ao longo do ano que designa um cirurgião de coluna para tratar doentes com lesões vertebral medulares. No entanto, os dados sobre os tempos cirúrgicos destes doentes não estão documentados.

OBJETIVO

Caracterizar os doentes com lesão medular aguda operados no Centro Hospitalar Universitário do Porto e o seu percurso desde o local de lesão até ao tratamento definitivo.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo de centro único. Doentes adultos com diagnóstico pré-operatório de lesão traumática da coluna, operados no Centro Hospitalar Universitário do Porto ao longo de 4 anos, foram identificados e classificados com base na American Spinal Injury Association Impairment Scale. Esta classificação foi reavaliada após um ano. Foram analisadas as horas da primeira admissão hospitalar, de chegada ao hospital de tratamento definitivo e de cirurgia. Os doentes foram classificados de acordo com o mecanismo de lesão, o nível anatómico da lesão, a lesão neurológica, as admissões em hospitais intermédios e os tempos cirúrgicos. A relação entre o grau de lesão neurológica e o tempo até cirurgia foi avaliada.

RESULTADOS

Foram incluídos 208 doentes, a maioria do sexo masculino. As quedas foram responsáveis pela maioria das lesões. 33,7% dos doentes apresentavam défices neurológicos, dos quais 37,1% apresentavam o nível mais grave de lesão (ASIA A). 40 (57,1%) doentes com lesões neurológicas tiveram uma primeira admissão num hospital intermédio. 44 (63,8%) foram operados nas primeiras 12 horas, 10 (14,5%) entre 12-24 horas e 15 (21,7%) apenas após 24 horas. Os doentes com lesões neurológicas mais graves foram operados significativamente mais rápido ($p < 0,001$).

CONCLUSÃO

Admissões em hospitais intermédios representam um motivo de atraso no tratamento que é potencialmente modificável. Com base nestes resultados, diretrizes melhor caracterizadas e circuitos bem definidos devem ser desenvolvidos, no sentido de agilizar o transporte direto dos doentes com lesões medulares agudas do local onde ocorreu a lesão até ao hospital de tratamento definitivo.

Palavras-chave:

Lesão Medular Aguda, Coluna Vertebral, Descompressão Cirúrgica, Tempo para Tratamento

EP 02

DISCECTOMIA ENDOSCÓPICA TRANSFORAMINAL VS MICRODISCECTOMIA ABERTA PARA O TRATAMENTO DE HÉRNIA DISCAL LOMBAR: ESTUDO RETROSPECTIVO COMPARATIVO

João Pedro Oliveira¹; Hugo Ribeiro¹; Jácome Morgado¹; José Miguel Sousa¹; Pedro Ribeiro da Cunha¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

OBJETIVOS

Comparar os resultados cirúrgicos para o tratamento de hérnia discal lombar quanto à melhoria da dor, da incapacidade e das suas complicações

MÉTODOS

Estudo retrospectivo comparativo com 46 doentes com hérnia discal lombar, foram divididos em 2 grupos e monitorizados por um período mínimo de 12 meses, dos quais 23 foram submetidos a discectomia endoscópica transforaminal (Grupo A) e os restantes a microdiscectomia aberta (Grupo B). Dor lombar e radiculopatia foram avaliadas pelo Questionário de incapacidade de Oswestry validado para o português e escala analógica de dor (VAS) para o seguimento dos doentes. As complicações cirúrgicas foram registadas.

RESULTADOS

O tempo médio de duração dos sintomas foi de 9.48 meses e de 12.96 meses para os grupos A e B, respectivamente. O tempo médio de regresso ao trabalho foi de 90.0 dias e 74.6 dias ($p=0.262$) para os grupos A e B, respetivamente. O delta médio do VAS radicular foi de 7.87 e 7.74 ($p=0.449$) para os grupos A e B, respectivamente. O delta médio do VAS lombar foi de 6.57 e 6.26 ($p=0.394$) para os grupos A e B, respectivamente. O delta do ODI foi de 37.3 e 33.43 ($p=0.111$) para os grupos A e B, respectivamente. No grupo A 4.3% dos doentes necessitou de durotomia, e 8.7% foram reoperados. Não houve nenhuma complicação no grupo B.

DISCUSSÃO

Após a cirurgia, houve melhoria significativa quanto a dor lombar e radiculopatia, porém sem significado estatístico entre os dois grupos. Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa, verificou-se uma tendência para um maior tempo médio de regresso ao trabalho no grupo A, porém no mesmo grupo verificou-se uma melhoria mais acentuada na avaliação da incapacidade. Não existiu diferença estatística quanto a recidiva, infecção e necessidade de reintervenção.

CONCLUSÃO

Discectomia endoscópica apresentou resultados similares à microdiscectomia aberta quanto à dor e melhoria de incapacidade. Em conclusão, a discectomia endoscópica consiste numa técnica segura e eficaz representando uma alternativa ao tratamento gold standard, a microdiscectomia.

Palavras-chave:

Hérnia Discal Lombar, Endoscopia Transforaminal, Microdiscectomia Lombar, Estudo Retrospectivo 2 Técnicas Cirúrgicas

EP 03

CIRURGIA DE SEPARAÇÃO DE METÁSTASES VERTEBRAIS COMPLICADA PELA PRODUÇÃO DE MUCINA PELO RESÍDUO TUMORAL

Joana Tavares¹; Tiago Lorga²; Alexandra Santos¹; Marta Pinto⁴; João Andrade¹; Carla Reizinho¹; Miguel Casimiro³; Ana Luís¹

1 - Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 2 - Serviço de Neurorradiologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 3 - Hospital da Luz; 4 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu

INTRODUÇÃO

Em virtude do aumento da esperança média de vida da população e maior sobrevida dos doentes oncológicos, a incidência da doença óssea metastática está a aumentar, sendo a coluna o local mais comum.

O tratamento das metástases vertebrais tem como objectivos: proporcionar alívio algíco, manutenção ou recuperação da função neurológica, controlo local durável do tumor, estabilização vertebral e melhoria da qualidade de vida. Assim, complicações ou necessidade de reintervenção cirúrgica podem anular os potenciais benefícios de uma cirurgia. Após revisão da literatura, encontrámos apenas o relato de um caso de coleção epidural por produção mucinosa tumoral.

MATERIAIS E MÉTODOS

Reportamos dois casos de metastização óssea vertebral de primários com diferentes histopatologias, complicados, no pós-operatório, por coleções resultantes de abundante produção de líquido mucinoso a partir do resíduo tumoral.

RESULTADOS

Caso 1: feminino, 50 anos, com diagnóstico oncológico inaugural na investigação de cervicobraquiqualgia direita. Inicialmente com metastização óssea C4-D1 e fratura patológica com massa epidural em C6, pelo que careceu de cirurgia de descompressão e fixação posterior (parafusos às massas laterais C5-C7). O resultado anatomopatológico foi metástase de adenocarcinoma provavelmente digestivo, mas o estudo sistémico foi negativo. Apesar do tratamento adjuvante (químio e radioterapia), no pós-operatório tardio apresentou drenagem espontânea de líquido pela cicatriz, com necessidade de revisão da ferida bem como de punções evacuadoras por cervicalgia incapacitante. Posteriormente, desenvolveu nova fratura patológica de D1, tratada por via anterior (corporectomia e colocação de placa) e extensão da fixação posterior (parafusos pediculares D2-D3-D4). Também aqui teve drenagem espontânea por ambas as abordagens, com necessidade de colocação permanente de dreno. A análise citológica destas coleções foi sempre compatível com metástase de adenocarcinoma.

Caso 2: masculino, 79 anos, com antecedentes de leiomiiossarcoma pleomórfico da coxa direita excisado e reintervencionado localmente. Posteriormente apresentou metastização pulmonar (submetido a segmentectomia da língula), íliaca (irradiada) e vertebral D11 (irradiada). A RM-dorsal 3 meses pós-irradiação mostrava aumento da componente quística lesional e fratura patológica de novo de D11, com consequente compressão medular. O doente referia bom controlo algíco com terapêutica e apesar de ter uma paraparesia (FM grau 4/5), recusava tratamento cirúrgico. Um mês depois foi admitido por quadro de início súbito (<24h) de paraparesia grau 1-2/5, retenção urinária e dor não controlada. Neste contexto, consentiu cirurgia e foi submetido a cirurgia de separação com estabilização por via posterior. Um mês após a intervenção, apresentava melhoria da paraparesia para grau 3+/5, mas com evidência de tumefacção no local da abordagem cirúrgica, sem sinais inflamatórios e que a RM confirmou tratar-se de volumosa coleção líquida epidural/paravertebral de sinal idêntico ao da lesão tumoral.

CONCLUSÃO

Embora raras, as coleções mucinosas no contexto pós-cirúrgico de lesões metastáticas devem fazer parte dos diagnósticos diferenciais de massas epidurais pós-operatórias.

Palavras-chave:

Mucina, Metástases Vertebrais, Resíduo tumoral, Cirurgia de Separação

EP 04

CASO CLINICO - HERNIA DO DISCO LOMBAR (HDL) EM DOENTE GRAVIDA. DESAFIOS NO TRATAMENTO

Grigory Fionik¹; Hugo Vaz dos Santos¹; Hélder Larginho Maurício¹; Pedro Pinto¹

1 - Hospital Beatriz Angelo

INTRODUÇÃO:

A hernia do Disco Lombar sintomática na população das mulheres grávidas é uma patologia rara com incidência de 1:10000, dos quais cerca de 15% apresentam défice neurológico.

A decisão sobre tratamento cirúrgico deve ser ponderado considerando a saúde da mãe e do feto. A opção de tratamento cirúrgico devera ser avaliado por uma equipa multidisciplinar: cirurgião da coluna, obstetra, neonatologista, anestesista. Na preparação pré-operatória deve ser considerado: posicionamento intraoperatório de doente, planeamento de parto emergente, monitorização de tenção arterial da mãe, prevenção de tóclise.

RESUMO:

Apresentamos caso clinico de uma senhora de 36 anos de idade, residente em França, 2ª gravidez com 19 semanas. A doente recorreu ao serviço de urgência com cialgalgia intensa de difícil controlo medicamentoso e incapacitante para marcha, com inicio desde há 3 semanas e agravamento progressivo da dor.

Foi realizada RM de urgência que confirmou presença de HDL 5-1 intracanal extrusa a esquerda com compressão radicular L5-1 a esq. Controlo sintomático conseguido só com corticoterapia e tramadol em esquema e repouso no leito.

A intervenção cirúrgica considerada com apoio de ginecologia e obstetrícia para vigilância de saúde materna e monitorização fetal. Cirurgia realizada em decúbito ventral, por via minimamente invasiva, sem intercorrências, com resolução da cialgalgia no período pós-operatório imediato. Confirmada boa vitalidade do feto e tónus uterino normal. Iniciou levantar e marcha no 1º dia pós-operatório, tendo tido alta nesse dia. A 1ª consulta foi realizada as 2 semanas, mantendo-se sem queixas e com evolução normal da gravidez. De seguida doente retornou para pais da sua residência.

DISCUSSÃO:

Trata-se de uma patologia rara e com poucos casos publicados na literatura, cujo tratamento se torna desafiante pelo momento da vida em que ocorre. São discutidos os métodos de diagnostico complementar e sua segurança, o tratamento medicamentoso, indicações cirúrgicas, prevenção de complicações na saúde materna e fetal, nomeadamente o posicionamento da grávida durante a cirurgia e possíveis abordagens cirúrgicas, resultados de tratamento cirúrgico e follow-up.

Palavras-chave:

Caso Clínico, Grávida, Hernia Discal, Patologia da Coluna nas Grávidas

EP 05

LESÃO INTRAMEDULAR: UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Teresa Morais Pinheiro¹; Bernardo De Smet¹; Inês Ramadas¹; Francisco Rebelo¹; Luís Cardoso¹; Pedro Moura Branco¹; Fausto Carvalho¹; Lino Vieira Fonseca¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

INTRODUÇÃO

As neoplasias de topografia intramedulares representam cerca de 2 a 5% de todas as neoplasias localizadas ao nível dos compartimentos do ráquis.⁽¹⁾ O diagnóstico histopatológico mais frequente é ependimoma, seguido de astrocitoma. A patologia metastática intramedular, apesar de rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial, sobretudo na presença de lesões sistémicas concomitantes.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, de 62 anos, com antecedentes pessoais de carcinoma basocelular de padrão infiltrativo da pálpebra esquerda com necessidade de remoção cirúrgica e tratamento complementar há 3 anos. Encaminhado para o nosso departamento por quadro com cerca de 1 ano de evolução de défice de força muscular no hemicorpo direito de predomínio braquial, associado a parestesias, limitação da marcha e sinais piramidais à direita. Realiza ressonância magnética cervical que revela lesão intra-axial com componente exofítica da transição bulbo-medular à direita. Sob neuromonitorização somatossensitiva e motora e estimulação monopolar, através de abordagem *far lateral*, é submetido a ressecção macroscopicamente total de lesão com coloração escura, consistência mole e com plano parcialmente definido. O diagnóstico histopatológico foi de melanoma. No período pós-operatório apresentou agravamento temporário do quadro neurológico, tendo mantido acompanhamento por fisioterapia com recuperação progressiva dos mesmos. Foi realizado estadiamento da doença, sem evidência de outras lesões, pelo que se confirma ser uma lesão primária de melanoma intramedular.

CONCLUSÃO

Apesar da metastização intramedular representar uma patologia rara, deve ser sempre considerada como hipótese diagnóstica. A abordagem multidisciplinar é fulcral para delinear o plano terapêutico. A neuromonitorização é de fulcral importância para a decisão da extensão de remoção.

Palavras-chave:

Intramedular, Oncologia, Melanoma, Neoplasia Primária

EP 06

SACRECTOMIA TOTAL POR VIA POSTERIOR POR CORDOMA DO SACRO - CASO CLÍNICO

Sérgio Duarte da Costa¹; Diogo Luz¹; Filipa Castelão¹; Gonçalo Freitas¹; Pedro Pais¹; Vitor Castro¹

1 - Hospital Garcia de Orta

INTRODUÇÃO

O cordoma é um tumor extremamente raro, com incidência estimada de 1/1000000 pessoas/ano, sendo que em 50% dos casos afeta a região sacrococcígea. Trata-se de um tumor de grau intermédio, localmente invasivo e com elevada taxa de recidiva local.

MATERIAL E MÉTODOS

Exploração do caso clínico e revisão da literatura

RESULTADOS

Homem de 53 anos, com antecedentes pessoais de diabetes melitus. Apresentava quadro de dor lombossagrada com 3 anos de evolução, que justificaram estudo por TC lombar. A TC inicial demonstrava lesão centrada a S2, descrita como quisto de Tarlov. Por crescimento da lesão em TC controlo, realiza RM lombossagrada que demonstra aumento da lesão prévia, com extensão às 3 primeiras vertebrae sagradas e envolvimento do canal central sagrado, com características altamente sugestivas de cordoma do sacro. Doente não apresentava alterações ao exame neurológico na apresentação inicial. Após discussão cuidada com o doente e família, foi proposto para remoção em bloco da lesão.

Foi realizada sacrectomia total por via posterior, em tempo cirúrgico único, com sacrifício do saco tecal a nível de S1, com reconstrução lombopélvica e retalho miocutâneo de avanço V-Y.

No período pós-operatório, em unidade de cuidados intensivos, apresentou múltiplas complicações nomeadamente pneumonia associada a ventilador, posteriormente com infeção da ferida, que evoluiu para meningoencefalite. Necessitou de terapêutica antibiótica prolongada e revisão cirúrgica da ferida operatória. O estudo anatomopatológico documentou cordoma do sacro de tipo convencional, com margens livres, sendo referenciado para radioterapia prótonica.

À data de último follow-up, 6 meses pós-operatório, o doente apresenta défice na dorsiflexão (grau 4 MRC) e flexão plantar (grau 4- MRC), sem outros défices motores, apresenta retenção urinária com necessidade de algaliação e incontinência fecal. Doente refere desconforto na anca esquerda, sendo capaz de marcha com andarrilho.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico de cordoma do sacro pode ser curativo e deve ser considerado numa primeira abordagem de tratamento. Em casos seleccionados, a via posterior isolada é uma opção cirúrgica útil e eficaz. No entanto, particularmente quando a primeira vértebra sagrada está incluída, a morbilidade associada é significativa, devendo o tratamento ser precedido de uma extensa discussão de risco/benefício e de consentimento informado extenso e claro.

Palavras-chave:

Cordoma, Sacrectomia Total, Reconstrução Lombopélvica, Consentimento Informado

EP 07

EDEMA CEREBRAL PSEUDO-HIPÓXICO APÓS CIRURGIA DA COLUNA LOMBAR: A PROPÓSITO DE UM CASO

Nuno Telo Ramos¹; José Maria Sousa¹; Elsa Moreira¹; Mariana Sousa¹; Daniela Linhares¹; António Sousa¹; João Duarte Silva¹

1 - Centro Hospitalar e Universitário de São João

INTRODUÇÃO

O edema cerebral pseudo-hipóxico ou hipotensão intracraniana pós-operatória associada a congestão venosa é uma complicação rara e potencialmente fatal que pode ocorrer após cirurgia cerebral ou da coluna vertebral. Esta lesão ocorre por perda rápida de líquido cefalorraquidiano que leva a congestão venosa cerebral secundária. As alterações clínicas e imagiológicas mimetizam uma lesão cerebral anóxica.

APRESENTAÇÃO

Apresentamos um caso clínico de uma doente de 77 anos, internada eletivamente para tratamento cirúrgico de uma espondilolistese degenerativa de L5-S1, tendo sido submetida a laminectomia e foraminectomia bilateral de L5-s1 e artrodese postero-lateral instrumentada com enxerto autólogo. O procedimento decorreu sem intercorrências.

A doente apresentou dois eventos convulsivos tónico-clónicos generalizados no pós-operatório imediato com alteração do estado de consciência e necessidade de entubação. A tomografia cerebral realizada demonstrava alterações compatíveis com síndrome de hipotensão de líquido cefalorraquidiano. A ressonância magnética corroborava estes achados.

RESULTADOS CLÍNICOS

A doente foi submetida a estudo imagiológico seriado que demonstrava coleção de líquido cefalorraquidiano no espaço extra-dural. Por esse motivo, foi submetida a exploração cirúrgica, com identificação de lesão dural e sua reparação com sutura e recurso a matriz selante de colagénio. A doente apresentou uma melhoria clínica progressiva e recuperação do seu estado de consciência prévio.

DISCUSSÃO

Este caso clínico, descreve uma possível complicação da cirurgia da coluna lombar, apesar de ausência de evidência de durtomia intra-operatória.

A literatura descreve prognósticos muito variados, desde recuperação completa até à morte. *Evins et al.* apresentam uma série, onde 29% dos casos resultou em morte em 48 horas e teoriza que o risco de mortalidade se relacionará com a aspiração massiva de líquido cefalorraquidiano em direta relação com a pressão negativa exercida pelo sistema de drenagem.

CONCLUSÃO

Este caso clínico, alerta para a necessidade de os cirurgiões de coluna reconhecerem a possibilidade da ocorrência de edema cerebral pseudo-hipóxico no pós-operatório, mesmo em cirurgia sem evidência intra-operatória de durtomia ou perda de líquido cefalorraquidiano, bem como alertar para os cuidados a ter com a utilização de drenos aspirativos sub-fasciais.

Palavras-chave:

Cirurgia Da Coluna Vertebral, Durtomia, Edema Cerebral Pseudo-Hipóxico, Congestão Venosa Cerebral.

EP 08

ATLANTOOCIPITAL DISLOCATION IN PEDIATRIC AGE: A CASE REPORT

Hilário Alcântara¹; Rui Cró Freitas¹; Pedro Fernandes¹; Nuno Lança¹; Ângela Gonçalves Pinto¹

1 - Hospital Santa Maria, CHULN, EPE

INTRODUCTION

Atlantooccipital dislocation is an uncommon traumatic lesion of cervical spine and fatal injury.

It's thought these lesion is more common in pediatric population than adults because of anatomical features such high head neck ratio, ligamentous laxity.

In this report, we highlights the case of six years-old male who was a restrained passenger in a boost seat in a motor vehicle accident. In the pre-hospital setting , it was noted fluctuation of level of conciseness and quadriplegia. The patient is intubated for airway protection and transferred for nearby hospital. At receiving hospital, the CT scan showed subarachnoid hemorrhage and widening of distance of basion to dens. Because of necessity of surgical intervention by a neurosurgery or orthopedic spine surgeon, the patient was transferred to a trauma center. In there a RM scan show lesion of tectorial membrane. The patient was immobilized with halo vest in the next morning. He was extubated 24 hours after halo vest stabilization. We noted recuperation of motor neurological level to C6 on his right upper limb and C7 on his left. The patient was put in corticoid therapy protocol for 24 hours. 72 hours after halo stabilization, the patient was submitted to occipitocervical fusion.

DISCUSSION

Cranio-cervical dissociation is dreadful condition. It's present only in 1% of patients presenting with cervical trauma. In necropsies studies of patients dying due to cervical trauma, its was found that around 30 percent had atlantooccipital dislocation.

It's thought these lesions is far more common in pediatric age than in adult population due anatomical features such ligamentous laxity and big head to neck ratio and undeveloped cervical muscles.

In this case our patient presents with alteration of level of conciseness and quadriplegia. In other cases, symptoms of head injury could mask these of cervical trauma.

In this context, it is necessary high index of suspicion of atlantooccipital dislocation in a pediatric age patient who presents with head injury and cervical trauma. Besides that most patients presents after intubation and medullary symptoms may be overlooked.

Palavras-chave:

Atlantooccipital dislocation, Head Injury, Cervical trauma, Pediatric age

EP 09

TRATAMENTO DE FRATURA-LUXAÇÃO TORÁCICA ATRAVÉS DE VERTEBRECTOMIA PARCIAL E ENCURTAMENTO VERTEBRAL

Joana Tavares¹; Jácome Morgado¹; Ana Luís¹

1 - Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

As fraturas-luxação da coluna dorsal e lombar são lesões altamente instáveis resultando, frequentemente, em lesão neurológica. Os objetivos principais do tratamento cirúrgico quando na presença de secção medular completa são a redução da deformidade e estabilização da coluna com fusão. O tratamento atual das fraturas-luxação quando existe translação total ou parcial das vértebras envolvidas corresponde a uma abordagem combinada anterior e posterior com realização de corpectomia, colocação de implante para suporte anterior e ainda instrumentação posterior. Estes procedimentos podem requerer a presença de duas equipas cirúrgicas, maiores tempos cirúrgicos, maior risco de complicações associados à abordagem anterior e, normalmente maior tempo de internamento pós-operatório. A abordagem unicamente posterior é uma alternativa viável que passa pela realização de vertebrectomia parcial de encurtamento (exérese da porção superior da vértebra inferior, do arco posterior e disco) resultando na aposição das duas superfícies lisas de osso saudável; redução e fixação através da utilização de longas construções transpediculares posteriores.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os autores reportam um caso de fratura-luxação D11-D12 tratada com vertebrectomia parcial por abordagem posterior.

RESULTADOS

Um homem de 26 anos recorreu ao nosso serviço de urgência, após ter sido evacuado de Cabo Verde com secção medular torácica completa decorrente de acidente de viação 1 mês antes. A TAC revelou uma fratura D11-D12:C(B3) com marcada translação. Sumariamente, através de uma abordagem aberta por via posterior guiada por fluoroscopia, foram colocados parafusos transpediculares bilaterais em D9-D10-D11-L1-L2-L3; os arcos posteriores de D11 e D12 (incluindo as facetas encravadas bilateralmente) foram removidos. Realizou-se laminectomia direita de D10, bilateral de L1 e parcial de L2. A dura-máter encontrava-se envolvida por tecido fibroso, mas não se objetivou fístula de LCR. Fez-se a discectomia D11-D12 e corpectomia de D12 (usando aparelho ultrassónico), reduzindo a sua altura em metade. Colocadas barras de titânio que permitiram a compressão e aposição de D11 sobre o resto do corpo de D12. O doente foi então reposicionado de forma a permitir redução adicional (tanto no plano sagital como coronal). Os parafusos foram fixos e aplicado cross-link. O osso autólogo foi utilizado para fusão postero-lateral. A imagem de controlo pós-operatório mostrou adequado realinhamento da coluna torácica.

CONCLUSÃO

À data não existem estudos disponíveis para ajudar os cirurgiões de coluna na escolha do tratamento ótimo das fraturas-luxação torácicas. Com este caso, mostramos que a abordagem unicamente posterior pode ser usada de forma segura e eficaz no tratamento destes doentes, sem acarretar as desvantagens associadas à abordagem anterior.

Palavras-chave:

Fratura-Luxação, Vertebrectomia Parcial, Encurtamento Vertebral, Via Posterior

EP 10

LESÕES INTRADURAIS EXTRAMEDULARES: UMA REVISÃO DE 3 ANOS

Teresa Pinheiro¹; Rui Rato¹; Lino Fonseca¹; Fausto Carvalho¹; Luis Cardoso¹; Bernardo De Smet¹

1 - CHULC . Hospital de São José

INTRODUÇÃO

As neoplasias primárias da medula espinhal são raras, representando cerca de 2-10% de todas as neoplasias dos Sistema Nervoso Central (1). Classificam-se em extradurais, intradurais extramedulares (IDEM) e intradurais intramedulares. As IDEM mais frequentes têm origem nas meninges ou na bainha dos nervos periféricos. Apesar da sua natureza maioritariamente benigna, estas lesões podem ser responsáveis por disfunção neurológica devido à compressão medular.

MÉTODOS

Uma análise retrospectiva dos processos clínicos de doentes admitidos no Serviço de Neurocirurgia do Hospital de São José em Lisboa de Janeiro de 2019 a Agosto de 2022 foi realizada. A revisão inclui todos os doentes consecutivamente submetidos a recesso de lesões intradurais extramedulares. As variáveis estudadas incluem a localização e extensão da lesão, a classificação histológica e o grau de remoção. O estado funcional foi analisado utilizando a Escala de McCormick no pré-operatório e na avaliação 1 mês pós-operatória.

RESULTADOS

Foram incluídos um total de 34 doentes, com uma média de idades de 60,1 anos. Cerca de 68% são do género feminino. A maioria das IDEM tinha localização a nível dorsal (N=13) ou lombar (N=9). O tipo histológico mais frequente foi schwannoma (N=15), seguido por meningioma (N=13). O grau de remoção foi total em 31 dos casos e subtotal em 3 casos. De acordo com a Escala de McCormick, a maioria dos doentes apresentou melhoria funcional e uma minoria manteve o grau de disfunção à avaliação 1 mês pós-operatória.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados deste estudo, a abordagem cirúrgica das lesões intradurais extramedulares da medula espinhal representa a melhor abordagem terapêutica, resultando em melhoria da função neurológica na vasta maioria dos casos.

Palavras-chave:

Intradurais Extramedulares, Meningioma, Schwannoma, Neoplasia

EP 11

CIFOPLASTIA SEM CIMENTO NO TRATAMENTO DAS FRACTURAS VERTEBRAIS - RESULTADOS CLÍNICOS E RADIOLÓGICOS

Vítor Pinto¹; Leopoldina Pereira¹; Djamel Kitumba¹; Rui Reinas¹; Óscar L. Alves¹

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2Hospital Lusíadas Porto

INTRODUÇÃO

As fracturas vertebrais em compressão são habitualmente tratadas com vertebro/cifoplastia cujo o racional assenta na estabilização do corpo vertebral com polimetilmetacrilato (PMMA), postulando-se também que o controlo algico é, em parte, subsequente à reacção exotérmica do mesmo. A sua utilização acarreta riscos, nomeadamente a embolização de PMMA, migração do "bolus de cimento" por falta de osteointegração e fracturas aos níveis adjacentes pela rigidez do cimento. Técnicas de estabilização com cage expansível sem cimento poderão obviar estes riscos, mantendo o benefício clínico. O presente estudo pretende avaliar os resultados clínicos e radiológicos da cifoplastia sem cimento.

MÉTODOS

Análise retrospectiva dos registos clínicos dos doentes submetidos a cifoplastia com cage expansível com PMMA (CC) e sem PMMA (CNC). Foram avaliados dados demográficos e dados imagiológicos (altura somática, ângulo Cobb nível operado, fractura nível adjacente), através do programa SECTRA[®], bem como comparados os resultados clínicos— VAS pré e pós-operatório, critérios de Odom.

RESULTADOS

23 doentes consecutivos foram estudados, 8 homens e 15 mulheres, com uma idade média de 65.7 anos, e um follow-up médio de 39.3 meses. Foram operados 42 níveis (1.83/doente), com colocação de 74 implantes (1.76/nível) para um tempo médio de internamento de 1.55±0.8 dias. Oito doentes foram operados com CC, e 15 com CNC. A correcção da altura somática foi maior nas CC (4.8±2.69mm vs 2.3±3.59mm) enquanto a correcção do ângulo Cobb foi ligeiramente maior nas CNC (0.9±10.5° vs 0.6±5.99°). A variação de VAS foi semelhante com ambas as técnicas (0.9±10.5° vs 0.6±5.99°), com graus de satisfação semelhantes nos critérios de Odom (favorável em 8/8 nas CC e 12/13 nas CNC). Ocorreu uma fractura em nível adjacente no cohort de CC.

CONCLUSÕES

Ambas as técnicas revelaram-se semelhantes na obtenção de resultados clínicos e radiológicos favoráveis. Esta equivalência sugere que o controlo algico é resultado da estabilização mecânica interna do corpo vertebral que pode ser obtido apenas com implante expansível com modulo de elastância semelhante ao osso.

EP 12

IMPLANTES EXPANSÍVEIS LOMBARES: AVALIAÇÃO CLÍNICA E RADIOLÓGICA

Leopoldina Pereira¹; Vítor Pinto¹; Rui Reinas¹; Óscar L. Alves¹

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2Hospital Lusíadas Porto

INTRODUÇÃO

Os implantes intersomáticos lombares são usados para providenciar apoio da coluna anterior da coluna, favorecer a fusão, recriar lordose e restaurar a altura intersomática e foraminal. Teoricamente, os novos implantes expansíveis apresentam um potencial de correcção individualizada do balanço sagital, mitigação da subsidiência e potencial de melhoria dos resultados clínicos e radiológicos que neste estudo foram avaliados.

MÉTODOS

Foram incluídos todos os doentes submetidos a fusão intersomática com implante expansíveis desde 2018, através de diferentes abordagens: PLIF, TLIF e XLIF. Os dados demográficos e clínicos foram recolhidos, bem como os radiológicos respeitantes a lordose lombar, ângulo segmentar, parâmetros espinopélvicos, altura intersomática e foraminal. Os resultados pós-OP foram analisados, recorrendo ao SPSS, em relação aos valores basais pré-OP.

RESULTADOS

Foram incluídos 15 doentes, 8 mulheres e 7 homens, sendo a média de idade 61±11,12 anos (45-80). Foram operados 16 níveis operados, tendo sido realizados 5 PLIF, 6 TLIF e 5 XLIF. Registou-se um ganho médio de lordose, embora não estatisticamente significativo (49,75°-51,09°; p=0.702). Os parâmetros espinopélvicos variaram da seguinte forma: incidência pélvica (PI) (52.26°-46,9°; p=0.007); o pelvic tilt (PT) (16,78°-13,68°; p=0.032). Foi obtido um ganho significativo da altura foraminal (14,32-17,14mm (p=0.010)). Foi observada uma percentagem de 25% (4/16) de subsidiência dos implantes. Os resultados clínicos foram favoráveis.

CONCLUSÃO

O uso de diferente tipos de implantes expansíveis em diferentes cenários clínicos associa-se globalmente a correcção do balanço sagital sem risco significativo de subsidiência e com resultados clínicos favoráveis.

EP 13

TRATAMENTO MINIMAMENTE INVASIVO DA TUBERCULOSE VERTEBRAL - CASO CLÍNICO

Inês Ramadas¹; Teresa Pinheiro¹; Francisco Rebelo¹; Bernardo Smet¹; Luis Cardoso¹; Lino Fonseca¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Central - Departamento de Neurocirurgia

INTRODUÇÃO

A infeção por *Mycobacterium tuberculosis* é uma doença com expressão endémica em alguns países subdesenvolvidos, sendo rara nos países ocidentais. O atingimento ósseo ocorre em 1-3% dos casos, sendo que nestes metade são localizados a nível raquidiano, com predomínio no segmento torácico. A terapêutica antibacilar tripla é o tratamento gold standard, contudo em caso de compressão neurológica ou deformidade/instabilidade vertebral, a cirurgia tem um papel crucial. Face à morbilidade cirúrgica classicamente descrita, as técnicas de cirurgia minimamente invasiva da coluna Vertebral (TCMICV) têm apresentado resultados promissores.

MATERIAIS E MÉTODOS

Revisão retrospectiva de caso clínico com o diagnóstico de espondilodiscite tuberculosa.

DISCUSSÃO

Doente do sexo feminino, de 42 anos, natural do Paquistão, com quadro de agravamento progressivo ao longo de 2 anos de dorsolombalgia com características mecânicas acompanhada de sintomas tipo B. Mais recentemente, paraparésia evolutiva ao longo de 10 dias associada a hipoestesia nos membros inferiores e, ainda, alterações esfinterianas urinárias. Ao exame neurológico, observou-se paraparésia espástica grau 3/5 com nível de sensibilidade em D10, associado a hiperreflexia osteotendinosa e sinal de Babinski bilateral. Os exames complementares de imagem foram compatíveis com espondilodiscite tuberculosa com deformidade cifótica e compressão medular em D11. Neste contexto, foi realizada fixação transpedicular percutânea de D9 a L2 com correção da deformação cifótica após descompressão medular por laminectomia e desbravamento cirúrgico por abordagem tubular. Cumpriu 6 meses de terapêutica antibacilar com resolução do quadro infeccioso ósseo e ainda recuperação neurológica e manutenção da correção cifótica.

CONCLUSÃO

Em caso de espondilodiscite infecciosa, em zonas endémicas é de considerar o diagnóstico diferencial de *Mycobacterium tuberculosis*. De acordo com o nosso caso clínico e a literatura revista, apesar de escassa, considera-se que a abordagem minimamente invasiva para descompressão, correção de deformidade e estabilização, é útil com demonstração de bons resultados e redução da mobilidade associada ao procedimento cirúrgico.

Palavras-chave:

Pott, Tuberculose Vertebral, Cirurgia Minimamente Invasiva da Coluna Vertebral, Espondilodiscite

EP 14

DISSEÇÃO DA ARTÉRIA VERTEBRAL COMPLICADA DE EXTENSO HEMATOMA EPIDURAL VENTRAL CERVICO-DORSAL

Joana Tavares¹; Tiago Lorga²; Inês Freire²; Cristina Branco²; Ana Luís¹

1 - Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;
2 - Serviço de Neurorradiologia do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

INTRODUÇÃO

Hematomas epidurais raquidianos agudos não-iatrogénicos e sem história associada de trauma são descritos como hematomas raquidianos epidurais espontâneos (HREE) e têm uma incidência de 0.1/100,000 habitantes/ano. A localização anterior do hematoma é muito incomum uma vez que o saco dural está fortemente aderente ao ligamento longitudinal posterior. A disseção da artéria vertebral (DAV) como etiologia do HREE é extremamente rara existindo apenas dois casos descritos na literatura até à data.

MATERIAIS E MÉTODOS

Reportamos o caso de uma doente com DAV complicada de HREE.

CASO CLÍNICO:

Mulher de 31 anos entrou no serviço de urgência (SU) com quadro, com cerca de 2h de evolução, de instalação súbita de cervicálgia em repouso, inicialmente com irradiação ao membro superior direito, que rapidamente progrediu para cervicobraquialgia bilateral e tetraparésia. Destacava-se história de parto eutócico com recurso a anestesia epidural, sem intercorrências, 4 meses antes e o diagnóstico nesta admissão no SU de infeção aguda a SARS-CoV-2. Sem história de trauma, toma de antiagregantes/anticoagulantes (ou outra medicação habitual), cervicálgia/cervicobraquialgia no passado, incluindo durante o parto. Ao exame neurológico destacava-se: rigidez da nuca, tetraparésia com paraplegia e parésia grave dos membros superiores (FM grau 2 abaixo de C6), nível sensível D2 e retenção urinária.

Na TC do neuro-eixo observava-se volumosa coleção hiperdensa, compatível com hematoma agudo epidural anterior de C2-D10 (maior efeito de massa C5-D9). A angio-TC revelou provável disseção vertebral direita, sem outras alterações vasculares. Foi submetida de urgência a laminectomia descompressiva C5-D9, sem intercorrências.

Em D5 de pós-operatório foi submetida a angiografia diagnóstica que revelou: aneurisma dissecante no segmento V3 da artéria vertebral direita. Dada a hemorragia prévia, a doente foi proposta para tratamento endovascular com stents que realizou um mês após o evento. O procedimento decorreu sem intercorrências e a doente teve alta uma semana depois orientada a unidade de reabilitação. Na reavaliação dos 3 meses apresentava integridade da sensibilidade tátil/proprioceptiva, hipostesia para sensibilidade termo-álgica com nível D2, necessidade de esvaziamentos vesicais se tentativa miccional malsucedida e franca melhoria da destreza e força nos membros superiores (grau 4/5 na extensão do cotovelo bilateralmente; 2/5 na extensão dos dedos e preensão palmar à direita e 3/5 à esquerda). Nos membros inferiores ainda sem recuperação de força útil, mas já com movimentos grau 2/5.

CONCLUSÃO

DAV com subsequente hemorragia perivascular é uma das causas possíveis para HREE sobretudo quando se são ventrais cervicais e/ou dorsais altos, daí que seja fundamental a investigação detalhada das artérias vertebrais.

Palavras-chave:

Disseção da Artéria Vertebral, Hematoma Epidural Ventral Cervico-Dorsal, Hematomas Raquidianos Epidurais Espontâneos, Lesão Medular

EP 15

DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA NA RESSECÇÃO EM BLOCO DE UM CONDROSSARCOMA LOMBAR

Sofia Caldeira-Dantas^{1,2}; Lucinda Correia¹; João Vale¹; Pedro Cardoso¹; Ricardo Rodrigues-Pinto¹

1 - Unidade Vertebro-Medular (UVM), Serviço de Ortopedia, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal;
2 - Serviço de Ortopedia, Hospital do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal

INTRODUÇÃO

Condrossarcomas são neoplasias malignas que representam cerca de 10% dos tumores primários. Só cerca de 12% dos condrossarcomas atingem a coluna vertebral, sendo o segmento torácico o mais afetado. A maioria das queixas envolvem dor, massa palpável ou défice neurológico. O tratamento cirúrgico está indicado em alguns casos. Tanto ressecções parciais como em bloco estão descritas. Embora ressecções totais em bloco sejam tecnicamente mais desafiantes, mais prolongadas e com maior risco de instabilidade, alguns autores defendem que estão associadas a melhor prognóstico. A vantagem de realizar a ressecção em bloco num único tempo cirúrgico e/ou numa única abordagem não está bem estabelecida.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho descreve a ressecção em bloco, num único tempo cirúrgico e por duas abordagens, de um condrossarcoma lombar de modo a realçar e discutir as opções cirúrgicas no tratamento desta patologia, as suas complicações e resultados.

RESULTADOS

Homem de 30 anos com antecedentes de um condrossarcoma lombar já submetido a curetagem prévia por via transperitoneal. Retomou seguimento por aparecimento de lombalgia com agravamento nos últimos 2 meses. Tanto o TC, RMN como biopsia óssea foram sugestivos de recorrência do condrossarcoma sem doença à distância. Optou-se por uma ressecção em bloco de L5 por via posterior e anterior num único tempo cirúrgico. Foi também realizada uma fixação L3-íliaco e colocação de uma cage expansível em L5 por via anterior. Como complicação no pós-operatório imediato o doente apresentou uma trombose da veia femoral que necessitou de trombectomia.

CONCLUSÃO

Condrossarcomas lombares primários são tumores raros e a sua ressecção cirúrgica é um desafio. Este caso ilustra a recorrência de um condrossarcoma de L5 submetido a uma ressecção em bloco de forma a discutir esta técnica cirúrgica como as opções de tratamento nesta patologia.

Palavras-chave:

Condrossarcoma, Tumores, Ressecção em bloco, Tratamento Cirúrgico

EP 16

FRATURA-LUXAÇÃO C1-C2 EM DOENTE COM SÍNDROME DE KLIPPEL-FEIL: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Tiago Barbosa¹; Francisco Fernandes²; Guilherme Correia³; João Pereira³; César Correia³; Bruno Direito dos Santos³; Pedro Varanda³

1 - Hospital de Baraga; 2 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; 3 - Hospital de Braga

INTRODUÇÃO

O Síndrome de Klippel-Feil (SKF) é caracterizado pela presença de sinostoses entre duas ou mais vértebras cervicais resultantes de falha na segmentação vertebral aquando do desenvolvimento embrionário entre a 3ª e 8ª semana de gestação. Os doentes com SKF podem apresentar pescoço curto, mobilidade reduzida e linha de cabelo posterior baixa. Esta tríade clínica está apenas presente em 40-50% dos doentes. O sinal clínico mais frequentemente encontrado na clínica é a diminuição da amplitude de movimento do pescoço, podendo manifestar-se desde idades jovens.

APRESENTAÇÃO CASO

Os autores descrevem o caso de um homem de 64 anos, admitido no serviço de urgência em contexto de queda de cerca de 1,5m de altura com trauma cervical. À admissão apresentava dor cervical sem alterações motoras ou sensitivas. O exame objetivo revelou dor à palpação da linha média cervical. Apresentava baixa estatura, pescoço curto, linha de cabelo posterior baixa e deformidade de Sprengel. A radiografia e tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical revelou fratura-luxação de C1/C2 (fratura do arco anterior de C1). Na TC foi possível constatar fusão congénita de C6-D1 e estenose canal vertebral associada. A ressonância magnética (RM) não mostrou sinal de mielopatia ou mielomalacia associada. Foi realizada fusão occipito-cervical posterior C0-C6 e laminectomia descompressiva. No pós-operatório, o doente apresentou melhoria da dor cervical mantendo-se sem défices neurológicos. Aos 4 meses de pós-operatório apresentava-se sem queixas, sem défices neurológicos e com rigidez cervical, espectável para o procedimento realizado.

DISCUSSÃO

Os doentes com SKF apresentam um risco acrescido de sofrerem fraturas cervicais (com ou sem lesão neurológica) após trauma menor. Isto está provavelmente relacionado com a alteração da biomecânica da coluna cervical devido aos segmentos fundidos, levando a uma alteração da transferência das forças mecânicas entre estes e os segmentos não-fundidos com mobilidade aumentada, podendo estar sujeitos a um maior stress.

A opção terapêutica de fusão dos níveis até C6 foi tomada no sentido de distribuir as forças pela construção e estabilizar os níveis descomprimidos, no sentido de evitar uma eventual lesão neurológica após um novo trauma.

CONCLUSÃO

O caso clínico expressa a especificidade do tratamento de fratura C1-C2 e lesões associadas em doente com SKF.

Palavras-chave:

Klippel-Feil, Trauma, Coluna Cervical

EP 17

DOENÇA LINFOPROLIFERATIVA ASSOCIADA AO VÍRUS EPSTEIN-BARR PRIMÁRIA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL - CASO CLÍNICO DE LESÃO DO CONE MEDULAR

Jácome Morgado¹; João Pedro Oliveira¹; Sara Nunes De Sequeira¹; Diana Viegas²; Tiago Maia³; Manuela Mafra²; Mariana Valente Fernandes⁴; Sérgio Figueiredo¹

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 2 - Serviço de Hematologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil; 3 - Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil; 4 - Serviço de Neurologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

INTRODUÇÃO:

A reactivação do vírus Epstein-Barr (EBV) pode conduzir a doença linfoproliferativa associada ao EBV. O seu diagnóstico é desafiante, tanto do ponto de vista clínico como anatomopatológico. Não existem casos descritos de lesões intramedulares.

CASO CLÍNICO:

Homem de 57 anos, sem antecedentes pessoais, além de tabagismo, que desenvolve um quadro clínico de paraparésia rapidamente progressiva, hipostesia distal dos membros inferiores, retenção urinária e fecal. A RMN lombossagrada mostrou uma lesão expansiva intramedular do cone, capta- nte. Foi submetido a uma biópsia cirúrgica prévia com resultado histológico, apesar de amostra limitada, de ependimoma espinhal anaplásico. Após o restante estudo de neuroeixo sem evidência de outras lesões, foi discutido em reunião multidisciplinar tendo sido colocada indicação cirúrgica. Foi submetido em janeiro de 2022 a exérese quase total de lesão intramedular. O resultado anatopatológico inicial foi sugestivo de linfoma de Hodgkin, contudo após revisão de lâminas foi considerado o diagnóstico de doença linfoproliferativa associada ao a EBV. Face à peculiaridade do caso, foi realizada nova revisão anatomopatológica pelo Institut für Pathologie und Neuropathologie, Tübingen, que descreve uma população linfoproliferativa polimórfica EBV positiva de células B, com morfologia semelhante a granulomatose linfomatóide, e com o seguinte perfil imuno-histoquímico: CD20+/-, CD30+, MUM1+, Pax5+, EBER+, LMP1+, EBNA2-, CD15-. As hipóteses de granulomatose linfomatóide, Linfoma de Hodgkin e Linfoma T com EBV foram consideradas pouco prováveis. Optou-se por não iniciar tratamento oncológico adjuvante. Manteve-se controlo clínico e imagiológico com ausência de resíduo, recidiva local ou novas lesões em RMN de neuroeixo e PET/TC aos 3 e 6 meses pós-operatórios.

CONCLUSÃO:

Apresentamos o primeiro caso descrito de uma doença linfoproliferativa associada ao EBV primária do sistema nervoso central, num doente imunocompetente. Salientamos o valor da interface multidisciplinar neste caso tão particular, com base na qual se tomou a decisão de manter vigilância clínica e imagiológica, no sentido de evitar um tratamento oncológico que possa ser eventualmente desnecessário.

Palavras-chave:

Cone Medular, Doença Linfoproliferativa Associada ao Ebv, Hemato-Oncologia, Diagnóstico

EP 18

DISCECTOMIA ENDOSCÓPICA TRANSFORAMINAL PARA DOENÇA DO DISCO ADJACENTE APÓS FUSÃO LOMBAR POSTERIOR EM 2 NÍVEIS NÃO CONTÍGUOS: CASO CLÍNICO

Filipa Adan E Silva¹; Diogo Rocha Carvalho¹; Diogo Rodrigues¹; Arnaldo Sousa¹; Paulo Costa¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A Doença do Segmento Adjacente (DSA) é uma complicação comum após cirurgia descompressão ou fusão lombar. De facto, não há consenso sobre o melhor tratamento, sendo que, tradicionalmente, recorre-se a descompressão lombar posterior aberta com ou sem fusão. O procedimento de fusão pode ser a fusão posterolateral (PLF), a fusão intersomática (PLIF) ou ambas (fusão 360°). No entanto, as abordagens abertas requerem dissecação tecidual extensa, o que está amplamente relacionado com dor persistente durante o período pós-operatório. Além disso, a fibrose subsequente dificulta a cirurgia de revisão aberta para DSA, impondo um maior risco de danos às estruturas neurais e laceração da dura-máter.

Nos últimos anos, a Cirurgia Endoscópica Transforaminal Percutânea (PE-TF) tem sido amplamente utilizada em pacientes selecionados com doença discal lombar, especialmente hérnia discal lombar foraminal sintomática. As principais vantagens são o menor dano tecidual e a rápida recuperação pós-operatória. No entanto, existem poucos relatos na literatura de PE-TF para tratamento do DAS, principalmente para DSA entre dois segmentos instrumentados ou fundidos.

MÉTODOS

Caso clínico de doente submetida a Discectomia Endoscópica Transforaminal Percutânea L3-L4 em doente com Doença de Segmento Adjacente pós Artrodese Postero-Lateral L2-L3 e L4-L5.

RESULTADOS

Doente de 74 anos referenciada por lombalgia crónica, sem irradiação ou alterações ao exame neurológico. Imagiologicamente apresentava espondilolistese istmica L4-L5. Neste sentido, em Junho/2013 foi submetida a Artrodese Postero-Lateral L4-L5, sem intercorrências, com resolução das queixas.

Em 2017, verificada recidiva, apresentando lombalgia com irradiação para o membro inferior esquerdo, sem alterações ao exame neurológico. O estudo por TAC e RMN demonstrou retrolistese L2-L3, canal estreito lombar L2-L3 e hérnia discal foraminal L3 esquerda, com compromisso radicular. Deste modo, em Setembro/2017 foi submetida a extração de material de fixação L4-L5 seguida de Artrodese Postero-Lateral L2-L3, sem intercorrências, estando assintomática no follow up pós-operatório.

No entanto, em 2021 objetivada nova recidiva das queixas. Imagiologicamente observada hérnia discal foraminal L3-L4 esquerda. Neste seguimento, em Janeiro/2022 foi submetida a Discectomia Endoscópica Transforaminal Percutânea L3-L4 sob anestesia geral, sem intercorrências. No período pós operatório a doente teve uma boa evolução clínica, estando assintomática aos três meses de follow up pós-operatório

CONCLUSÃO

A PE-TF pode ser uma boa alternativa na abordagem da DSA sem instabilidade segmentar, principalmente se verificada estenose foraminal. Efetivamente, consideramos ser uma boa opção para o alívio da dor em pacientes com diversas comorbidades e idade avançada com DSA após fusão prévia, sendo os resultados clínicos bastante animadores.

Palavras-chave:

Cirurgia Endoscópica da Coluna Vertebral, Doença do Disco Adjacente, Cirurgia de Fusão Lombar, Doença Degenerativa da Coluna Lombar

EP 19

METÁSTASE INTRADURAL EXTRAMEDULAR - LOCALIZAÇÃO RARA DE DOENÇA METASTÁTICA

Bernardo De Smet¹; Teresa Pinheiro¹; Lino Fonseca¹; Rui Rato¹

1 - CHULC - Hospital de São José

INTRODUÇÃO

Mais de 95% das metastase espinhais ocorrem no espaço extradural sendo as metastase intradurais extramedulares (IDEM) extremamente raras.

O passado comum das metastases IDEM têm tendencialmente como origem tumores neurogénicos como melanoma, linfoma e o meduloblastoma. Dentro das metastases IDEM sem origem em tecido neurogénico, o subtipo histológico mais comum é o adenocarcinoma pulmonar, sendo os casos secundários a neoplasia prostática ainda mais raros.

MÉTODOS

Apresentamos o caso de um homem de 84 anos com queixas de paraparésia e hipostesia dos membros inferiores de agravamento progressivo com cerca de 3 meses de evolução

RESULTADOS

Após realização de estudo de neuroeixo a RMN dorsal revelou uma lesão intradural extramedular centrada em D5/D6 com compressão medular. Foi submetido a intervenção cirúrgica sob neuro-monitorização tendo sido realizada uma exérese total da lesão que se viria a confirmar tratar se de uma metastase de adenocarcinoma prostático.

O doente apresentou uma melhoria dos défices motores e sensitivos prévios tendo sido referenciado a Oncologia para tratamento coadjuvante

CONCLUSÕES

As metastases IDEM representam um subgrupo raro de metastases espinhais podendo aparecer precocemente inclusive antes da presença das mesmas a nível intracraniano, onde são mais frequentes. O seu reconhecimento pode ser atrasado por as mesmas poderem imitar os síndromes paraneoplásicos associados frequentemente a este tipo de tumores primários.

Palavras-chave:

Metastase, Intradural Extramedular, Cirurgia, Laminotomia

EP 20

VERTEBRECTOMIA TOTAL NO TRATAMENTO DE TUMORES DA COLUNA VERTEBRAL - SÉRIE DE 8 CASOS

João Vale¹; Sara Diniz¹; Sofia Dantas¹; Pedro Cardoso²; António Oliveira³; Ricardo Rodrigues-Pinto¹

1 - Unidade Vertebro-Medular (UVM), Serviço Ortopedia, Centro Hospitalar Universitário do Porto; 2 - Grupo Neoplasias Músculo-esqueléticas, Serviço Ortopedia, Centro Hospitalar Universitário do Porto; 3 - Serviço Ortopedia, Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

A vertebrectomia total, também denominada de espondilectomia total, tem-se tornado um procedimento cada vez mais difundido para o tratamento de lesões neoplásicas da coluna. Consiste na ressecção total do tumor e uma ou mais vertebral afectadas com margens. O objetivo deste procedimento é a cura ou o controlo local da doença.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma análise retrospectiva de uma serie de casos tratados num centro de referencia para o tratamento de tumores músculo-esqueléticos. Os dados foram recolhidos pelos registos clínicos dos pacientes entre janeiro de 2007 e junho de 2022. Pacientes com patologia benigna agressiva, tumores primários malignos e metastases da coluna vertebral que foram submetidos a vertebrectomia durante o período de estudo foram avaliados.

RESULTADOS

Oito pacientes (4 homens e 4 mulheres) foram submetidos a vertebrectomia total. A média de idade no momento da cirurgia foi 47 anos (18-68). O follow-up médio foi de 70 meses (2 – 144). Os diagnósticos foram: condrossarcoma, tumor de células gigantes, angiossarcoma, cordoma, sarcoma de alto grau, sarcoma de Ewing, leiomiiossarcoma e metastase de neoplasia da mama. De acordo com a classificação de Tomita foram tratadas lesões de grau 1 a 6. Sete pacientes tinham o tumor localizado na coluna lombar (L1, L3 e L5) e na região torácica (T8). Em quatro casos a abordagem combinada foi utilizada e nos outros quatro casos a posterior isolada. Em 3 pacientes obtiveram-se margens livres e nos restantes 5 foi marginal. Três pacientes morreram da doença com um tempo médio de follow-up de 57 meses (2 a 144). Três não mostram evidencia da doença e 2 estão vivos com a doença. Observou-se uma taxa de complicações de 50% (infecção, falência hardware e lesão neurológica).

CONCLUSÃO

Apesar de se tratar de um procedimento tecnicamente exigente com uma alta taxa de complicações, a vertebrectomia total é uma boa solução quando o objetivo é a cura ou controlo local da doença nos tumores da coluna vertebral. Esta série corrobora a eficácia deste procedimento em atingir a cura em tumores da coluna vertebral e mostra uma boa taxa de sobrevida mesmo nos pacientes em que o procedimento não é curativo.

Palavras-chave:

Vertebrectomia Total, Espondilectomia Total, Tumores Primários da Coluna, Metastases Coluna Vertebral

EP 21

ARTRODESE INTERSOMÁTICA LOMBAR ANTERIOR NA GESTÃO DE PSEUDARTROSE APÓS ARTRODESE POSTEROLATERAL INSTRUMENTADA

Rui Sousa¹; Eduardo Pinto²; Ana Flávia Resende¹; Manuel Carrapatoso³; Tânia Veigas²; Pedro Balau²; Manuel Godinho²; Alexandre Castro²; Raquel Cunha²; António Miranda²; Ricardo Frada²; Artur Teixeira²

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2 - Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga; 3 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

INTRODUÇÃO

O estabelecimento de uma pseudartrose após cirurgia de artrodese lombar é uma das suas complicações mais frequentes. Apesar de não existir uma técnica inequivocamente superior na gestão desta problemática, a artrodese lombar intersomática anterior (ALIF) apresenta vantagens que a tornam uma opção cirúrgica válida, atrativa e com bons resultados.

MÉTODOS

Mulher de 45 anos, sem antecedentes de relevo. Lombociatalgia bilateral de evolução progressiva com evidência radiológica de espondilolistese ístmica L5-S1. Foi inicialmente proposta para artrodese lombar intersomática transforaminal (TLIF) tendo sido posteriormente intervencionada numa outra instituição e submetida a artrodese posterolateral instrumentada L5-S1.

Aos 4 anos de follow-up, por apresentar quadro de lombalgia persistente, realizou TC que revelou ausência radiológica de consolidação e discopatia L5-S1 mantendo, contudo, adequado posicionamento do material, sem *loosening*.

Foi subsequentemente submetida a ALIF por via retroperitoneal esquerda com aplicação de dispositivo de artrodese intersomática e enxerto ósseo sintético. Por estabilidade da montagem posterior, foi decidida preservação do material.

RESULTADOS

Evolução favorável no pós-operatório imediato com resolução progressiva do quadro algico. Aos 3 meses de follow-up apresenta-se apenas com dor muito discreta e constata-se redução do VAS score de 8 para 2.

CONCLUSÃO

As características inerentes ao ALIF conferem-lhe uma panóplia de vantagens relativamente a outras técnicas na gestão da pseudartrose. A visualização directa e mais eficiente acesso à coluna anterior permite uma discectomia mais acessível e completa, enquanto promove uma melhor distração. Possibilita, portanto, um aumento do espaço foraminal e colocação de um dispositivo de artrodese intersomática de maiores dimensões. A aplicação destes dispositivos e enxerto ósseo na coluna anterior redistribui a carga anteriormente providenciando uma maior estabilidade e aumentando a área de contacto entre as duas plataformas a artrodese bem como o seu suprimento arterial.

Permite ainda uma menor perda sanguínea intra-operatória, tempo cirúrgico e menor agressão cirúrgica à já previamente abordada musculatura paraespinal bem como risco de lesões iatrogénicas no nervos espinais posteriores e elementos ósseos. Um estudo retrospectivo por Mobbs et al relativo à utilização de ALIF em casos de pseudartrose lombar revelou excelentes taxas de consolidação (95%) e melhoria clinicamente significativa nos scores funcionais e de dor avaliados.

Apesar da sua prevalência relativamente elevada, a literatura carece de evidência robusta no estabelecimento da melhor opção cirúrgica na gestão da pseudartrose lombar. O ALIF poupa a necessidade de uma nova abordagem posterior, apresentando resultados promissores e constituindo uma técnica que acreditamos ter sucesso na gestão desta complicação cirúrgica.

Palavras-chave:

ALIF, Pseudartrose, Anterior, Instrumentação

EP 22

A IMPORTÂNCIA DA NEUROMONITORIZAÇÃO NAS FRATURAS VERTEBRAIS

João Cruz¹; Joana Rodrigues¹; Tiago Canas¹; Emanuel Homem¹; Luís Soares¹; Ricardo Simões¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo

INTRODUÇÃO

As fraturas toracolombares são as lesões vertebrais mais comuns, sendo a fixação posterior a técnica cirúrgica mais utilizada. Relatamos um caso raro de perda de potenciais intra-operatoriamente aquando da instrumentação de um pedículo não fraturado e uma breve revisão da literatura atual sobre a utilização de parafusos intermédios para fraturas toracolombares e da neuromonitorização intra-operatória. (NIO)

MATERIAL E MÉTODOS

Doente do sexo masculino de 28 anos admitido no serviço de urgências, transportado de helicóptero de um hospital secundário devido a uma queda de altura (4 metros) com traumatismo craniano e da coluna vertebral. O paciente tinha antecedentes médicos de toxicodependência. Hemodinamicamente estável e após exclusão de condições de risco de vida, o paciente foi submetido a uma avaliação secundária. A tomografia computadorizada (TC) de corpo inteiro e a ressonância magnética da coluna vertebral (RM) documentaram uma fratura do tipo Chance (ósseo) a nível do corpo de D5, classificada como AO Spine B2, TLICS 7 e sem défices neurológicos (ASIA E).

RESULTADOS

O paciente foi submetido a fixação percutânea com parafusos transpediculares com instrumentação da vértebra fraturada (parafuso intermédio), utilizando fluoroscopia para determinar a incisão na pele, controlar a inserção dos parafusos e confirmar o seu posicionamento final. A NIO foi utilizada durante todo o procedimento. Durante a colocação do parafuso pedicular direito de D6 (intacto na TC pré-operatória) o paciente teve uma perda súbita de potenciais no lado direito, correspondente a uma compressão medular a esse nível, apesar do parafuso cumprir critérios radiológicos de uma colocação correta. Após a remoção do parafuso, todo o potencial neurológico foi recuperado e a construção final revista. O pós-operatório decorreu sem complicações e o paciente teve alta sem défices neurológicos (ASIA E). Iniciou reabilitação 2 dias após a cirurgia. Na última consulta de seguimento, aos 6 meses, não se verificaram complicações neurológicas ou do material de osteossíntese. A revisão da literatura disponível sobre instrumentação percutânea da vértebra fraturada apoia a sua utilização, pois reduz a taxa de falência do implante, reduz a dor pós-operatória e preserva melhor a altura vertebral anterior e o ângulo Cobb sagital.

CONCLUSÃO

Os autores consideram que, apesar de recomendado pela literatura disponível, a utilização de parafusos intermédios no pedículo intacto das vértebras fraturadas deve ser cautelosamente considerado, especialmente em centros sem OIM e/ou dispositivos de imagem 3D.

Palavras-chave:

Neuromonitorização, Fraturas, Toracolombares, Fixação

EP 23

TUBERCULOMA INTRADURAL EXTRAMEDULAR - MANIFESTAÇÃO RARA DE UMA DOENÇA DE BAIXA INCIDÊNCIA NOS PAÍSES DESENVOLVIDOS

Bernardo De Smet¹; Teresa Pinheiro¹; Rui Rato¹; Lino Fonseca¹

1 - CHULC - Hospital de São José

INTRODUÇÃO

O envolvimento do sistema nervoso central (SNC) na tuberculose ocorre em 10% dos doentes sendo a meningite tuberculosa a manifestação mais comum. O tuberculoma intradural extramedular corresponde a menos de 5% de todos os tuberculomas do SNC, sendo uma causa extremamente rara dentro das lesões intradurais extramedulares.

MÉTODOS

Apresentamos o caso de uma mulher de 37 anos com um quadro de paraparésia e hipostesia in-framamilar com agravamento progressivo ao longo de 7 meses. A RMN dorsal revelou uma extensa lesão epidural de C7 a D6 sem captação de contraste com compressão medular.

RESULTADOS

Foi realizada uma laminotomia de C7 a D6 com exérese total da massa epidural com posterior laminoplastia. O estudo anatomopatológico da lesão foi compatível com um tuberculoma tendo a doente iniciado tratamento antituberculostático assim como tratamento de fisioterapia com melhoria dos défices.

CONCLUSÕES

O tuberculoma intradural extramedular é uma manifestação extremamente rara de uma doença pouco comum em países desenvolvidos, não devendo contudo ser esquecida num diagnóstico diferencial de uma lesão intradural extramedular. O tratamento cirúrgico precoce associado a tratamento antituberculostático está associado a um bom prognóstico.

Palavras-chave:

Tuberculoma, Intradural Extramedular, Massa Epidural, Cirurgia

EP 24

CORREÇÃO DEFORMIDADE CIFÓTICA APÓS FRATURA CERVICAL TRAUMÁTICA EM DOENTE COM ESPONDILITE ANQUILOSANTE - CASO CLÍNICO

Tiago Barbosa¹; Francisco Fernandes²; André Moreira¹; Paulo Cunha¹; Joana Azevedo¹; Pedro Varanda¹; Bruno Direito dos Santos¹

1 - Hospital de Braga; 2 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

INTRODUÇÃO

A espondilite anquilosante (EA) é uma doença inflamatória que pode induzir dano estrutural na coluna cervical. A EA leva a uma fragilidade óssea provocada pela diminuição da densidade óssea e a uma hipervascularização do osso devido ao estado pro-inflamatório da doença. Nas formas mais avançadas da doença os doentes apresentam fusão e cifose intervertebral de toda a coluna (designada coluna em "bamboo"). A ossificação afeta anteriormente os espaços discais e posteriormente as facetas articulares tornando a coluna excessivamente rígida e levando a uma postura cifótica muito limitante. Estas características da doença aumentam o risco de fratura nestes doentes. Geralmente são fraturas altamente instáveis, havendo envolvimento dos elementos anteriores e posteriores através de um padrão de fratura específico. Este padrão de fratura associado ao facto de toda a coluna se encontrar fundida leva a um aumento do braço de alavanca no foco de fratura aumentando o risco de lesão neurológica. Para além disso, a tendência hemorrágica aumentada leva a um risco suplementar de lesão neurológica pela formação de hematomas epidurais compressivos.

APRESENTAÇÃO CASO

Os autores descrevem um caso de um homem 55 anos, com EA, admitido no serviço de urgência em contexto de acidente de viação. À admissão apresentava queixas de dor cervical inferior e parestesias no 1º e 2º dedos da mão direita, sem noção de alterações da força ou sensibilidade. O exame objetivo revelou dor à palpação da linha média cervical inferior, sem aparentes alterações da força ou sensibilidade. A radiografia e tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical revelou uma fratura luxação C7 em coluna de "bamboo". A ressonância magnética (RM) mostrou uma compressão radicular da raiz de C6 direita. O doente foi submetido a fixação cervical posterior C4-D3 e hemilaminectomia C6 direita. Na avaliação imagiológica no pós-operatório foi constatada uma correção da cifose adquirida, mas ainda mantendo componente de subluxação a nível de C7, mantendo o quadro de parestesias e sem défices neurológicos de novo. O doente foi submetido a discectomia e fusão com enxerto autólogo e placa por via anterior. No pós-operatório imediato apresentou resolução das queixas. Aos 2 meses de pós-operatório encontrava-se sem queixas e satisfeito com os resultados.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A via combinada permitiu garantir a estabilidade da coluna e correção da deformidade, essencial para melhoria da qualidade de vida do doente. Para a tomada de decisão contribuiu o facto de as osteotomias de extensão cervical serem habitualmente realizadas nesta localização.

Palavras-chave:

Espondilite Anquilosante, Deformidade Coluna, Fratura, Cirurgia Correção Deformidade

EP 25

ESPONDILOLISTESE POR LISE ÍSTMICA A DOIS NÍVEIS - RELATO DE UM CASO TRATADO CIRURGICAMENTE

Inês Ramadas Sousa¹; Teresa Pinheiro¹; Francisco Rebelo¹; Bernardo Smet¹;
Luis Cardoso¹; Lino Fonseca¹

1 - Centro Hospitalar Lisboa Central - Departamento de Neurocirurgia

INTRODUÇÃO

A Espondilolistese por Lise Ístmica (ELI) é causada por um defeito da lâmina ao nível da pars interarticularis que resulta no desvio, mais frequentemente anterior, do corpo vertebral relativamente à vertebra infrajacente. A ELI a dois níveis corresponde a uma forma rara desta entidade.

MATERIAIS/MÉTODOS:

Neste artigo descreve-se um caso de ELI a dois níveis tratado num centro hospitalar terciário bem como uma revisão da literatura.

RESULTADOS

Uma doente do sexo feminino, 44 anos, com um quadro com 5 anos de evolução caracterizado por dorsolombalgia com irradiação ao membro inferior direito, sem alívio após terapêutica conservadora otimizada, a condicionar elevado impacto funcional. Do exame neurológico destacava-se Lá segue positivo 45° à direita, sem défices sensitivo-motores.

O estudo imagiológico mostrou uma anterolistese Grau I em L4-L5 e L5-S1, com hérnia discal a esses níveis a condicionar estenose foraminal severa e compressão radicular das raízes L4 e L5.

Foi intervencionada cirurgicamente por via posterior com realização de laminectomia descompressiva L4-L5 e foraminectomia bilateral L4-L5, L5-S1. Adicionalmente efetuada artrodese com cage intersomática posterior e fixação transpedicular.

Em *follow up* 2 anos após a intervenção manteve resolução do quadro algico, sem défices neurológicos.

O estudo imagiológico pós-operatório demonstrou obtenção da artrodese sem recorrência da listese.

CONCLUSÃO

A ELI a dois níveis é uma entidade clínica rara, cuja evolução condiciona incapacidade significativa. Considera-se que o tratamento cirúrgico com descompressão e artrodese oferece uma resolução terapêutica com resultados favoráveis.

Palavras-chave:

Espondilolistese, Anterolistese, Lise Ístmica, Artrodese

EP 26

A ABORDAGEM CIRÚRGICA ALIF - OS PRIMEIROS SETE CASOS NUM HOSPITAL DISTRITAL

Ricardo Sousa¹; Pedro Batista¹; Raquel Ricardo¹; Bárbara Costa¹; Filipe Castelo¹;
André Vinha¹; Alfredo Carvalho¹

1 - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

INTRODUÇÃO

Apesar de introduzida em meados do século passado, a abordagem cirúrgica ALIF (*Anterior Lumbar Interbody Fusion*) só foi globalmente aceite nos últimos anos. Esta abordagem permite acesso direto a coluna lombar anterior através do abdómen, diminuindo o risco de lesões neurológicas graves. A lesão dos vasos ilíacos e do plexo hipogástrico são as principais potenciais complicações desta via. Este estudo pretende descrever a experiência inicial deste procedimento num hospital distrital.

MATERIAL E MÉTODOS

Recorrendo ao exame objetivo, questionários, entrevistas e consulta do processo clínico dos doentes, foram analisados sete indivíduos com idades compreendidas entre os 42 e 63 anos (média de 50 anos), 29% do sexo masculino e 71% sexo feminino. Todos os pacientes apresentavam discopatia L5-S1, sendo que quatro destes possuíam concomitantemente um quadro de instabilidade. Desta forma, foram todos submetidos a cirurgia pela via ALIF e associou-se a fixação posterior com parafusos transpediculares nos casos de instabilidade. Todas as cirurgias foram efetuadas pela mesma equipa cirúrgica, tendo a abordagem abdominal e a exposição lombar sido realizada por elementos da Cirurgia Geral. Para avaliação dos resultados, foi utilizado o *Índice de Incapacidade de Oswestry* (IIO) e a *Escala Numérica Analógica da Dor* (ENAD) tanto para a lombalgia como para a ciatalgia. Adicionalmente, foram registadas as complicações pós-operatórias e estabelecido o horizonte temporal desde os sintomas iniciais, a cirurgia e a entrevista clínica final. Os níveis de satisfação dos doentes em relação ao tratamento também foram averiguados.

RESULTADOS

No geral foi obtida uma resposta muito positiva ao tratamento. Com exceção de obstipação ligeira sentida por alguns doentes, outras complicações cirúrgicas não foram reportadas e no período pós-operatório não foram documentadas intercorrências. Após um período mínimo de 6 meses de seguimento, todos os doentes experienciaram incapacidade mínima ou moderada (IIO) e apenas foi registado um caso de dor de intensidade superior a ligeira (ENAD). Todos os pacientes manifestaram níveis elevados de satisfação com o resultado cirúrgico obtido.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados sugerem que a abordagem cirúrgica ALIF é segura, bem tolerada e eficaz em casos devidamente selecionados. Resultados satisfatórios podem ser obtidos mesmo no início da curva de aprendizagem da técnica. Desta forma, deve ser considerada como uma alternativa viável às vias de abordagem convencionais no tratamento da discopatia L5-S1, em particular se existir um quadro associado de espondilolistese ou cirurgia prévia por via posterior.

Palavras-chave:

ALIF, Discopatia, Oswestry, Instabilidade

EP 27

CASO RARO DE METÁSTASE DE CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS EM HEMANGIOMA VERTEBRAL. CASO CLÍNICO.

Mário Campos¹; Jácome Morgado¹; Ding Zhang¹; José Cabral¹

1 - Hospital Egas Moniz

INTRODUÇÃO

Os hemangiomas vertebrais são neoplasias benignas comuns da coluna vertebral e geralmente assintomáticos, mas metástases em hemangiomas são muito raros. Os autores descrevem um caso clínico raro sobre metástase de carcinoma de células renais em hemangioma vertebral com compressão medular, sua orientação clínica e tratamento.

MATERIAL DE MÉTODOS

Os autores descrevem um caso clínico raro de metástase de carcinoma de células renais em hemangioma vertebral.

RESULTADOS

Homem de 64 anos com antecedentes de nefrectomia direita 30 anos antes por carcinoma de células renais e de hemangioma incidental na 12ª vertebra dorsal desenvolveu quadro de lombalgia e mais tarde de parésia e hipostesia do membro inferior esquerdo. TC e RM mostraram hemangioma vertebral agressivo de D12 com extensão epidural com compressão medular grave (Bilsky 3). O doente foi submetido a embolização seletiva das principais artérias aferentes da lesão, com melhoria clínica parcial, e depois a cirurgia (laminectomia descompressiva e vertebroplastia de D11 e D12 e fixação posterior D10-D11-L1-L2). Após ligeira melhoria neurológica, três meses mais tarde houve agravamento da paraparésia. TC e RM mostraram aumento do tamanho da lesão nas vértebras de D11 e D12 com compressão medular. O doente foi submetido a angiografia de subtração digital com embolização das artérias radiculares de D10, D12 e L1 e depois a corpectomia de D12 com descompressão medular e fusão anterior com cilindro expansível. O exame anatomopatológico revelou metástase de vertebral de carcinoma de células renais, variante células claras (PAX 8+).

CONCLUSÃO

Metástase de células renais em hemangioma vertebral é muito raro e o seu tratamento pode ser desafiante.

Palavras-chave:

Hemangioma, Metástase, Embolização, Vertebral

EP 28

ESPONDILODISCITE CRÓNICA: UM CASO CLÍNICO ACERCA DE UMA MIELOPATIA COMPRESSIVA NUM HOMEM DE 26 ANOS

Hugo Vaz dos Santos¹; Rafael Pereira²; Rita Chu¹; Grigory Fionik¹; Helder Mauricio¹

1 - Hospital Beatriz Ângelo; 2 - Hospital de Santa Maria

Descrevemos o caso de um homem de 26 anos, natural de São Tomé e Príncipe, que se apresentou no serviço de urgência com paraplegia e anestesia simétrica dos membros inferiores de instalação crónica e prévia à sua vinda para Portugal. A tomografia computadorizada (TC) revelou uma massa peri-vertebral com extensão desde D7 a D10 invadindo o canal medular ao nível de D8. Uma RMN foi realizada mostrando uma massa de características heterogéneas sugestiva de um processo inflamatório crónico condicionando compressão medular em D7-8. O doente foi submetido a cirurgia urgente, tendo sido realizada uma instrumentação posterior da coluna dorsal de D5-D11 com excisão da massa e de várias calcificações; Nas culturas bacteriológicas foi isolado um *Staphylococcus Aureus* metilicina sensível; A anatomia patológica revelou um processo inflamatório crónico não específico caracterizado por tecido fibro-adiposo com infiltrado linfoplasmocitário. Perante estes achados assumiu-se um diagnóstico de espondilodiscite crónica. O doente realizou um período de reabilitação de 3 meses num centro especializado. Aos 18 meses pós-cirurgia apresentava já marcha autónoma e tinha retomado a sua atividade profissional a tempo parcial (pintor); A espondilodiscite consiste num processo infeccioso indolente do disco intervertebral e osteomielite das vertebrae adjacentes, é um diagnóstico raro nos países desenvolvidos, mas provavelmente, muito mais frequente nos países em desenvolvimento. O Agente etiológico mais comum é o *Staphylococcus Aureus*. O caso descrito tem contornos incomuns no que refere à idade do doente e à gravidade da apresentação inicial demonstrando bem o potencial destrutivo da espondilodiscite quando não tratada. Apesar dos fatores de mau prognóstico o doente é um caso de sucesso da cirurgia descompressiva e da reabilitação como demonstrado pela recuperação de grande parte dos défices iniciais.

Palavras-chave:

Caso Clínico, Espondilodiscite, Mielopatia, Cirurgia de Coluna

EP 29

HEMANGIOMA DORSAL A SIMULAR UMA LESÃO SCHWANNOMATOSA EM FORMA DE DUMBELL - RELATO DE UM CASO

Tiago Ribeiro da Costa¹; Eduardo Procaci Cunha¹; Alfredo Luís Calheiros¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Os hemangiomas correspondem a malformações vasculares congénitas, sendo que o subtipo capilar corresponde ao mais frequente de todos, surgindo frequentemente ao nível da pele e mucosas orais na idade pediátrica. Não obstante, os hemangiomas capilares extradurais espinhais são lesões extremamente raras, existindo apenas algumas dezenas de casos registados na literatura científica. Assim apresentamos agora o relato de um caso de um hemangioma extradural espinhal, cujas manifestações clínicas e imagiológicas sugeriam inicialmente tratar-se de um schwannoma dorsal.

Uma mulher com 59 anos é inicialmente observada no contexto de uma radiculalgia dorsal, tendo por isso sido obtida uma imagem de RMN dorsal que evidenciava uma lesão hipointensa em T1 e hiperintensa em T2, com captação intensa de contraste e centrada ao buraco de conjugação direito de D7-8, com alargamento do mesmo e associados componentes paravertebral e intracanal, conferindo assim uma morfologia característica de lesão em *dumbbell*. Trata-se de uma doente com antecedentes de atraso psicomotor, que apresentava já dificuldades da marcha de longa data, mas capaz de caminhar com supervisão dos familiares. A doente acaba por perder seguimento clínico e, passados 5 anos, é novamente encaminhada para a consulta, por noção de agravamento da capacidade da marcha, a condicionar alectuamento prolongado. Ao exame neurológico apresentava-se com paraparesia, globalmente com grau 3 e sensibilidade preservada. É realizada nova imagem de RMN que evidencia estabilidade das características de sinal da imagem, mas agora com aumento inequívoco das suas dimensões, com maior repercussão sobre o cordão medular.

A doente foi proposta para intervenção cirúrgica, com realização de laminectomia total de D7, parcial de D6 e D8, com transversectomia de D7. Toda a cirurgia foi realizada sob monitorização eletrofisiológica. Durante o momento intraoperatório objetivou-se a presença de lesão extradural, a envolver as raízes de D7 à direita, mas sem extensão intradural da mesma. Durante a disseção extracanal da lesão o procedimento torna-se significativamente hemorrágico, pelo que opta-se por não prosseguir com a remoção da restante lesão, uma vez que se tinha obtido uma descompressão medular eficaz. Após a descompressão medular objetivam-se melhorias dos potenciais motores e sensitivos. A peça operatória foi enviada para análise anatomopatológica, através da qual se obtém o diagnóstico definitivo de hemangioma capilar.

A doente manteve-se neurologicamente estável no período pós-operatório, sem agravamento dos défices neurológicos já conhecidos, tendo sido posteriormente referenciada para reabilitação física, atendendo à benignidade dos achados histológicos e eficaz descompressão medular.

Palavras-chave:

Schwannoma Dorsal, Hemangioma, Lesão em Dumbbell, Tumor Espinhal

EP 30

DÉFICES NEUROLÓGICOS TRANSITÓRIOS SECUNDÁRIOS A TRAUMA VERTEBRAL: CASO CLINICO

Diogo Tomaz¹; Nuno Ramos¹; Daniela Linhares¹; Bernardo Nunes¹; Joana Freitas¹; Francisco Serdoura¹

1 - Centro Hospitalar São João

INTRODUÇÃO

As lesões medulares são relativamente comuns, apresentando uma incidência de aproximadamente 50 casos por milhão cada ano nos EUA. Apesar de haver várias etiologias (infecciosas, autoimunes, neoplásicas e outras) a principal causa são lesões traumáticas. Geralmente as lesões medulares traumáticas são causadas por traumatismos diretos não penetrantes na coluna vertebral, secundários a acidentes de alta energia. O choque medular e as contusões medulares são entidades distintas que se apresentam inicialmente com abolição temporária das funções e reflexos medulares, podendo haver recuperação completa. Relatamos o caso de um paciente, vítima de acidente de viação, que à avaliação inicial se apresenta com défices neurológicos completos e recuperação em menos de 12h.

APRESENTAÇÃO DO CASO (MATERIAL, MÉTODOS E RESULTADOS)

Um homem de 45 anos, entrou na sala de emergência do serviço de urgência após um acidente de moto. Ao exame neurológico apresentava défices motores e sensitivos completos, distalmente à região umbilical (estimado nível de lesão - D9). Constatou-se também ausência de reflexo bulbocavernoso, aumentando as suspeitas de choque medular. As radiografias e imagens de tomografia computadorizada (TC) realizadas não mostravam evidência de lesões traumáticas. Foi realizada uma ressonância magnética (RM) urgente para avaliar lesões medulares eventualmente ocultas, não sendo identificadas lesões traumáticas. Cerca de 6 horas após a admissão, o doente teve uma recuperação quase completa dos défices, tendo tido alta uma semana após o trauma.

CONCLUSÃO

A contusões medulares (Spinal Concussion) são descritas como parésias transitórias secundárias a trauma vertebral, com duração entre 15 minutos a 48 horas, sendo mais comumente descritas no contexto de desportos de contacto em acidentes com trauma da região cervical, causando tetraparésias transitórias. O choque medular consiste na perda temporária de todas as funções medulares, caudalmente ao nível de trauma, como resposta fisiológica ao traumatismo. Este pode ocorrer na presença ou não de lesão medular efetiva. O SCIWORA (Spinal cord injury without radiographic abnormality) é um quadro de lesão medular sem repercussão imagiológica que também deve ser considerado neste tipo de apresentações no serviço de urgência. Normalmente os défices neurológicos no SCIWORA têm pouca recuperação, dado esta condição representar dano efetivo à medula espinhal.

Nestes doentes, uma alta suspeição de lesão medular deve obrigar a uma avaliação e orientação cuidada. Assim, é importante vigilância clínica apertada no período inicial, com reavaliações neurológicas sistematizadas, de forma a não só diagnosticar e diferenciar os diferentes quadros de défices neurológicos temporários como também tratar adequadamente estes doentes.

Palavras-chave:

Défices Neurológicos, Lesões Medulares, Trauma Vertebral, Choque Medular

EP 31

AValiação DE SEXO, FAIXA ETÁRIA E DOENÇA DE BASE DE 116 PACIENTES SUBMETIDOS À ALIF

Lucas Praxedes¹; Tainá Toreli de Oliveira²; Julia Júlia Ribeiro Ferreira Carvalho³; Paulo Porto Melo¹; Leonardo César Mendes de Miranda¹; Hykaro Leonelli Thiers Rister¹

1 - Hospital Militar de Área de São Paulo, Rua Ouvidor Portugal, 230, Vila Monumento, 01551-010, São Paulo, SP, Brasil; 2 - Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Escola de Saúde, Graduação em Medicina, Campus São Paulo, Rua Treze de Maio, 681, Bela Vista, 01327-000, São Paulo, SP, Brasil; 3 - Universidade Nove de Julho, Graduação em Medicina, Campus Vergueiro, Rua Vergueiro, 253/249, Liberdade, 01525-000, São Paulo, SP, Brasil

OBJETIVO

Analisar os parâmetros de idade, sexo e doença de base para indicação cirúrgica dos pacientes submetidos à ALIF.

MÉTODOS

Foi realizado o levantamento dos dados de 116 pacientes submetidos à ALIF, entre os anos de 2019 a 2021, em um hospital militar terciário em São Paulo. Foi traçado um perfil demográfico e avaliado a doença lombar de base que levou à indicação cirúrgica, através da revisão dos prontuários correspondentes aos pacientes submetidos à essa técnica cirúrgica.

RESULTADOS

No presente estudo, a hérnia discal lombar diagnosticada a partir da queixa de lombociatalgia, foi considerada a patologia mais relevante para indicação da técnica ALIF. Houve maior incidência no sexo masculino em relação ao feminino (2:1) e uma média de idade (45,8) consideravelmente mais baixa do que a encontrada em estudos similares.

CONCLUSÃO

Constatou-se predomínio do sexo masculino e uma maior incidência na quarta e quinta década de vida, possivelmente explicados pela maior sobrecarga biomecânica exercida nestes indivíduos, implicando em repercussões devido às características inerentes à profissão, como: mochilas pesadas (30 kgs), atividades em terreno acidentado, transporte em viaturas ou aeronaves mais rústicas, sem tanto amortecimento, etc. Além da prevalência da hérnia discal lombar, mais evidente nos níveis L4-S1, em comparação com demais patologias lombares. Neste sentido, pode-se aventar a hipótese do resultado estar condicionado ao fato de ser um estudo realizado em um hospital que trata exclusivamente da população militar, seus dependentes e pensionistas.

Palavras-chave:

ALIF, Militar, Artrodese, Lombar

EP 32

PÉ PENDENTE E ENDOSCOPIA DA COLUNA: O FUTURO?

João Cruz¹; Joana Rodrigues¹; Tiago Canas¹; Emanuel Homem¹; Ricardo Simões¹; Luís Soares¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo

INTRODUÇÃO

O pé pendente agudo e progressivo são entidades bem conhecidas e com etiologia múltipla central e periférica. Na última, a causa mais comum é a doença lombar degenerativa (com 52% das causas secundárias à hérnia discal e 35% a canal estreito). A incapacidade de dorsiflexão do tornozelo pode condicionar a autonomia dos doentes e ser causa de quedas, com risco de fraturas e diminuição da qualidade de vida. A discectomia endoscópica percutânea está a ser cada vez mais utilizada como solução para esta condição. Os autores descrevem um caso de pé pendente à direita causado por uma hérnia discal a nível L3-L4 tratada por abordagem endoscópica transforaminal, salientando as vantagens de uma abordagem minimamente invasiva.

MATERIAL E MÉTODOS

Homem de 40 anos de idade recorre ao hospital com um quadro de início súbito de dores lombares (VAS 10/10) e pé pendente à direita, após se levantar da cadeira. Dos antecedentes salienta-se pé pendente contralateral progressivo secundário a hérnia discal paramediana L4-L5, submetida a discectomia percutânea transforaminal com bom resultado funcional. Ao exame, o paciente apresentava Lasegue positivo a 30°, força muscular 1/5 do tornozelo e extensor do hallux e hipoestesia do dermatomo de L4. Os reflexos tendinosos eram normais, sem sinais cerebelares, diminuição da força do tornozelo contralateral (4/5) e nenhum outro défice neurológico, incluindo continência urinária e fecal. A ressonância magnética demonstrou hérnia discal ao nível L3-L4 direita com migração caudal. No dia seguinte, o paciente foi submetido a uma foraminotomia transforaminal, discectomia e descompressão ao nível L3-L4 endoscópicas.

RESULTADOS

Não se registaram complicações no pós-operatório: o paciente foi mobilizado e iniciou levantar para a cadeira no mesmo dia da cirurgia e teve alta no dia seguinte com recuperação da força muscular do tornozelo e pé 4/5 e ligeira hipoestesia. Aos 3 meses de seguimento, a força muscular foi recuperada e mantém uma ligeira hipoestesia residual.

CONCLUSÃO

A hérnia discal lombar deve ser considerada nos doentes que se apresentem com pé pendente. A cirurgia endoscópica precoce pode prevenir consequências neurológicas tardias graves, evita uma maior agressão cirúrgica (da abordagem clássica) e permite uma recuperação célere.

Palavras-chave:

Endoscopia, Pendente, Hernia, Discectomia

EP 33

REABILITAÇÃO DE RADICULOPATIA LOMBAR POR LESÃO OCUPANTE DE ESPAÇO, SUBMETIDO A CIRURGIA DESCOMPRESSIVA. CASO CLÍNICO.

Rita Chu¹; Hugo Santos¹; Daniela Prada¹; Ana Borges¹;

1 - Hospital Beatriz Ângelo

A maioria das radiculopatias lombossagradas são de natureza compressiva e a sua causa mais comum é a hérnia discal. Entre outras etiologias compressivas, estão as lesões ocupantes de espaço: neoplásicas, vasculares ou outras.

Apresentamos o caso de um homem de 60 anos com lombalgia com irradiação para o membro inferior esquerdo (MIE) com 6 meses de evolução, manifestada por dor e dificuldade para a marcha, a motivar várias idas ao serviço de urgência (SU). A TAC revelou obliteração do canal de conjugação L3-L4 esquerdo por componente ovalado ligeiramente hiperdenso. Não realizou RM devido à possível presença de material ferromagnético. Em Setembro de 2021 recorreu ao SU por agravamento da dor, diminuição da força muscular do MIE, parestesias dos dedos do pé esquerdo e incapacidade total para a marcha. Foi submetido a cirurgia descompressiva urgente, tendo sido realizada foraminotomia L3-L4 e excisão da lesão com biópsia. Os resultados da anatomia patológica revelaram "presença de tecido fibro-adiposo com infiltrado inflamatório histiocitário, em associação com pigmento de hemossiderina e material ligeiramente refringente", sem tecido neoplásico, suspeitando-se de hemorragia antiga e material exógeno. No momento da alta, o doente apresentava melhoria significativa da dor, mas mantinha um défice de força muscular Grau II na flexão da anca e Grau III na extensão do joelho e apresentava hipoestesia com parestesias no território de L3. Fazia marcha supervisionada com andariço. Um mês após a cirurgia, iniciou um programa de reabilitação em regime de ambulatório, com frequência de 3 vezes por semana, durante 3 meses, que constava de técnicas analgésicas, mobilização articular, reeducação postural, reforço muscular progressivo e treino de marcha. Após três meses, apresentava melhoria significativa do quadro, com recuperação total da força muscular e da marcha, e mantinha hipoestesia no território de L3.

O pronóstico funcional das radiculopatias lombares após cirurgia descompressiva depende de vários fatores, nomeadamente, da técnica cirúrgica, estado funcional prévio do doente, ausência de comorbilidades, idade, menor duração e gravidade de sintomas pré-cirurgia. Recomenda-se a reabilitação no pós-operatório imediato para acelerar a recuperação funcional destes doentes.

Palavras-chave:

Caso Clínico, Radiculopatia, Cirurgia de Coluna, Reabilitação

EP 34

REMOÇÃO ENDOSCÓPICA DE NEURINOMA TORÁCICO

Vitor Pinto¹; Leopoldina Pereira¹; Djamel Kitumba¹; Rui Reinas¹; Óscar L Alves¹

1 - Serviço de Neurocirurgia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2Hospital Lusíadas Porto

Os neurinomas torácicos podem afectar uma ou mais de 3 topografias – intracanal, foraminal, cavidade torácica – exigindo uma abordagem cirúrgica ajustada a cada doente. Nas lesões mediastínicas, a técnica toracoscópica permite a sua abordagem de forma minimamente invasiva. Apresenta-se o caso de um homem de 71 anos que apresentou um quadro de toracalgia persistente. O estudo imagiológico revelou uma lesão paravertebral direita, cuja biópsia confirmou tratar-se de um neurinoma. Foi submetido a exérese da lesão por abordagem toracoscópica, com remoção completa da mesma e sem intercorrências. A abordagem endoscópica da lesão afigura-se segura e eficaz para a exérese destas lesões sem atingimento intra-canal.



SPPCV
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE PATOLOGIA
DA COLUNA
VERTEBRAL

XI 27 a 29
Outubro
2022

CONGRESSO DA SPPCV

TIVOLI ORIENTE LISBOA

26 de Outubro de 2022
Curso prático SPPCV/CSRS-E
Nova Medical School

